

2. GRACIANSKY y MOUZON, M.—Presse Méd., 49, 665, 1946.
3. HEILMEYER, L.—Enfermedades de la sangre en el Tratado de Med. Int. de BERGMANN, II, Edit. Labor. Barcelona, 1946.
4. HOTZ, H. W.—Schweiz. Med. Wschr., 71, 1.173, 1941.
5. LEITNER, S. L.—La exploración intravital de la médula ósea. Trad. esp. Científico-Méd. edit. Madrid, 1950.
6. MARTÍN ARRIBAS, G.—Rev. Clin. Esp., 44, 245, 1952.
7. ROHR, K.—Anatomía, fisiología y patología de la médula ósea humana. Trad. esp. Janés, edit. Barcelona, 1952.
8. SCHULTEN, H.—Die Sternalpunktion als Diagnostische Methode. Leipzig, 1937.
9. WINTROBE, M. M. y SCHUMACKER, H. S.—Bull. Johns Hosp., 52, 387, 1933.

SUMMARY

The most characteristic morphologic features of peripheral blood and bone marrow in patients with cirrhosis are given. It is concluded that the morphologic changes that really matter in clinical medicine are: in peripheral blood, *absolute lymphopenia* and *absolute eosinophilia* for whose determination the writer employs an "eosinophilic test" of certain prognostic aid; in the bone marrow, *reticular hyperplasia* is prominent for its great prognostic interest and aid in clinical assessment.

ZUSAMMENFASSUNG

Beschrieben werden die wichtigsten morphologischen Zeichen des peripheren Blutes und des Knochenmarkes von Patienten mit Cirrhose, wobei man zu dem Schluss kommt, dass die klinisch wichtigsten morphologischen Veränderungen folgende sind. Im peripheren Blut die *absolute Lymphopenie* und die *ebenfalls absolute Eosinophilie*, bei deren Bestimmung der Verfasser einen "eosinophylen Test" anwendet, der prognostisch ziemlich wertvoll ist. Im Knochenmark macht er seines grossen prognostischen Interesses und der klinischen Beurteilung wegen besonders auf die *reticuläre Hyperplasie* aufmerksam.

RÉSUMÉ

On expose les caractères morphologiques les plus saillants du sang périphérique et de la moëlle osseuse des malades de cirrhose, arrivant à la conclusion de que les altérations morphologiques vraiment intéressantes au point de vue clinique sont: dans le sang périphérique la *lymphopénie totale* et l'*éosinophilie également totale*; dans leur détermination l'auteur emploie un "test eosinophilique" de certaine valeur pronostique; dans la moëlle osseuse il souligne par son grand intérêt pronostique et son importance clinique l'*hyperplasie réticulaire*.

ASMA INFECCIOSA

Comentarios a la Ponencia del Profesor C. Jiménez Díaz y cols., presentada sobre el tema al III Congreso Nacional. Canarias, 1954.

E. FONTÁN BALESTRA (*).

Docente libre de Patología Médica.

Servicio de Alergia. Jefe: Doctor E. FONTÁN BALESTRA. Fundación Eva Perón, Buenos Aires.

Cuando el profesor JIMÉNEZ DÍAZ dice en su ponencia que "... es natural que la infección sea el factor más importante entre los que llamamos *agresivos* de realización del "asma", no hace sino dar el espaldarazo de su valiosa opinión a un concepto que nosotros venimos sosteniendo de antiguo, y aunque no aceptamos todas las ideas vertidas en ese trabajo, no podemos por menos de reconocer que en sus líneas fundamentales los conceptos expuestos trasuntan para nosotros un ideario básico de gran valor fisiopatológico y terapéutico.

Creemos, sin embargo, que fuera menester ante todo establecer una diferencia básica entre "asma infecciosa" y "asma infectada". En los dos casos hay un factor bacteriano que juega un papel más o menos primordial en la aparición del cuadro bronquial, pero en el "asma infecciosa" (A. I.) los gérmenes causales pueden encontrarse en cualquier punto de la economía (focos bucales, paranasales, intestinales, etcétera, y aun pulmonares), mientras que en el "asma infectada" las bacterias ejercen su acción directamente en y desde el árbol bronquial, y es allí donde será necesario atacarlas.

