

adrenal system), working, which in turn gives rise to the aperture of the "Primary hormonal defensive circle".

### ZUSAMMENFASSUNG

Es wird darauf hingewiesen, dass der vom Author so benannte "Einschlag Anästhesie-Eingriff" das Wichtigste im Augenblick vor und nach der Operation sei. Dieser Einschlag setzt die "Funktionelle Einheit der Adaptation" in Bewegung oder, was dasselbe sagen will, das System "Zwischenhirn-Hirnanhang-

Nebennieren, welches seinerseits die Eröffnung des "Primären hormonalen Verteidigungskreises" veranlässt.

### RÉSUMÉ

On expose que le plus important du moment pré et post-opératoire c'est ce que l'auteur appelle "impact anesthésie-intervention". Il met en action l'"Unité fonctionnelle d'adaptation", ou ce qui est la même chose, le système diencéphalo-hypophysaire-surrénal, qui a son tour provoque l'ouverture du "cercle défensif primaire hormonal".

## NOTAS CLÍNICAS

### SOBRE LA FORMA PULMONAR DE LA ENFERMEDAD DE SCHAUMAN BOECK

P. DE LA BARREDA, R. ALCALÁ, V. RÍOS  
y R. ORTEGA.

Clinica de la Concepción. Instituto de Investigaciones Médicas y Clínicas. Madrid.

Recientemente se está prestando una mayor atención a la forma pulmonar de la enfermedad de Schauman Boeck, y ello, unido a la posibilidad de mejoría terapéutica, que en algunos casos puede ser rápida y efectiva, nos mueve a hacer los siguientes comentarios, a propósito de un enfermo visto por nosotros:

Se trata del enfermo Manuel A. G., natural de Madrid, de cuarenta y nueve años, casado y empleado de Banca, que estando previamente bien, hace dos años comenzó a notar molestias en la planta del pie derecho, especialmente al caminar. Diagnosticado e intervenido de espina ventosa, mejoró notablemente, aunque la herida le supuró durante un mes. Al cabo de dicho tiempo, comenzó a notar fiebre de 38°, con tos seca, disnea de esfuerzo y palpitaciones. Fue tratado con antibióticos: estreptomicina e hidrazida, a grandes dosis, sin que a pesar de la intensidad del tratamiento, notara ninguna mejoría de sus molestias, continuando con tos seca, expectoración difícil, opresión en el pecho y disnea de esfuerzo.

Entre sus antecedentes personales no se encontraba ningún dato de interés habiendo padecido tifus siete años antes. El enfermo no había estado previamente en contacto con polvos de sílice ni con ninguna otra sustancia de naturaleza coniódica.

En sus antecedentes familiares nos encontramos con que su padre murió del corazón, y asimismo su madre, y un hermano murió tuberculoso.

En la exploración nos encontramos con un enfermo bien constituido, con buena coloración de piel y de mucosas, con pupilas isocóricas y normorreactivas, y boca séptica con faltas de piezas. En el cuello no se palpan adenopatías ni se aprecia salto vascular. La exploración física del tórax permite objetivar una respiración ruda, con roncos diseminados en ambos hemitórax, y algunos estertores húmedos en las bases. En el corazón

los tonos son puros, y el pulso late a un ritmo de 80 por minuto, siendo la presión arterial de 140 y 90 milímetros Hg. En abdomen no se palpa nada anormal ni hay zonas dolorosas a la palpación profunda.

El enfermo viene a nuestra consulta muy asustado por haber sido estigmatizado con un diagnóstico de neoplasia pulmonar inoperable.

En testículo izquierdo (epididimo), se palpa una tumoreación del tamaño de un garbanzo, no muy dura ni dolorosa.

La radiografía de tórax (fig. 1), que traía el enfermo a la consulta, demostraba una fibrosis diseminada pulmonar, con unos hilios reforzados.

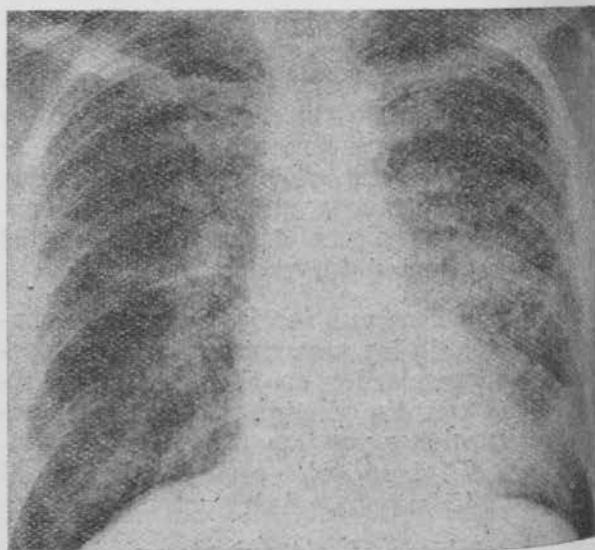


Fig. 1.

