

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

Wir wissen noch nicht, ob der "dysreaktive Kern" grundlegend durch eine aus dem Gleichgewicht gekommene endokrine Formel dargestellt wird, oder ob die bakterielle Gleichgewichtsstörung in diesem Zustand eine Hauptrolle spielt, oder ob es sich um einen *hepato-endokrinen-bakteriellen Komplex* handelt. Aber wir glauben, dass bis heute die sorgfältige 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 dénivellée; que le même déséquilibre bactérien joue un rôle principal dans cet état de choses, ou qu'il s'agisse d'un complexe *hépato-endocrin-bactérien*, 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 CLÍNICAS

UN CASO DE TUBERCULOSIS INTESTINAL DIAGNOSTICADO EN SU LESIÓN INICIAL

C. HERNÁNDEZ GUIO.

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

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 diurias, 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 veinte 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 ilíaca 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 ilíaca 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 ileon terminal, aunque es morfológicamente normal, presenta una mucosa sucia con cierta desestructuración de pliegues y en la porción pre-esfinteriana un defecto de replección, redon-

deado, del tamaño de un grano de mijo, que se visualiza perfectamente a radioscopía y se patentiza en las radiografías 1 y 2, disparadas, la primera, sin compresión, y la segunda, con ella. Se trata de una imagen

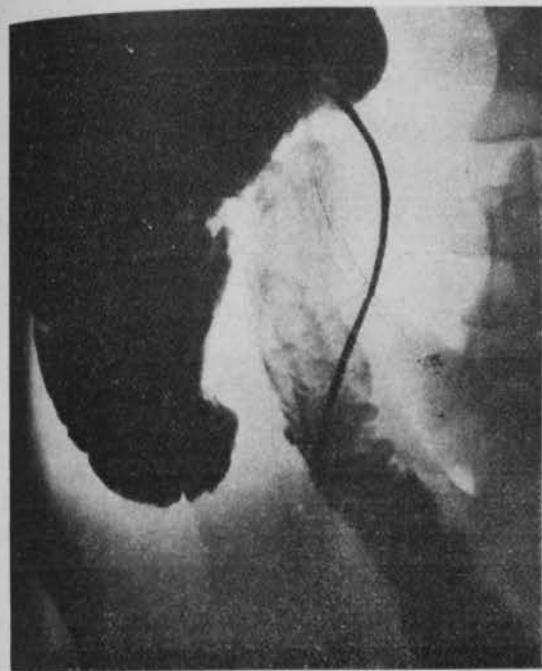


Fig. 2.

constante, por lo que no nos cabe duda de su organicidad, y pensamos por ello que estamos ante un nódulo de alarma acompañado de alteraciones en la mucosa del ileon que no podemos precisar si son meramente



Fig. 3.

funcionales o discretísimas lesiones orgánicas. En el esfínter ileo-cecal observamos también una cierta rigidez.

Pensamos se trata de la iniciación de una tuberculosis intestinal, por lo que instauramos un tratamiento

con hidrazida, 7 comprimidos diarios, y estreptomicina, 2 gramos semanales.

A las tres semanas el enfermo se encuentra subjetivamente mejorado, ha recobrado el apetito, ha engordado y tiene nuevamente ilusión por el trabajo. La velocidad de sedimentación es ahora de 3-6. El dolor a la palpación en fosa iliaca derecha ha desaparecido y en la exploración radiológica de intestino hallamos un ileon terminal todavía con mucosa sucia, pero con pliegues de aspecto normal; la imagen nodular no es ahora visible; también ha desaparecido el cierto grado de rigidez que existía en el esfínter ileo-cecal (radiografías 3 y 4).

COMENTARIOS.

El nódulo de alarma fué descrito por MARINA FIOL en 1943 como signo patognomónico de la tuberculosis del ileon terminal. Para él se trataría de la hiperplasia de los folículos linfáticos o de las placas de Peyer y por lo tanto de la lesión inicial de la tuberculosis intesti-



Fig. 4.

nal, que evolucionaría una veces a la curación y otras a la formación de la úlcera tuberculosa. La frecuencia de un nódulo de alarma acompañando a lesiones tuberculosas del intestino es sin duda muy alta. Sin embargo, el hallazgo del nódulo de alarma como lesión única radiológica es muy raro, y aparte de los casos de MARINA FIOL hay pocos publicados en nuestra literatura, entre las cuales hay que mencionar los de ESTEBAN, hallados cuando hacia exámenes sistemáticos del ileon terminal en enfermos de un Dispensario antituberculoso, y el de FRANCO, que fué confirmado más tarde quirúrgicamente. En la literatura extranjera, recientemente HENNING y BAUMANN publican un caso de tuberculosis pulmonar en cuyo enfermo existía en la porción pre-esfinteriana del ileon un nódulo de alarma sin otras lesiones. Según BROHEE, el signo de MARINA FIOL le ha resuelto muchos problemas de fosa iliaca derecha, resaltando LERBERGHE y MERRIS su gran valor diagnóstico. PORCHER, BUFFARD y SAUVEGRAIN

confirman estas manifestaciones presentando dos casos en los que no existían otras lesiones aparte del nódulo de alarma. Estos autores, sin embargo, citan un caso de hallazgo del nódulo de MARINA FIOL en una apendicitis; el mismo MARINA FIOL también cita otro semejante de su experiencia. Estos hallazgos parecen indicar que el nódulo de alarma constituye un signo casi patognomónico de la tuberculosis intestinal, pero que puede aparecer también en otros procesos no tuberculosos en los que se produciría una reacción hiperplásica de los folículos linfáticos del ileon o engrosamiento de los ganglios linfáticos del ángulo ileo-cecal que al adosarse al ileon pudieran proporcionar imágenes semejantes, aunque en general de tamaño mayor. Generalmente, en los casos de hiperplasia de los folículos linfáticos por un proceso infeccioso no tuberculoso, aquélla es difusa, extendida a todo el asa e incluso al ciego (ileitis follicular), lo que no sucede en la tuberculosis salvo en la forma miliar.