Sin duda que tal división a veces se hace difícil porque una gran cantidad de casos de "asma infecciosa" terminaron por infectarse; pero si decidimos adoptarla, y consideramos como de A. I. solamente aquellos cuya causa fundamental y a menudo única está representada por gérmenes que llevan a cabo su acción por medio de los productos provenientes de un lugar extrabronquial y a los cuales el enfermo se ha hecho sensible, veremos que el número de A. I. verdaderas es en realidad menor del 75 por 100 encontrado por el maestro español. Se tratará entonces de sujetos cuyo asma tendrá por pedestal un trastorno endocrino (hipofisario, tiroideo, gonadal, etc.), una deficiencia digestiva, una insuficiencia hepática potencial, un desequilibrio neuro-psíquico, etc., y en quienes la aparición de los paroxismos asmáticos ha hecho eclosión a raíz de un resfrío, por ejemplo, porque esa agresión bacteriana local ha creado un "locus minoris resistentiale" facilitando la manifestación de la reacción orgánica en ese punto y no en otro, por encontrarlo pre-dispuesto ya por los factores constitucionales localizadores¹ (o núcleo de disreacción de JIMÉ-

(*) Paraguay, 792 (capital).

NEZ DÍAZ). Pero no será un A. I. verdadera. Y veremos así que en el conocimiento de la fisiopatología del asma bronquial es preciso no tomar en cuenta sólo al alérgeno, bacteriano o no, y a los elementos constitucionales predisponentes, sino también las causas que hacen reaccionar en cada caso un sector determinado de la economía, o sea la razón del porqué son en el asma los pequeños bronquios el órgano de choque, en lugar de producirse una localización de la alergia en las articulaciones, el intestino, el cerebro, la piel, etc.

* * *

Nosotros concordamos en un todo con el profesor de Madrid en considerar una *alergia alérgica* y una *alergia no alérgica*, y creemos que, aunque él no lo dice, coincidimos también en que ésta es más frecuente que aquélla. Y pensamos así, porque del estudio de miles de enfermos encontramos muy pocos que dieran una reacción cutánea positiva para inhalantes que coincidiera con los datos clínicos, ni fueron muchos tampoco los que ofreciendo antecedentes de reacción a inhalantes, vieron desaparecer sus molestias con la sola eliminación del o los alérgenos ofensores, y si bien reconocemos un mayor valor a los alimentos como agente causal del asma (el huevo y la leche en especial), esta dificultad pudo anularse mejorando la función digestiva y hepática, y sobre todo tratando el desequilibrio bacteriano intestinal, aparente nódulo central de la cuestión². Quiere decir, pues, que hay que reconocer, sin hesitar, la existencia real y frecuente de la *alergia no alérgica*, y que el tratamiento de los enfermos alérgicos debe practicarse teniendo muy en cuenta estos puntos de vista.

* * *

Respecto a la testificación para investigar la sensibilidad a gérmenes, creemos que puede proporcionar algo más que "ni un diagnóstico ni una confirmación por esta vía de la realidad del asma infecciosa". Además, la utilización de las vacunas bacterianas comunes está más al alcance de todos y con ellas tenemos el imperio de realizar nuestro trabajo.

Hace tiempo que usamos la testificación de los gérmenes por separado, en un total de 13, incluyendo los más comunes de los presentes en los sectores bronquial e intestinal, comenzando por una dilución 1-1.000 y aumentando a 1-10.000 ó 1-100.000 si las reacciones obtenidas resultaran poco concluyentes.

Hemos podido así deslindar con mucha frecuencia el germen causal y logramos en general excelentes resultados de la vacunación específica correspondiente³. Y comprobamos con este sistema, como lo hizo JIMÉNEZ DÍAZ con las fracciones núcleoproteica y polisacárida, que los enfermos con A. I. daban reacción positiva intensa con altas diluciones, cosa que no

ocurría con los afectados de alergia extrínseca estricta (polinosis pura, por ejemplo).

Pero... ocurre que un enfermo que marchó bien largo tiempo con la vacunación establecida comienza en un momento dado del tratamiento a ver reaparecer parte de sus molestias. Practicada la retestificación, encontramos que ahora dan reacción positiva gérmenes distintos de los anteriores.

Buscando una explicación a este problema químico y terapéutico supimos que, al vacunar al enfermo para uno o dos gérmenes en particular, hemos provocado una disbacteriosis casi experimental y, en consecuencia, aparece un predominio de los gérmenes contra los cuales no se ha practicado la vacunación, y que son en ese momento los más capaces de presidir el conjunto bacteriano.

