

tolerancia en los enfermos del segundo grupo. Se produjeron trastornos gástricos en 15, disminución de la diuresis con ligero aumento del sodio y cloro en sangre en tres enfermos y alteraciones renales en cinco.

Daptazol y megimida en la intoxicación barbitúrica aguda.—MADSEN (*Tidsskr. Norske Lægefor.*, 77, 60, 1957) ha administrado combinadamente dichas drogas a 14 enfermos para el tratamiento de la intoxicación barbitúrica. El efecto más notable fué un aumento en la actividad refleja y mejoría de la respiración. La duración del coma no pareció acortarse ni que se eliminaran más rápidamente de las intoxicaciones profundas, pero que no debe interpretarse como antídoto específico y que de ninguna manera hace superflua el resto de la terapéutica habitual.

Diacetilcolchicina en la terapéutica antituberculosa.—PAOLINO y colaboradores (*Minerva Med.*, 48, 1, 1957) refieren el tratamiento con diacetilcolchicina de 78 enfermos con diferentes tipos de neoplasias. Administrada la droga por vía intravenosa, no origina reacción vascular local ni deprime el estado general del enfermo. La dosis inicial fué de 7 a 10 mg., continuándose igual, disminuyendo o ampliando los intervalos en relación con la forma de la neoplasia

y la presentación de efectos colaterales. El recuento leucocitario se normaliza después de una interrupción del tratamiento de pocos días; no consideran contraindicación del tratamiento un recuento leucocitario inicial de 3.000 a 4.000 por mm. c. El tratamiento diario con grandes dosis de la droga no se continuó más de diez a quince días, excepto en los enfermos con leucemia mieloide crónica; el tratamiento con una dosis pequeña (5 mg.) dada con intervalos de uno o más días, no se continuó más de veinte a treinta días. Un requisito previo para este tratamiento es la existencia de una buena función renal. Los resultados fueron excelentes y duraderos en los enfermos con leucemia mieloide crónica; excelentes, pero menos duraderos, en enfermos con reticulosarcoma; buenos y en algunos casos excelentes en enfermos con linfogranuloma maligno, bueno en algunos enfermos con linfosarcoma o metástasis pulmonar de carcinoma de mama y pobres en un enfermo con melanosarcoma y en otro con reticuloendoteliosis. La droga no tuvo efecto en un enfermo con fibrosarcoma. Se consiguió una mejoría subjetiva en dos enfermas con carcinoma del ovario. La remisión puede mantenerse administrando una pequeña dosis de radioterapia, y en los enfermos con linfogranuloma maligno tratándoles ulteriormente con metenamina.

EDITORIALES

MUERTES ASOCIADAS CON LA TERAPEUTICA ESTEROIDEA

La mayoría de los efectos colaterales y complicaciones resultantes del empleo de cortisona y ACTH no son peligrosos y cesan al suspender la administración de la hormona. Sin embargo, algunas de las complicaciones reseñadas últimamente en la literatura son francamente graves y hasta existen citados numerosos casos de muerte. No obstante, la lectura de las comunicaciones publicadas da la impresión de que se han achacado injustamente algunas de las muertes ocurridas, y esto verosimilmente es la consecuencia de que el tratamiento se ha realizado para una enfermedad que ya de por sí es potencialmente fatal y susceptible de complicaciones similares durante su historia natural.

Por ello, ALLANBY ha hecho una revisión de un total de 18 enfermos que fallecieron en el curso de la terapéutica esteroidea. Ha podido deducir que, efectivamente, la terapéutica esteroidea pudo ser la causa de la muerte en 9 de los 18 casos y probablemente responsable de otros dos más; en dos enfermos no tuvo nada que ver la terapéutica y es muy poco probable que jugara algún papel en otros dos más; en los tres restantes, la muerte pudo posiblemente precipitarse por el empleo de dichas hormonas. De los 11 enfermos cuya muerte se atribuye a la terapéutica esteroidea, 5 por lo menos sufrían de procesos frecuentemente fatales; 2 de los 3 enfermos cuya muerte pudo precipitarse por la terapéutica estaban profundamente graves, uno con poliarteritis nodosa y otro con colitis ulcerosa fulminante. Si aceptamos la versión de estos datos habría que presumir que la cortisona o la ACTH eran las responsables de las muertes, y así se exagerarían los riesgos de la terapéutica esteroidea; pero resulta que no es posi-

ble valorar exactamente la incidencia de complicaciones fatales puesto que no se conoce exactamente el número de enfermos a los que se aplicaba dicha terapéutica, aunque prejuzga que, aproximadamente, unos 500; incluso con cifras exactas, esta incidencia total sería de valor dudoso sin contar al propio tiempo el tipo de la enfermedad que venía siendo tratado.

