

Wir sind der Ansicht, dass es sich bei dieser Wirkung nicht um eine besondere Wirkung dieses Hormons auf die Larve handelt sondern auf den allergischen Zustand, den die Trichinose erzeugt.

RÉSUMÉ

Nous présentons 7 cas de malades atteints de trichinose, caractérisés par leur bénignité.

Les principaux symptômes furent: 1. Fièvre. 2. Oedèmes. 3. Myalgies; et 4. Constipation.

On fait entre eux une étude comparative entre la Fuadine et ACTH, observant le meilleur effet de ce dernier sur la température, état général et myalgies.

Nous supposons que cet effet n'est pas dû à l'action élective de cette hormone sur les larves, mais sur le tableau allergique que produisent les trichines.

NOTAS CLINICAS

TUMOR DE BULBO RAQUIDEO

R. ALCALÁ-SANTAELLA NÚÑEZ y P. DE LA BARRERA ESPINOSA.

Clinica Médica del Hospital Provincial. Director: Profesor C. JIMÉNEZ DÍAZ.

El dia 29 de abril ingresa en el Servicio, en estado de semi-inconsciencia, la enferma E. E. R., de veintisiete años, casada, natural de Navalmoral, acompañada de su madre, la cual nos refiere la siguiente historia:

La enferma había contraído matrimonio un año antes y desde hacia siete meses su vida conyugal era tempestuosa por el carácter irascible de su marido, que la hacia objeto de violencias continuamente.

No habiendo tenido ninguna sintomatología, un día, hace cinco meses, la enferma vió unos espertos, de su marido al parecer, y experimentó una fuerte sensación de asco, y desde aquel dia aparecieron unos vómitos incoercibles que le persisten hasta la actualidad.

Los vómitos se le presentaban después de cualquier ingestión de alimento, iban acompañados de náuseas y nunca tuvieron el carácter de "vómitos en escopetazo".

Por todo ello, fué perdiendo peso de una manera progresiva, y emaciándose cada vez más, y desde hace dos meses a esta parte ha tenido que recluirse en cama, pues al estar levantada le aparece un mareo con nublamiento de vista y sensación de desvanecimiento.

Por lo demás, la enferma había cambiado únicamente de carácter, haciéndose muy irritable y retraída. No prestaba atención a ninguna cosa y contestaba con monosílabos a las preguntas que se le dirigían.

La enferma llegó a nosotros con el diagnóstico de neurosis de asco, injertada sobre una base esquizoide; pero llamó la atención que la tarde de su ingreso tuvo un accidente febril con temperatura de 39°, por lo cual se pensó que pudiera tener algún proceso de fondo para explicar dicha hipertermia.

En sus antecedentes familiares tenemos que el marido vive sano, tres hermanos sanos y un hijo que vive sin tener ninguna enfermedad.

En la exploración nos encontramos con una enferma en estado de semi-inconsciencia, que no coopera en las preguntas que se le dirigen y se la ve en un estado de coma tónico, superponible al estado catatónico, con persistencia de la postura en que se colocan las extremidades.

Palidez muy acentuada de piel y de mucosas, mal estado de nutrición; corazón, tonos puros de 160 pulsaciones por minuto. En pulmón se auscultan estertores

crepitantes y de finas burbujas diseminados en ambos hemitórax. En abdomen no se aprecia nada anormal y la exploración neurológica demuestra unos reflejos normales, no Babinski, con sensibilidad táctil térmica y dolorosa normal. Ninguna alteración de pares craneales y unas pupilas isocóricas y normorreactivas.

La presión arterial fué de 12/8.

Se explora el fondo de ojo a la enferma para descartar una posible hipertensión intracranal y la imagen de la retina es rigurosamente normal.

Se hace una investigación del esputo en la que no se encuentra bacilo de Koch ni ninguna otra alteración importante.

La exploración hematológica daba 4.360.000 hemáticas con 8.800 leucocitos, una velocidad de sedimentación de un índice de 30 y una fórmula con 76 por 100 de neutrófilos, 20 linfocitos y 4 monocitos.

El análisis de orina arroja una densidad de 1.030 con una reacción ácida, ligeros indicios de albúmina, no glucosa, y en el sedimento se ve una intensa piuria con hemáticas, 1-2 por campo, numerosas células epiteliales de vías bajas y cristales de oxalato de cal.

Durante el curso de todas estas exploraciones la enferma continuó apirética y sin modificarse su estado general. Se le ponen sueros glucosados y enemas alimenticios. A los seis días de su ingreso, la enferma tiene una nueva elevación febril, más mantenida esta vez con aumento de la sintomatología pulmonar, y le aparecen síntomas meningeos de rigidez de nuca.