Ante tal situación, y a fin de evitar en lo posible el desequilibrio bacteriano, reiniciamos la vacunación con los gérmenes que han dado reacción positiva (neumococo y friedlander, por ejemplo), agregando pequeñas cantidades de vacuna bronquial mixta que, al atacar en cierta medida a los demás gérmenes del grupo, facilitará la obtención del reequilibrio buscado, dificultando así una nueva desviación de la sensibilidad.

Claro que esto no es absoluto, pero hemos comprobado reiteradamente que aquellos pacientes que no hacían sino mejorar escasamente con las polivacunas stock, veían desaparecer totalmente sus molestias cuando se recurría a la vacunación con gérmenes específicos o con las autovacunas.

Respecto de lo que JIMÉNEZ DÍAZ denomina fenómeno de DAZINGER, y que los autores encuentran durante la testificación, considerándolo una prueba del papel de las bacterias en el asma, ha sido para nosotros un hallazgo frecuente que consideramos de gran valor diagnóstico en cuanto a la alergia bacteriana. No obstante, nos ha llamado la atención el que tales reacciones de tipo general o focal sean más frecuentes cuando se usa la vía subcutánea que la intradérmica, aunque las vacunas usadas tengan en aquel caso una concentración 10, 100 ó 1.000 veces menor. Observamos tales reacciones especialmente en los casos de alergia neurológica (epilepsias, neuralgias, etc.) y más frecuentemente con los gérmenes del grupo intestinal. Estos hechos nos llevan a la conclusión de que existe una *verdadera alergia bacteriana*, pero que tal denominación debe ser reservada exclusivamente para aquellos enfermos que reaccionan a la inyección de la vacuna bacteriana, aun muy diluida, con manifestaciones locales, focales y generales.

Relataremos escuetamente dos claros casos de lo que venimos a exponer:

Caso núm. 1. Se trata de un hombre que, habiendo sido sometido a un intenso y prolongado tratamiento con antibióticos y quimioterápicos por una amibiasis,

presenta un complejo cuadro de alergia digestiva con síntomas varios de avitaminosis e insuficiencia hepática.

Como la testificación con gérmenes en solución 1:1.000 diera una franca reacción a proteus, y un poco menos intensa para piocianico, se instaura la terapéutica desensibilizante con vacuna de proteus al 1:10.000, subcutánea, en dosis de 0,05 c. c., observándose horas después una violenta reacción focal (cólicos, diarreas y meteorismo) y general (escalofríos, fiebre, malestar general y colapso). Se aumenta la dilución en sesiones sucesivas y, sin embargo, se observa aún reacción de ese tipo con la de 1:20.000.000 (!). Esto no ocurrió ni con la vacuna intestinal stock ni con la de hongos, por lo que deducimos que se trataba de un legítimo caso de alergia bacteriana.

Caso núm. 2. Ahora es una mujer de unos sesenta años, con brotes periódicos de eczema y urticaria, que en los últimos tiempos ha recrudecido notablemente. Esos brotes se hacen presentes ante cualquier transgresión dietética, por pequeños disgustos, etc. Como se lograra una reacción positiva +++ a proteus, con intenso eritema, a la inyección intradérmica de la dilución 1:100, se inicia tratamiento con inyecciones subcutáneas al 1:5.000, 0,05 de c. c., y se observa un intenso brote cutáneo en tronco, cuello y brazos, fuertes cólicos, astenia, diarreas y malestar general con temperatura alta. Dió una reacción semejante la dilución 1:20.000, lográndose luego la desaparición de todos los trastornos con diluciones del 1:40.000 y el agregado de pequeñas dosis de vacuna intestinal polivalente stock en dilución 1:10.000.

Luego, cuando los autores se refieren en la página 22 a las tres fases del A. I. por ellos establecidas:

- a) Fase paroxística de fácil reversibilidad.
- b) Fase pática de reversibilidad incompleta y transitoria; y
- c) Fase angiodesmal, de organicidad grave vascular y conectiva, agregan que esas tres etapas pueden lograrse con sueros heterólogos según la técnica usada.