A la vista de esta historia y de la radiografía se pensaban varias posibilidades, desde el punto de vista clínico. En primer lugar habría que descartar la posibilidad, poco probable por otra parte, de una tuberculosis pulmonar de evolución fibrosa, aunque ni la imagen ni la historia abonaran mucho en ese sentido. La neoplasia pulmonar de que había sido diagnosticado previa-

mente el enfermo, era otro proceso a tener en cuenta, máxime considerando la palpación del epidídimo. De todas formas, la imagen radiográfica era poco sugestiva de metástasis, de dicha etiología, y asimismo tampoco parecía probable que se tratara de una neoplasia bronquial.

Otro grupo de enfermedades que era preciso eliminar era el de las coniosis pulmonares profesionales. Asimismo otro proceso que había que barajar era el de la micosis, teniendo en cuenta sobre todo, la histoplasmosis, que puede dar una imagen radiológica muy semejante a la de este enfermo. Asimismo podía barajarse la posibilidad de una fibrosis pulmonar primaria o de un síndrome de Hamman-Rich.

El grupo de las enfermedades colágenas era otro que había que depurar en este enfermo, y dentro de ellos, el lupus, la esclerodermia y la periarteritis nudosa, y asimismo era necesario investigar la posibilidad de que nos encontráramos frente de un proceso granulomatoso del tipo del

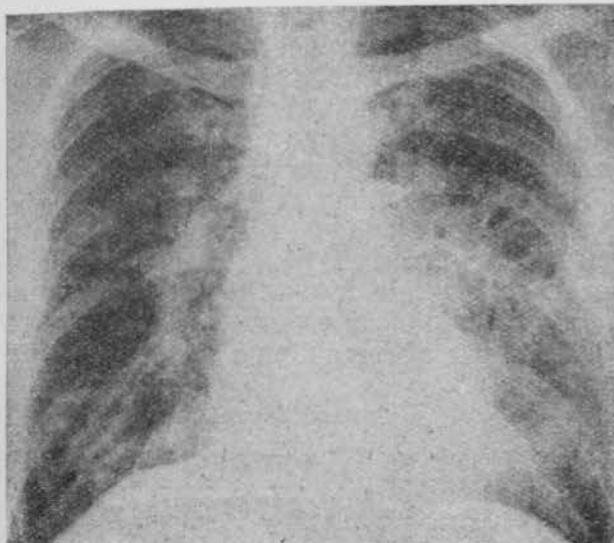


FIG. 2.

que provoca la enfermedad de Hodgkin, o bien que nos encontráramos frente de un sarcoide de Boeck de forma pulmonar.

Para depurar todas estas posibilidades se le hicieron una serie de exploraciones, dentro de las cuales nos encontramos con que la intradermorreacción a la tuberculina al 1/10.000 fué completamente negativa. El análisis del esputo es totalmente anodino, sin verse bacilos de Koch, y sin ser positiva la inoculación al cobaya. La reacción de histoplasmina es negativa con varias diluciones del antígeno. La reacción de desviación del complemento para la histoplasmina es, asimismo, negativa. La serología da unas reacciones de Wassermann, Meinicke y Kahn y citochol totalmente negativas. La velocidad de sedimentación es normal, y el recuento y la fórmula de la serie, tanto roja como blanca, son rigurosamente normales. El estudio espirográfico arrojaba una cifra de capacidad vital de 64 por 100, con un volumen de reserva espiratoria de 732 c. c. El espectro electroforético arrojaba 6,304 gr. de proteínas totales, de las cuales el 45,3 por 100 son albúminas, el 11,2 por 100 son alfa globulinas, el 20,2 por 100 son beta globulinas, el 23,2 por 100 es globulina gamma.