Se instaura una cura de dosis altas de antibióticos y se hace una punción lumbar para dilucidar el carácter de la alteración meníngea. El líquido fluye de aspecto normal, con una presión de 45 sentada; en el manómetro de Claude, que por la compresión de yugulares sube hasta 63, es transparente, incoloro, y tiene cinco células, de las cuales 3 son linfocitos. Las reacciones de Pandy Ross-Jones Nonne-Appelt y Weibrach son fuertemente positivas, las proteínas totales son de 35 miligramos por 100. La curva del oro coloidal es de 1-2-3-4-3-1-0-0. La reacción de Wassermann es negativa hasta con 1 c. c. de líquido y la flora microbiana es nula.

La enferma fallece y en la necropsia se aprecian los siguientes datos:

Pulmones: Libres de adherencias y sin derrames pleurales; la tráquea se encuentra llena de un exudado purulento blanquecino y el mismo exudado brota por los pequeños orificios bronquiales al oprimir el pulmón cortado. Al corte, ambos lóbulos superiores se encuentran congestivos y ocupados por un granulado fino de color blanquecino y consistencia y densidad superiores a los enfermos que no han hecho una cura con antibióticos en dosis altas. Los ganglios del hilio se hallan normales.

Corazón: Sin lesiones que señalar.

Hígado: Tumefacto, muy blando; se desgarra fácilmente.

Bazo: Muy blando y con abundante pulpa.

Génitourinario: Adherencias organizadas del ovario izquierdo a la cara posterior de útero. Dicho ovario presenta una formación quística del tamaño de una cereza y de contenido pastoso, negro-rojizo. Ovario derecho sin alteraciones.

Cerebro: En su base se advierte una placa fibrosa de reacción meníngea del tamaño de una moneda de cinco céntimos que establece adherencias con las zonas cercanas.

En el lado izquierdo del bulbo, ocupando la normal situación del cuerpo restiforme, por debajo de las barbas del cálamo, y desviando hacia adentro y arriba el IV ventrículo, se observa una tumoración del tamaño de

tracraneal, sino que solamente se caracterizaba su proceso morboso por la presentación de vómitos, en los cuales, además, la ausencia de los elementos característicos del vómito de estirpe cerebral hacían aún más confusa la interpretación del cuadro.

Revisando la literatura se encuentra alguna referencia, aunque muy escasa en número, respecto a la posibilidad de que neoformaciones intracraneales bulbares den como único síntoma la presencia de vómitos constantes, y así, el caso citado por DAVID, MARTY, HECEAH y TALAIRCH¹ es sumamente interesante a este res-

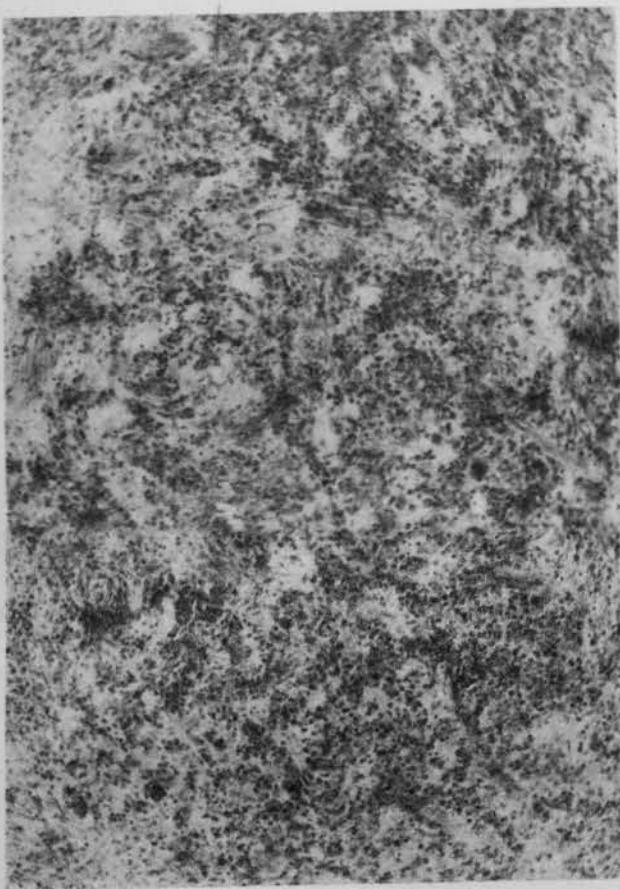


Fig. 1.

una nuez, de superficie lisa y redondeada, y de color y consistencia semejante a la del resto del parénquima cerebral.