Este es un punto para nosotros del mayor interés, al que nos hemos referido ya en otros trabajos⁴. La cuestión de la producción de reacciones alérgicas retardadas, a veces años, por la administración de sueros heterólogos, nos parece muy importante, y pensamos, como lo hemos expuesto en el II Congreso Nacional de Alergia (Tucumán, septiembre 1953), que los sueros pueden ser, con más frecuencia de lo que se supone, el factor que provoca el derrumbe que conduce al asma, y tanto es así que nos animamos a sugerir la inclusión de los sueros heterólogos en el grupo de los factores facilitadores con jerarquía de primordial. Porque el suero, mejor que ninguna otra sustancia, es capaz de colocar a las células, y en particular a las de un grupo determinado inferiorizadas constitucionalmente, en el estado de *disbiosis*⁵ necesario para que se realicen posteriormente en esos conglomerados hísticos las reacciones desencadenadas por los elementos bacterianos, ya que la reacción alérgica se lleva a cabo siempre sobre células predispuestas y especialmente preparadas para reaccionar, situación que dada

su condición de sustancia biológica fundamental lograrán especialmente los sueros heterólogos. Nosotros hemos tenido especiales satisfacciones con la terapéutica desensibilizante con suero de caballo.

* * *

Más adelante (pág. 26), JIMÉNEZ DÍAZ y colaboradores mencionan la agravación del asma en los hipertiroideos y su regresión con la radioterapia, los derivados tiouracílicos o el mixedema espontáneo, agregando que diversos procesos caracterizados por un aumento de la colestetolemia (mixedema, ictericia, nefrosis y embarazo) inhiben los fenómenos del asma.

Con el respeto del que ha logrado muchos de sus conocimientos, bebiendo en la fuente de sus enseñanzas, lamentamos tener que disentir aquí con el maestro madrileño; pero nuestros largos años de experiencia en el estudio de los problemas de la alergia endocrina nos han dado resultados bastante discordantes.

Los trastornos tiroideos, como exponemos en otro trabajo de próxima publicación, son sin duda de gran influencia en la aparición de enfermedades alérgicas; pero nosotros diríamos que son los *distiroidismos* los que tienen tal capacidad, ya que tanto en los cuadros de hiper como de hipofunción de esa glándula se han logrado mejorías con la corrección del trastorno glandular. Tenemos todo un grupo de enfermos, preferentemente del sexo femenino y muchos niños, que se han beneficiado rápidamente con la terapéutica tiroidea, como otros que han mejorado con medicaciones frenadoras de la hiperactividad glandular.

Sin embargo, reconocemos una mayor capacidad alergizante de las hiperfunciones tiroideas y hemos visto comenzar muchos disturbios alérgicos poco tiempo después de haber seguido una cura de adelgazamiento con ingestión de hormona tiroidea.

Que la hiperfunción de la tiroides facilite el proceso alérgico no ha de extrañarnos, porque sabemos la influencia que posee sobre las glándulas restantes y el sistema neurovegetativo; pero no podemos olvidar que la administración de extractos de tiroides provoca la eliminación de agua y sal con la subsiguiente reducción del edema (núcleo fundamental de la alergia); que estimula la actividad vasomotora, facilitando por ello la eliminación de los productos bacterianos agresores (en el A. I.), y que en el hipertiroidismo aumenta la tolerancia a drogas⁶, mientras que el hipotiroidismo eleva el colesterol circulante (piedra angular de la construcción de las hormonas esteroideas); que la disminución del hipertono tiroideo disminuye la depleción del glucógeno hepático que provoca la hormona⁷, permitiendo la recuperación de la capacidad funcional hepática, y con ello el reequilibrio vitamínico que el hígado acostumbra a mantener, y, en fin, la disminución de la ex-

citabilidad neurovegetativa y de la absorción intestinal⁸, factores todos que pueden ser de importancia en el mantenimiento del asma.

De todos modos, sean cuales fueren los mecanismos por los cuales actúa, creemos que *todas las disfunciones tiroideas* deben ser incluidas entre los elementos facilitadores del asma, y atendida especialmente su reequilibración en el tratamiento de los enfermos alérgicos.

En cuanto a que los procesos como el *embarazo* inhiben los fenómenos del asma, nuestras estadísticas⁹ posteriores encuentran mayor frecuencia de empeoramientos, y muchas veces el comienzo del asma durante una gestación, habiéndose tratado el tema "in extenso" en un trabajo precedente⁹. No dudamos de la influencia que los factores endocrinos poseen en la alergia, ya que de ellos somos adalides inconversos^{10, 11 y 12}; pero pensamos que no debemos dejarnos arrastrar inermes por la hermosa concepción de SELYE, y adscribir todo lo que ocurre en la patología a ese ya célebre síndrome de adaptación, porque en el determinismo de las manifestaciones alérgicas, si bien las suprarrenales parecen tener notable ingerencia, no podemos por ello olvidar otros importantes sectores de la economía que poseen amplia influencia en la buena marcha general del organismo.