En dichos casos fatales se vió que no había relación con el volumen de la dosis o la duración del tratamiento, aunque, naturalmente, cuanto más tiempo recibía esteroides un enfermo más se expone al riesgo. El tiempo mínimo para que aparezca una complicación grave es muy corto, y así un enfermo de PAGE murió de neumonía a los siete días de iniciar el tratamiento con ACTH; dos de los casos de ALLANBY con colitis ulcerosa presentaron complicaciones fatales a los doce y ocho días, respectivamente; en dos casos de muerte por hemorragia gastrointestinal se dieron dosis muy altas durante largos periodos, pero DAVIS y ZELLER observaron una complicación similar con dosis diarias de 50 miligramos de cortisona.

La infección y la perforación y hemorragia gastrointestinal fueron las complicaciones fatales más corrientes, de acuerdo con lo publicado en la literatura. Es difícil saber cómo puede prevenirse el riesgo de infección, aunque deben excluirse del tratamiento a los enfermos con tuberculosis y quizá otras infecciones crónicas, salvo en circunstancias muy especiales. De igual modo habrán de rechazarse los enfermos con historia de úlcera péptica; pero hay que reconocer que los esteroides pueden originar la ulceración en sujetos normales, de forma que esta complicación no puede evitarse por completo. La muerte podría probablemente haber sido prevenida en algunos casos (particularmente los consecutivos a la infección y muerte postoperatoria).

si se hubiera podido apreciar exactamente la importancia vital de continuar o aumentar la dosis de cortisona o ACTH durante el período de stress. El hecho de que las hormonas esteroides enmascaren numerosos signos y síntomas hace difícil el descubrimiento de una infección, y por ello dicho autor tiene la práctica de administrar grandes dosis de antibióticos a la menor sospecha de infección; todo caso de duda debe ser ingresado en el hospital para su observación y debe advertirse a los enfermos que consulten inmediatamente con su médico en cuanto aparezca algún síntoma o molestia que previamente no tenían; incluso así, se presentan ocasionalmente casos fulminantes, como el citado de PAGE.

Continúa la síntesis de compuestos similares a la cortisona en su efecto antiinflamatorio, y así, por ejemplo, se ha proclamado que la prednisona y prednisolona poseen una acción sobre los líquidos y electrolitos mucho menor que la de la cortisona. Sin embargo, NABARRO y cols. recalcan que con estos compuestos sólo se han suprimido o disminuido los efectos colaterales menos importantes, ya que los graves, tales como la supresión adrenocortical y el riesgo de la infección, son comunes a los de la cortisona; esta falsa seguridad de la prednisona y prednisolona subraya el hecho de que se prescriben con mayor ligereza de lo que realmente se necesita y, por el momento, es inverosímil creer que puedan prepararse compuestos que retengan considerables propiedades antirreumáticas y antiinflamatorias sin el riesgo de las complicaciones infecciosas y de la supresión adrenocortical.

Como con otros métodos de tratamiento que al principio se nos mostraban como milagrosos, se están ahora apreciando las limitaciones de los corticosteroides, particularmente en relación con la posibilidad de complicaciones graves. Pero también otras formas de tratamiento tienen sus riesgos y sería una lástima que se exageraran los peligros de la terapéutica esteroidea. Es preciso que los médicos conozcan bien las ventajas y peligros de estas hormonas y que en todo caso deben llevar una supervisión adecuada del enfermo bajo tratamiento. Como ha subrayado recientemente POLLEY, para el valor terapéutico óptimo, el empleo de estas hormonas debe ser supervisado por los médicos que estén familiarizados con sus problemas, de la misma manera amplia que lo considerarían necesario para realizar cualquier tratamiento complicado, tanto médico como quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

- ALLANBY, K. D.—Lancet, 1, 1,104, 1957.
DAVIS, T. A., y ZELLER, M.—Jour. Amed. Med. Ass., 150, 31, 1952.
NABARRO, J. D. N.; STEWART, J. S., y WALKER, G.—Lancet, 2, 993, 1955.
PAGE, J. A.—Brit. Med. J., 2, 1,134, 1954.
POLLEY, H. F.—Brit. Med. J., 2, 1,253, 1956.