Analizando el cuadro clínico de nuestro enfermo, choca cómo después de un año de evolución no existen alteraciones más profundas del territorio si se trata de una tuberculosis y cómo la velocidad de sedimentación no está frádicamente acelerada. Es posible, y es desde nuestro punto de vista, que este enfermo haya padecido una afectación tuberculosa ganglionar de peritoneo y que ahora probablemente se iniciaba la participación intestinal en el proceso. Es muy probable existiesen otras lesiones en otras zonas del intestino, como es lo habitual, pero cuyo diagnóstico radiológico es sumamente difícil. En cuanto a la velocidad de sedimentación, puede en estos casos de tuberculosis ganglionar, e incluso intestinal de comienzo, ser temporalmente normal. La sintomatología clínica poco expresiva es la habitual, aunque no específica, en este tipo de lesiones. Para nosotros tiene gran valor la evolución clínica favorable experimentada por este enfermo con el tratamiento, y aunque la hidrazida puede modificar inespecíficamente parte de la sintomatología, como la anorexia, astenia y pérdida de peso, sin embargo, la desaparición de las molestias en fossa ilíaca derecha, la regularización de la marcha del vientre y la desaparición radiológica del nódulo de alarma nos reafirman en nuestro diagnóstico.

El interés de nuestro caso estriba en poner de manifiesto el valor diagnóstico de la exploración radiológica del ileon terminal, para el diagnóstico precoz de la tuberculosis intestinal, merced al cual estos casos evolucionan con el tratamiento específico rápidamente a la curación. Los estudios anatomo-patológicos realizados en tuberculosos intestinales demuestran cómo las lesiones intestinales regresan frecuentemente de una manera espontánea a la curación, que hoy en día se acelera con el empleo de las modernas drogas, hasta el punto de que

la tuberculosis intestinal, que antes era una complicación frecuente y temible de la tuberculosis pulmonar, hoy en día se presenta raramente, como ha señalado recientemente TORRES GONZÁLEZ.

UN CASO DE NEUMOTORAX BILATERAL POR PUNCION UNILATERAL (*)

M. BALCÁZAR RUBIO.

Académico correspondiente de la Real de Medicina de Valencia.

Vamos a reseñar brevemente un caso extraordinario de neumotórax bilateral provocado en un enfermo tuberculoso de pulmón izquierdo al realizar el neumotórax en dicho lado.

Se trata del enfermo F. P. R., de treinta años, cuyos antecedentes familiares figura el padre con T. P. y en los personales una bronconeumonia de pequeño de la que le quedaron unas bronquiectasias.

Hace cinco años fué diagnosticado por mi de T. fibrocáscosa de pulmón izquierdo con ulceración subclavicular, proponiéndole entonces la realización del neumotórax, que el enfermo por miedo desechara, tratándose medicamentosamente nada más. Hace tres meses vuelve a nuestra consulta aquejando tos y expectoración abundante, fiebre, astenia, adelgazamiento y anorexia; se trata de un sujeto asténico, y ya a la inspección se observa una retracción del hemitórax izquierdo, donde se aprecia submatidez y estertores subcrepitantes en la región subclavicular; el latido de punta, desviado a la izquierda; la radiografía muestra su proceso fibrocasoso izquierdo, con gran cavidad subclavicular izquierda y zonas de atelectasia, además de una sinistrocardia y gran desviación mediastínica izquierda. La velocidad de sedimentación es de 36 a la primera hora.

Se le pone a reposo y tratamiento específico, volviendo al mes muy mejorado, apirético, con menos tos y expectoración y mucho mejor estado general, siendo la velocidad de sedimentación de 15 a la primera hora por lo cual, y considerando un buen estado inmunobiológico se le vuelve a proponer, y se le convence, de que debe realizarse el neumotórax aun con dudas de que una probable sinequía pleural lo impidiera. Pero se realiza normalmente, con la enorme sorpresa de que además de verse una cámara basal posterior izquierda se observa otra cámara gaseosa en el lado derecho con una escasa cantidad de líquido en seno costofrénico.

Llama un poco la atención que las presiones negativas, de menos 14 apenas, se modifican con la insuflación de gas.

Entonces se procede a practicar una radiografía, antes y después del neumotórax, comprobando cómo la cámara gaseosa contralateral, es decir, la del lado sano aumenta cada vez que se insufla en lado izquierdo o enfermo.

Es indudable, pues, que hay una evidente comunicación interpleural y ahora sólo nos resta hacer unas consideraciones sobre la posible vía de comunicación y revisar las posibilidades que

(*) Comunicación a la Sociedad Médico-Quirúrgica de Alicante.