* * *

Es indudable que, como expresan los autores, la infección bacteriana al producir una inflamación en las mucosas respiratorias de estos sujetos facilitará la sensibilización a alérgenos externos que sumen la influencia agresiva de los choques a la infección, como también que un sujeto *primariamente sensible a alérgenos* es ulteriormente influido por la infección secundaria de la mucosa respiratoria que hará persistir el asma aun fuera de todo alérgeno exterior desencadenante, lo que ocurrirá con mayor facilidad cuanto menor sea el período que el sujeto está libre del contacto con el alérgeno. Esta imbricación de factores (exógeno y bacteriano) es lo que a menudo nos presenta asmas de compleja terapéutica, porque los factores se influncian mutuamente, y como la Suma de elementos causales en un momento dado es primordial para la eclosión del proceso alérgico¹³, es preciso suprimirlos todos para tener *una cierta garantía* de éxito con la medicación establecida. Reconocemos aquí, con JIMÉNEZ DÍAZ y su escuela, que la infección debe ser considerada el *factor más importante* entre los que ellos llaman "agresivos de realización del asma", y que los sensibilizantes poseen una importancia adjetiva, ocasional, en las enfermedades alérgicas, y nos permitimos agregar que recalamos ese título de factor más importante para la infección porque de las causas de agresión la bacteriana es la más ampliamente difundida. Deseamos insistir en la importancia de las disbacteriosis

como causa provocadora de procesos alérgicos, y nos animamos a aventurar que ese fondo de disreacción que tanto valora el autor español está representado por dos elementos fundamentales de la alergia: los disturbios bacterianos y los endocrinos.

RESUMEN.

Nosotros creemos, en definitiva, que el asma infecciosa es mucho más frecuente de lo que se ha supuesto, habiendo encontrado que los resultados terapéuticos más satisfactorios en el asma son aquellos que dirigen su atención a la acción antibacteriana.

Que el "núcleo disreaccional" esté representado fundamentalmente por una fórmula endocrina desnivelada; que el mismo desequilibrio bacteriano juegue un papel principal en ese estado de cosas; o que se trate de un *complejo hepato-endocrino-bacteriano*, no lo sabemos aún; pero creemos que hasta el presente la búsqueda cuidadosa del factor bacteriano en el asma es uno de los puntales básicos del tratamiento de este proceso alérgico.

BIBLIOGRAFIA

1. E. FONTÁN BALESTRA.—El Día Médico, 25, 1.041, 1953.
2. E. FONTÁN BALESTRA.—El Día Médico, 1, 1954.
3. E. FONTÁN BALESTRA.—La Semana Méd., 100, 446, 1952.
4. E. FONTÁN BALESTRA.—"Influencia de los sueros heterólogos en la alergia". El Día Médico (en prensa).
5. E. FONTÁN BALESTRA.—El Día Médico, 25, 579, 1953.
6. E. B. BENEDICT.—Journ. Am. Med. Ass., 94, 1.916, 1930.
7. COGESHALL y GREENE.—Am. J. Physiol., 105, 103, 1933.
8. ALTHAUSEN y STOCKHOLM.—Am. J. Physiol., 123, 577, 1938.
9. E. FONTÁN BALESTRA.—La Semana Méd., 57, 449, 1950.
10. E. FONTÁN BALESTRA.—La Semana Méd., 53, 175, 1951.
11. E. FONTÁN BALESTRA.—La Semana Méd., 56, 448, 1949.
12. E. FONTÁN BALESTRA.—Prensa Méd. Argent., 40, 1.860, 1953.
13. E. FONTÁN BALESTRA.—El Día Médico, 25, 751, 1953.

SUMMARY

The writers believe that infectious asthma is much more frequent than is generally realised. They have found that the most satisfactory results in the treatment of asthma are those which aimed at an antibacterial action.

Whether the "dysreactive nucleus" is fundamentally represented by an unbalanced endocrine formula, whether the bacterial imbalance itself plays an important role in such a state of affairs, or whether a *hepato-bacterial-endocrine* complex is to be held responsible, we do not know at present. However, it is the writers' opinion that the careful search for the bacterial factor in asthma is so far one of the main supports of the treatment of such allergic condition.