CURSO Y PRONOSTICO DE LAS RETICULOENDOTELIOSIS

El granuloma eosinófilo, la enfermedad de Schüller-Christian y la enfermedad de Letterer-Siwe han sido en los últimos años agrupados conjuntamente, sobre la base de hallazgos anatomopatológicos similares y como manifestaciones de reticuloendoteliosis en diferentes estadios de la enfermedad; sin embargo, los rasgos clínicos son diferentes, excepto en algunos casos transicionales que han sido referidos para subrayar la hipótesis de un proceso fundamental común. El granuloma eosinófilo se describió primero como una enfermedad localizada y que se presenta como una lesión ósea solitaria, pero posteriormente se ha visto que existen lesiones con las características histológicas del granuloma eosinófilo en otras localizaciones, aunque, en general, es útil restrin-

gir dicho término a una lesión única confinada al esqueleto. El término, enfermedad de Schüller-Christian, originalmente referido a la clásica triada de lagunas óseas del cráneo, exoftalmos y diabetes insípida, se emplea más ampliamente para incluir casos en los que hay lesiones esqueléticas múltiples o en los que se afecta más de un sistema. La enfermedad de Letterer-Siwe o histiocitosis no lipoidea se caracteriza por una afectación general difusa y rápidamente progresiva. Como el curso y pronóstico son tan diferentes en dichas tres entidades, parece prudente perpetuar las divisiones clínicas aun reconociendo que representan fases diferentes de la misma enfermedad.

En un reciente trabajo, AVERY y cols. refieren su experiencia con 40 enfermos observados en el Johns Hopkins Hospital que fueron clasificados en los tres grupos antes mencionados de acuerdo con el número y grado de las lesiones y su aspecto histológico, con una duración de observación que llegó en casos hasta cuarenta y tres años. La enfermedad de Letterer-Siwe se presenta sólo en niños; la enfermedad de Schüller-Christian es más frecuente en los primeros cinco años de la vida, pero se encuentra en todas las edades, hasta los cuarenta y seis años; el granuloma eosinófilo, aunque más corriente en el grupo joven, se presentó en un enfermo a la edad de sesenta y un años. Los dos enfermos con Letterer-Siwe llevaron un curso fatal. De los 29 enfermos con Schüller-Christian sólo fallecieron cuatro; por último, los nueve enfermos con granuloma eosinófilo se recuperaron.

En ese trabajo prestan especial atención al grupo de enfermos con Schüller-Christian. La clásica triada de defectos lacunares en los huesos membranosos, el exoftalmos y la diabetes insípida, siendo las manifestaciones más habituales, sólo se presentaron combinadamente en tres enfermos. En cuanto a las posibilidades diagnósticas, los hallazgos radiológicos, particularmente con referencia al esqueleto, aportaron el único medio auxiliar de utilidad. No se vieron anomalías consistentes en los análisis químicos de la sangre y todas las determinaciones de colesteroína en el suero fueron normales. La anemia fue rara, y cuando existió, se asoció con un pronóstico grave; no se vió eosinofilia en la sangre periférica. Se apreció un trastorno en el crecimiento en unos pocos enfermos en los que existían otros datos de disfunción hipofisaria. De los 29 enfermos, aproximadamente la tercera parte se ha recuperado, cerca de la mitad muestran evidencia de enfermedad activa y sólo la sexta parte ha muerto, dando una mortalidad del 13 por 100.

En los 9 enfermos con granuloma eosinófilo, las lesiones se presentaron fundamentalmente en los huesos de la cabeza y de la pelvis, aunque no se afectó la misma área en dos enfermos.

La radioterapia y la terapéutica con esteroides ha demostrado su utilidad para suprimir las lesiones del Schüller-Christian y las lesiones esqueléticas aisladas del granuloma eosinófilo respondieron perfectamente a la radiación y al raspado o escisión.