Ante estos datos descartamos en principio el que se tratara de una tuberculosis pulmonar activa, y asi-

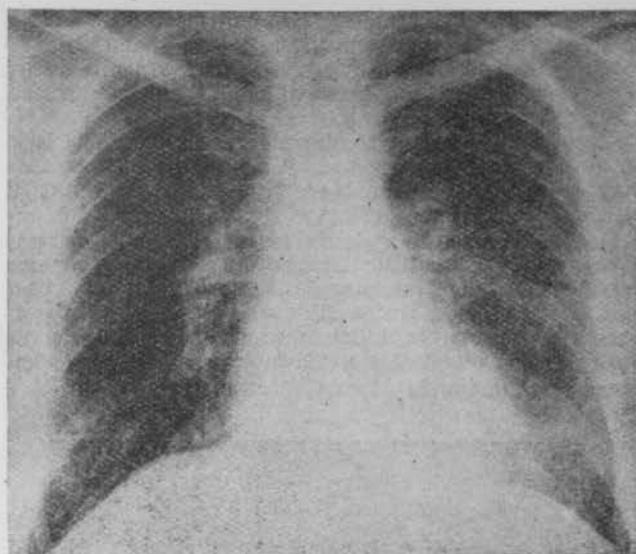


Fig. 3.

misimo el que se pudiera tratar de una histoplasmosis. Tampoco es congruente con ello, dada la velocidad de sedimentación normal, el tiempo de evolución y el relativamente buen estado general del sujeto, el que se tratara de una metástasis pulmonar o de una neoplasia bronquial. Las coniosis y las enfermedades profesionales de este tipo también había que eliminarlas, pues ni la profesión del enfermo, empleado de Banca, ni el haber estado nunca en contacto con polvos coniíticos, permitían aducir pruebas en este sentido. El hecho de que la velocidad de sedimentación sea normal y de que no tenga gamma globulinemia, permite descartar el lupus eritematoso, y el hecho de que este proceso sea febril (solamente tuvo fiebre unos días al principio de la enfermedad), y de que la evolución sea distinta de la maligna con complicaciones viscerales en otros territorios y cavernas pulmonares, permite eliminar la periarteritis nodosa. La enfermedad de Hodgkin también se puede eliminar, pues ni la historia evolucionó ni la radiografía corresponde a la típica de este proceso.

Por exclusión, se hace el diagnóstico de enfermedad de Schauman-Boeck de forma pulmonar y se instituye un tratamiento de ACTH y cortisona y se le indica que periódicamente debe volver para ser vigilado.

Respecto a las pruebas específicas de la enfermedad de Boeck, la prueba de Krein<sup>1</sup> no se pudo hacer en este enfermo y se negó a hacerse la biopsia de saco conjuntival.



Fig. 4.

La evolución nos ha permitido confirmar nuestro diagnóstico inicial de Schauman-Boeck, aun cuando tampoco puede descartarse un Hamman Rich, si bien la evolución favorable y la imagen radiológica abonan más en favor del primer supuesto.

El enfermo actualmente lleva cerca de dos años bajo nuestra vigilancia periódica, y su extraordinaria mejoría se puede objetivar desde tres puntos de vista: el radiográfico, el espirográfico y el clínico.

Desde el punto de vista radiográfico, hemos asistido a una regresión teatral de la sintomatología, y en este sentido más que comentar la gran disminución, casi desaparición de la trama fibrosa, y la enorme disminución de la imagen hiliar, preferimos reproducir algunas de las numerosas pruebas iconográficas que hemos ido acumulando de este enfermo (figs. 2 a 5).

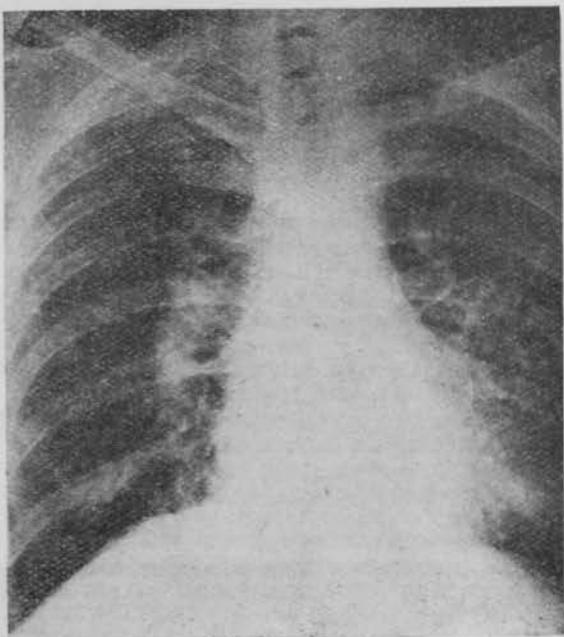


Fig. 5.