ZUSAMMENFASSUNG

Wir sind der Ansicht, dass das infektiöse Asthma viel häufiger ist, als bis jetzt ange-

nommen wurde und haben festgestellt, dass die therapeutisch guenstigsten Ergebnisse des Asthmas dann erzielt werden, wenn man die Behandlung in Richtung der antibakteriellen Wirkung vornimmt.

Wir wissen noch nicht, ob der "dysreaktionelle Kern" grundlegend durch eine aus dem Gleichgewicht gekommene endokrine Formel dargestellt wird, oder ob die bakterielle Gleichgewichtsstoerung in diesem Zustand eine Hauptrolle spielt, oder ob es sich um einen *hepato-endokrinen-bakteriellen Komplex* handelt. Aber wir glauben, dass bis heute die sorgfaeltige Untersuchung des bakteriellen Faktors beim Asthma eine der wichtigsten Grundlagen zur Behandlung dieses allergischen Prozesses darstellt.

RÉSUMÉ

A notre avis, l'asthme infectieux est bien plus fréquent de ce que l'on pense, ayant trouvé que les résultats thérapeutiques les plus satisfaisants sont ceux qui dirigent leur attention vers l'action antibactérienne.

Que le "noyau disréactionnel" soit fondamentalement représenté par une formule endocrine dénivelée; que le même déséquilibre bactérien joue un rôle principal dans cet état de choses, ou qu'il s'agisse d'un complexe *hépato-endocrinobactérien*, nous n'en savons rien encore, mais nous croyons que jusqu'à présent la soigneuse recherche du facteur bactérien dans l'asthme est une des principales bases du traitement de ce procès allergique.

NOTAS CLINICAS

UN CASO DE TUBERCULOSIS INTESTINAL DIAGNOSTICADO EN SU LESION INICIAL

C. HERNÁNDEZ GUIO.

Hospital Militar "Gómez Ulla" de Tetuán (Marruecos).
Director: Coronel Médico J. J. ARACAMA GOROSÁBEL.

Recientemente hemos tenido ocasión de estudiar en la Sala de Medicina de este Hospital un enfermo que consideramos interesante desde el punto de vista clínico, radiológico y terapéutico.

Se trata de un enfermo de veintidós años, zapatero, natural de Córdoba, que hace aproximadamente un año, y encontrándose antes bien, comenzó bruscamente a tener deposiciones líquidas, claras, principalmente diurnas, en número de seis o siete al día, sin moco ni sangre. Al mismo tiempo notó astenia, pérdida de apetito y fiebre, no recuerda exactamente cuánta.

Con estos síntomas estuvo durante unos días, al cabo de los cuales, y previa medicación con específicos cuyo nombre no recuerda, desaparecieron sus diarreas y cree que la fiebre, pues dejó de ponerse el termómetro; siguió, sin embargo, con astenia y poco apetito y se instauró entonces un estreñimiento que nunca había padecido, haciendo de vientre cada dos o tres días, generalmente en bolas duras.

Hasta la actualidad ha venido con estreñimiento y anorexia, encontrándose siempre cansado y con pocas ganas de hacer nada, aunque él se ufana de haber sido un buen trabajador. Ultimamente viene notando de vez en cuando sensación como de peso en fosa iliaca derecha y pinchazos en esta última región.

En los últimos meses ha perdido cinco o seis kilos de peso. Antes nunca había estado enfermo y en su familia todos viven sanos.

Es un sujeto bien constituido, ligeramente pálido, y en su exploración clínica no se evidencia ningún dato

valorable, excepto un dolorimiento difuso a la palpación profunda de fosa iliaca derecha.

Practicados los análisis complementarios, no encontramos más signos a considerar que una velocidad de sedimentación de 8 a la primera hora y 15 a la segunda.

Realizada una exploración radiológica hallamos pulmones radiológicamente normales. En la exploración de



Fig. 1.

intestino visualizamos, a las cuatro horas de ingerido el contraste, conglomerado pélvico formado sin alteraciones morfológicas, así como ciego y ascendente también de configuración normal. El íleon terminal, aunque es morfológicamente normal, presenta una mucosa sucia con cierta desestructuración de pliegues y en la porción pre-esfinteriana un defecto de repleción, redon-