En cuanto a los comentarios que sugieren tales enfermos, dichos autores subrayan que el anatomopatólogo frente a una biopsia aislada es incapaz de establecer categóricamente a qué clasificación pertenece un enfermo determinado; frecuentemente un área semeja el granuloma eosinófilo, pero en el mismo enfermo otra lesión visualiza la células espumosas más características del Schüller-Christian; por esta razón, todo lo que puede decir el anatomopatólogo es que pertenece al amplio grupo de reticuloendoteliosis, con uno u otro tipo celular predominante en las muestras examinadas.

Desde el punto de vista clínico, frente a una lesión aislada el médico no puede estar seguro del curso ulterior de la enfermedad; al cabo de varios meses, sin embargo, puede verse con claridad que la lesión se limita al esqueleto o anuncia lesiones en otros órganos. Cuando la lesión queda confinada y es única en el esqueleto el pronóstico es excelente uniformemente; si existe una enfermedad general, pero el curso no es rápidamente progresivo, el pronóstico sigue siendo bueno y sólo en aquellos casos con afectación de órganos múl-

tiples y extensión rápida de la enfermedad el pronóstico es desfavorable.

También desde el punto de vista clínico la existencia de diabetes insípida y exoftalmos sugiere inmediatamente el diagnóstico de Schüller-Christian, pero existen otras manifestaciones menos conocidas que subrayan la importancia de considerar las reticulosis en el diagnóstico diferencial de algunos procesos más corrientes. Así, por ejemplo, la otitis media crónica que no respondía a la terapéutica antibiótica fué la primera manifestación de la enfermedad y mucho más corriente que el exoftalmos en el conjunto de los casos; asimismo, la afectación cutánea puede simular el eczema intratable, las lesiones ulcerosas de las encías pueden ser también un signo precoz de la enfermedad; la anemia y la linfadenopatía, aunque son relativamente raras, deben dirigir la atención a la posibilidad de una reticulosis. Las infiltraciones pulmonares miliares, generalmente asintomáticas, son una manifestación suficientemente corriente como para prestarle un interés especial. Finalmente, el defecto en el crecimiento y el retraso en la pubertad en asociación con diabetes insípida también debe sugerir el Schüller-Christian.

Como hemos subrayado anteriormente, el pronóstico final en las reticuloendoteliosis es mucho mejor de lo que hasta el presente se creía. En este grupo total de 40 enfermos la mortalidad fué del 15 por 100. Es posible que la mortalidad sea superior en otras series de casos, quizá porque el interés en los hallazgos anatómopatológicos han tendido a sobrecargar la literatura con casos en los que la enfermedad fué fatal.

BIBLIOGRAFIA

AVERY, M. E.; MCAFEE, J. G., y GUILD, H. G.—Am. J. Med., 22, 636, 1957.

SINDROMES ATÍPICOS EN EL HIPERTIROIDISMO

El hipertiroidismo no diagnosticado puede cursar insidiosamente hasta una fase avanzada de la enfermedad. Los síndromes atípicos que no hacen pensar en la verdadera naturaleza del proceso son muy variados y presentan manifestaciones relacionadas con otros órganos o sistemas que distraen la atención del trastorno metabólico fundamental. Las variaciones en el cuadro clínico pueden conducir frecuentemente a errores en el diagnóstico cuando su naturaleza es oscura y virtualmente cualquier órgano o sistema puede presentar anomalías que simulen enfermedad primaria como resultado de la influencia adversa del hipertiroidismo sobre su función.

Entre los casos que producen una gran dificultad para el diagnóstico están aquellos que exhiben una afectación del sistema cardiovascular. En efecto, casos con insuficiencia cardíaca congestiva, arritmias cardíacas e hipertensión son tratados durante largos períodos sin descubrir el proceso fundamental tirotoxico. En otros enfermos la influencia de la enfermedad sobre las funciones cerebrales puede provocar estados graves de ansiedad, psicosis o manifestaciones encefalopáticas, enmascarando la enfermedad básica. Otros signos o síndromes, simulando la osteoporosis, enfermedades gastrointestinales y abdomen agudo, estados reumáticos, miastenia gravis, edema y albuminuria han sido también motivo de observación. La confusión puede, con frecuencia, producirse en el diagnóstico de tirotoxicosis cuando se observa uno de los siguientes hallazgos atípicos: 1) Ritmo del pulso normal o bajo; 2) aumento progresivo de peso y obesidad; 3) ausencia de tiroides palpable; 4) conducta apática del enfermo, o 5) ausencia de hipermetabolismo aparente con metabolismo basal normal.