Se hace el análisis anatopatológico de dicha tumoración y en él se aprecia lo siguiente: Tumoración de relativamente poca densidad celular, sobre todo de elementos gliales maduros, y otras más pequeñas con el tipo de oligodendroglia. Los vasos son muy numerosos y entre ellos existen puentes de reticulina, sobre todo en el centro de la neoformación. No se han visto atípicas ni mitosis. Se trata de un astrocitoma.

El aspecto que presentaba la tumoración es el que se reproduce en las microfotografías. En ellas se puede apreciar: figura 1, aspecto general del tumor; figura 2, aumento de la reticulina y de los vasos, y figura 3, zona muy vascularizada del tumor.

La realidad clínica de este caso nos ha parecido de un interés realmente excepcional, pues se trata de una enferma que en manera alguna presentaba sintomatología de neoformación in-

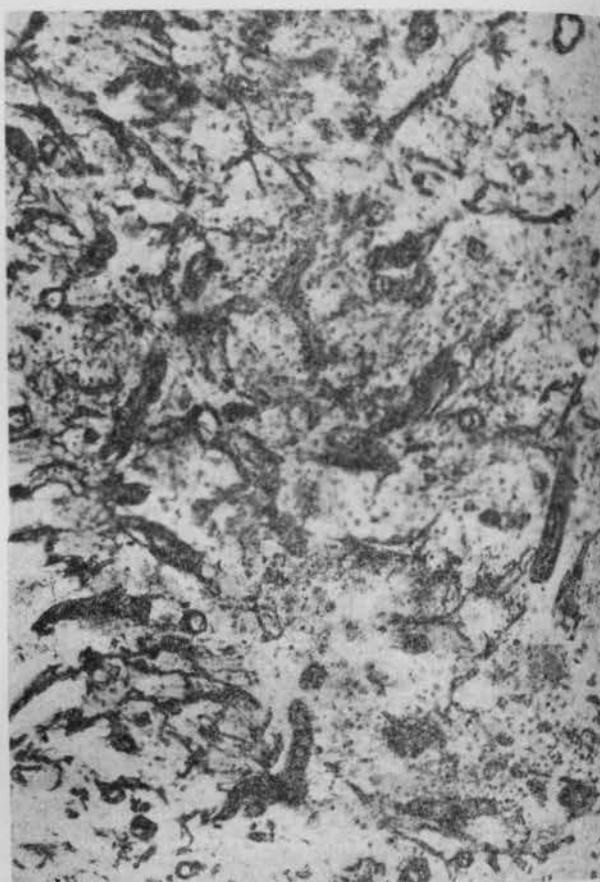


Fig. 2.

pecto. Se trataba de un joven perfectamente normal, por lo que respecta a todo lo demás, que cada diez o doce días le aparecían unas crisis eméticas que le duraban cuatro días. Estas crisis tenían la curiosa característica de ser ritmicas en el tiempo, de forma que era perfectamente previsible la aparición de cada una de ellas.

Los vómitos se instalaban tras un período de náuseas y de cefalalgias y sobrevenían a los ruidos, a la luz, a los olores y a la menor excitación. Tan sólo, y para asemejarse más a una crisis neurótica, le faltan durante un período de seis meses, que estuvo de vacaciones, con el fin de distraer su atención.

El paciente continuó con esta sintomatología durante siete años ininterrumpidamente, y que estudiado en multitud de ocasiones por los más

variados especialistas sin que se pudiera en ocasión alguna llegar a un diagnóstico seguro.

Al cabo de ocho años de molestias los vómitos cambiaron de carácter, se hicieron fáciles y tomaron el aspecto de vómitos por hipertensión intracranial, aparecieron síntomas de un tumor de fosa posterior y el enfermo falleció, encontrándose en la autopsia un espongioblastoma unipolar bulbo protuberancial.