Desde el punto de vista clínico, hemos asistido a cómo un enfermo que vino a nosotros con una disnea no solamente de esfuerzo, sino también de reposo, y que era un hombre inútil para toda actividad, no solamente se ha reintegrado a su labor, bien que ésta sea tan sedentaria como la de un empleado de Banca, sino que este enfermo ha podido hacer su vida normal, incluso con algún ejercicio más fuerte, como excursiones, etcétera.

Desde el punto de vista espirográfico, la mejoría también ha sido muy notable, y así, la capacidad inspiratoria, que a mediados del primer año de tratamiento, cuando ya se encontraba mejorado, era de 1.775 c. c., es actualmente de 2.100 c. c., mientras que la capacidad vital ha aumentado de 2.400 c. c. a 2.910 c. c.

El caso presentado sugiere unos comentarios que queremos brevemente resumir.

En primer término queremos comentar la evolución tan favorable de este caso, que dista mucho de la progresiva y fatal de la fibrosis intersticial de Hamman-Rich, según indican, entre otros, ARNODD<sup>2</sup>, SPAIN<sup>3</sup> y, recientemente, SLOPER<sup>4</sup> y WILLIAMS, y aunque esta evolución favorable de la sarcoidosis sometida al tratamiento con ACTH y cortisona ya está señalada en la literatura por ISRAEL JONES y colaboradores<sup>5</sup>, ciertamente es una contingencia que dista de ser todo lo frecuente que sería de desear, aunque la estadística de ISRAEL y colaboradores, basada en

36 enfermos, es bastante optimista respecto a los resultados obtenidos.

Debido a la necesidad del tratamiento con cortisona y ACTH en esta afección, es de un enorme interés el diferenciar esta enfermedad de la tuberculosis pulmonar, en el sentido de infección bacilar activa, pues ya sabemos que patogénicamente una de las posturas más aceptadas hoy en día es la de considerar muy emparentadas ambas afecciones, cuando no una relación más estrecha que la de mera similaridad de algunas lesiones anatómicas. A pesar de ello es imprescindible el poder eliminar la presencia de alguna lesión que, bajo el tratamiento de cortisona, pueda reactivarse y llevar al enfermo a una situación comprometida. Es por ello por lo que, si siempre que se instaura un tratamiento con cortisona es muy conveniente vigilar al enfermo, en este caso es totalmente imprescindible.

El aspecto radiológico de nuestro caso también merece algunos comentarios. No es nuestro propósito el hacer aquí una revisión de las posibilidades radiográficas de la enfermedad de Boeck pulmonar. Por otra parte, recientemente se ha publicado en el *Deutsche Med. Wschr.*, por WURM y REINDELL<sup>6</sup>, un documentadísimo trabajo sobre estos extremos.

Su evolución radiográfica y clínica ha sido tan favorable, que aunque roentgenográficamente queden lesiones residuales, el enfermo clínicamente está curado, hasta el extremo de que nos cuesta trabajo hacerle venir a las revisiones periódicas, por afirmar él que se "encuentra perfectamente".

#### BIBLIOGRAFIA

1. D. C. PURNELL, A. H. BAGGENSTOSS y A. M. OLSEN.—Ann. Int. Med., 42, 619, 1955.
2. W. M. ARNOTT.—Brit. Med. J., 2, 279, 1955.
3. D. M. SPAIN.—Ann. Int. Med., 33, 1150, 1950.
4. J. C. SLOPER y E. WILLIAMS.—Lancet, 2, 533, 1955.
5. D. D. HAROL, D. ISRAEL, M. JONES y D. HARELL.—Jour. Am. Med. Ass., 156, 461, 1954.
6. K. WURM y H. REINDELL.—Deutsche Med. Wschr., 80, 1292, 1955.
7. HIL, ISRAEL y M. JONES.—Am. Int. Med., 43, 1.269, 1955.

#### NEOPLASIA GASTRICA CON REACCION LEUCEMOIDE

L. LORENTE FERNÁNDEZ, M. JIMÉNEZ CASADO,  
M. AGUIRRE DE JACA y R. FONTES GIL.

Del Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.  
Clínica de la Concepción. Prof.: C. JIMÉNEZ DÍAZ.

Las reacciones leucemoides secundarias<sup>1</sup> a otros procesos han sido reiteradamente descritas y definitivamente deslindadas del grupo de las leucemias propiamente dichas, gracias fundamentalmente a la práctica de la punción-biopsia de la médula ósea. Se ha prestado un especial interés a la presentación de estos cuadros en infecciones de variada naturaleza, y así, LEITNER<sup>2</sup>