En todos estos casos el diagnóstico final de la tiro-

toxicosis puede establecerse por los estudios de laboratorio y la valoración clínica del enfermo en su conjunto. Sin embargo, es la agudeza clínica lo esencial y supera al laboratorio para formular la sospecha de una enfermedad tiroidea en la gran mayoría de los casos, tanto sean típicos o atípicos. Es principalmente en los hipertiroidismos poco manifestados donde el laboratorio resulta más útil, y así el acaparamiento y liberación del I^{131} están elevados, como asimismo la cifra de yodo precipitable del suero. En los enfermos con tirotoxicosis falta por completo la reducción del acaparamiento del I^{131} después de la administración de tiroides o triyodotironina, en contraste con los sujetos normales. La colestestina del suero está generalmente reducida por debajo de las cifras normales y el metabolismo basal por encima del promedio de los enfermos, pero raramente cae en los límites normales. Un rasgo, a menudo despreciado, es la anemia, generalmente leve, pero que, en ocasiones, tiene significación clínica y presenta los caracteres de ser hipocrómica. Así, pues, la aplicación de las nuevas técnicas de laboratorio ha ayudado marcadamente al reconocimiento de los síndromes hipertiroides atípicos.

Sobre este problema insisten recientemente WOHL y SHUMAN con la presentación de casos muy ilustrativos. Efectivamente, estos autores declaran que el cuadro clínico completo de la tirotoxicosis es muy fácil de diagnosticar, pero subrayan que existen enfermos que padecen este proceso bajo una forma con manifestaciones que simulan enfermedades de ciertos órganos y sistemas en la esfera de la influencia de los tiroides, como por ejemplo, el cardiovascular, gastrointestinal o nervioso central. Esto puede ocasionar errores diagnósticos o la falta de respuesta al tratamiento, si no se diagnostica y trata adecuadamente la tirotoxicosis subyacente.

Presentan el caso de un enfermo con insuficiencia cardíaca, bradicardia y trastornos gástricos. Durante siete meses fué tratado sin éxito, como cardiopatía primaria descompensada. Fué entonces cuando, después de la demostración de una cifra baja de colestestina en sangre y un alto metabolismo basal, se interrumpió la terapéutica cardíaca, prescribiéndose una medicación anti-tiroidea, y en un período de tres meses desaparecieron todos los signos y síntomas de la insuficiencia cardíaca y el metabolismo basal descendió a -12 . Un caso similar también había sido tratado durante dieciocho meses sin conseguir ningún beneficio, y después de la demostración de un metabolismo basal de más del 64 por 100 y un acaparamiento de yodo radioactivo de 68 por 100, se administró al enfermo 7,7 mC. de I^{131} ; con ello se obtuvo la mejoría que seguía al cabo de cuatro meses con desaparición de todas las manifestaciones de insuficiencia cardíaca congestiva.

Pero al lado de estos enfermos con manifestaciones circulatorias, refieren otros que exhibían ataques agudos de vómitos y dolores abdominales que pueden interpretarse como consecuencia de una lesión aguda quirúrgica intraabdominal; en efecto, describen un caso de este tipo con síntomas abdominales que aparentaban una colecistitis aguda, pero el reconocimiento de la tirotoxicosis subyacente y el tratamiento con propiltiouracilo originó una marcada mejoría de los signos clínicos y de laboratorio. De esta forma, dicen, puede evitarse el riesgo de una operación exploradora no necesaria.

Asimismo describen el tipo cerebral de hipertiroidismo. Refieren el caso de un enfermo que presentó convulsiones generalizadas seguidas de estupor. Pronto pudo eliminarse la posibilidad de un tumor cerebral, pero la presencia de un aumento difuso de tamaño del tiroides les hizo pensar en un hipertiroidismo, viéndose efectivamente una aceptación del 51 por 100 de yodo y una conversión que ascendía a 83,5 por 100 en veinticuatro horas, indicando la existencia de una tirotoxicosis. Se instituyó un intenso tratamiento anti-tiroideo con una solución compuesta de yodo y tapazol, aunque administrando simultáneamente dolantina y fenobarbital contra los ataques convulsivos. Los síntomas mejoraron gradualmente, desapareciendo las convulsiones. Al cabo de varios meses de suspender la medicación anti-tiroidea, el acaparamiento de yodo era del 81 por 100 y la con-

versión del 93 por 100 en veinticuatro horas. Por ello se administró al enfermo 7,7 mC. de yodo radioactivo, y al cabo de un mes todos los síntomas habían desaparecido, dándose el caso de que un embarazo ulterior no se siguió de recidiva de los síntomas previos.