La historia de este enfermo tiene algunos puntos de contacto con la nuestra, en lo que respecta a los caracteres de los vómitos, y a la

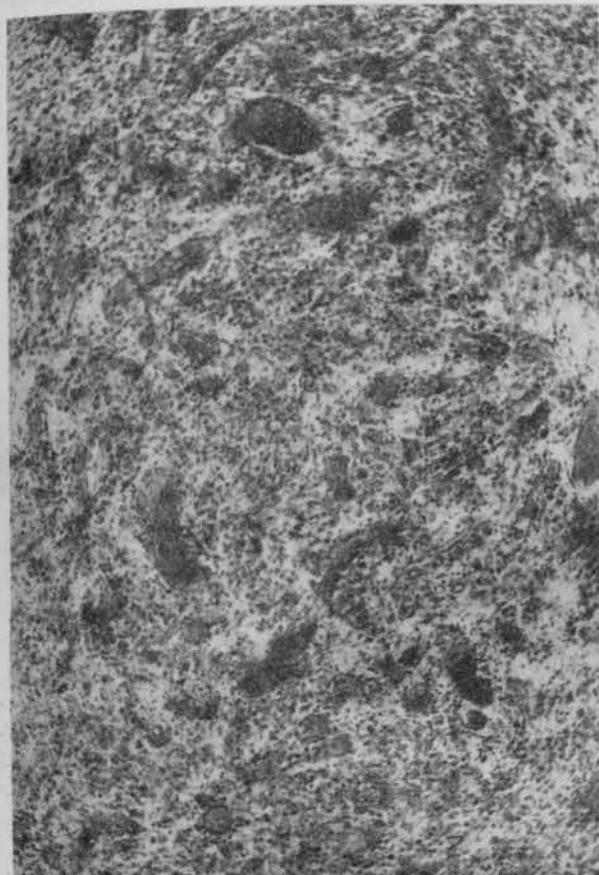


Fig. 3.

rigurosa negatividad de las restantes exploraciones, incluso las más detalladas.

En nuestro caso se injertó en el proceso una meningitis, que puso fin a la vida de la enferma; pero de no haber sido así, la intolerancia a todo género de alimentos que últimamente le afectaba hubiera indudablemente hecho que la supervivencia no hubiera podido alcanzar los ocho años del caso citado por los autores franceses.

SCHWARTZ² cita el caso de otro enfermo, que diagnosticaron de neurótico; ingresó en el hospital, y mediante un tratamiento psicoterápico los vómitos desaparecieron; pero al salir del hospital murió bruscamente y la autopsia demostró un tumor cerebral que no había dado síntoma alguno.

De todas formas es interesante señalar, para que sea tenida en cuenta, la posibilidad, excepc-

ional ciertamente, pero no por ello menos real, de que una sintomatología emética, incluso con caracteres verosímilmente neuróticos, sea condicionada por un proceso expansivo, que originándose en el bulbo cerca del neumogástrico, afecte a las fibras digestivas de su núcleo con exclusividad y sea la causa de los vómitos.

Resumiendo: Como hechos más llamativos de este caso, nos encontramos con la inexpresividad en clínica neurológica de un tumor cerebral de asiento bulbar y la necesidad de intentar ahondar cada vez más en la organicidad de los enfermos considerados como neuróticos, y que por una u otra razón se incluyen con concepto erróneo en algunos de estos cuadros nosológicos.

BIBLIOGRAFIA

1. M. M. MARCEL DAVID, P. MARTY, H. HECAEN y J. TALAI-RACH.—Bull. et Mém. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris, 3, 71, 1949.
2. Citado por M. DAVID.

CALCULO URETERAL DESINTEGRABLE

Orientaciones generales en litiasis ureteral.

A. TORRA HUBERTI.

Instituto Policlínico de Barcelona. Jefe de la Sección de Urología.

Especiales orientaciones se hacen necesarias durante la asistencia de ciertos enfermos afectados de cálculos que cursan por uréteres hipotónicos en migración lenta y en particular cuando los cálculos son de pequeño o mediano calibre que, en un proceso no infectado, se mantienen evolucionando crónicamente en el tercio inferior del conducto mientras sólo ocasionan escasos dolores en su obstrucción, salvando los momentos de espasmodización que, en forma de crisis, suelen presentarse de tarde en tarde.

La mejor manera de explorar tales casos es recurriendo a la urografía excretoria, ya que la pielografía ascendente, por ser un método endoscópico instrumental, resulta demasiado arriesgado a la infección. La urografía, en cambio, constituye un procedimiento excelente de exploración, pues tratándose de un proceso obstructivo del uréter con cierre incompleto del mismo, la excreción no está abolida y permite, por tanto, recoger pieloureterogramas muy instructivos que denota la exacta localización del cálculo en un uréter de tipo hipotónico lleno de contraste y en más o menos grado de dilatación funcional. Dicha hipotonía explica la escasa sensibilidad subjetiva del paciente ante tal cuerpo extraño obstruyendo la luz de su conducto.