También describen otros ejemplos, incluso un caso de miastenia gravis asociada con bocio nodular tóxico y un caso de edema localizado de los párpados en relación con una glándula hiperactiva.

Por todo ello dichos autores subrayan el hecho de que un estudio metódico y cauto de todo enfermo, suplementado por los estudios de laboratorio pertinen-

tes, puede descubrir una tirotoxicosis subyacente en enfermos que presentan síntomas atípicos, los cuales simulan enfermedades primarias en no importa qué órgano de la esfera de la influencia tiroidea. No solamente, pues, tiene esto importancia desde el punto de vista del diagnóstico, sino también desde el terapéutico, ya que un régimen antitiroideo correcto conseguirá la mejoría de los síntomas o un restablecimiento completo.

BIBLIOGRAFIA

WOHL, M. G., y SHUMAN, C. R.—Ann. Int. Med., 46, 857, 1957.

SESIONES DE LA CLINICA DEL PROF. C. JIMENEZ DIAZ

Cátedra de Patología Médica. Clínica del Hospital Provincial. Madrid. Prof. C. JIMENEZ DIAZ

SESIONES DE LOS SABADOS. — ANATOMO-CLINICAS

Sesión del sábado 26 de mayo de 1956.

TUBERCULOMA ILEO-CECAL

Doctores FRANCO y MONEREO.—R. P. B., de cuarenta y cinco años, natural de Jarandilla de la Vera, casada, ingresó en nuestro Servicio el día 10 de abril de 1956 con la siguiente historia:

Hace cinco años, en buen estado anterior, dolor epigástrico, que se irradiaba a hipocodrios, con acidez y peso postprandial. Era intenso, continuo, y se calmaba con la ingestión de alimentos. Náuseas en ocasiones con expulsión alguna vez de un líquido claro y ácido. Con este cuadro, con alguna corta temporada de mejoría, pero en general cada vez peor, perdiendo peso y fuerzas, ha estado hasta hace veinticinco días, en que tuvo una típica crisis de obstrucción intestinal incompleta, con violento dolor localizado en la F. I. D., y desde entonces el cuadro de la enferma ha cambiado de modo que han desaparecido las molestias iniciales, presentándose con gran frecuencia estas crisis, que desde que está en la Clínica aparecen todos los días. Ha perdido peso, si bien siempre ha sido más bien delgada. Sus reglas son normales. Poco apetito. Bien otros órganos y aparatos.

No recuerda haber estado enferma hasta los treinta y seis años, en que tuvo una ictericia que cursó bien.

Padre, murió de pulmonía. Madre, no sabe. Marido, sano. Nueve hijos. Viven cinco. Cuatro murieron pequeños. No abortos.

Era una enferma asténica, desnutrida, sin nada anormal en cuello ni en pulmones ni en corazón. Presión arterial, 14 y 8.

En el abdomen, defensa discreta en hemiabdomen derecho, y en F. I. D. se palpaba una tumoración no desplazable, mal delimitada, dolorosa, de consistencia firme y más dura en su porción superior. Hígado y bazo, normales. No adenopatías.

Mientras estuvo hospitalizada (veinte días) tenía febrícula, que en alguna ocasión llegó a 38. El análisis de sangre mostraba 4.570.000 hematíes y 8 leucocitos con fórmula normal. Y una V. de S. de 105 y 136.

La orina era normal. La radioscopia de tórax era normal.

En jugo gástrico, aquilia histamin-resistente.

Y en la exploración radiológica el doctor PÉREZ GÓMEZ vió esófago y estómago normales. A las cinco horas, el ileon pélvico ocupado por el bario es normal. A las tres y ocho horas, imagen normal de ileon pélvico, y

se ve un asa dilatada con contraste y aumento de líquidos correspondientes a terminal y polo cecal, que están fijos, y por debajo de una tumoración palpable. A las ocho y trece horas hay contraste en el ascendente, viéndose una falta de repleción casi completa del ciego. Se pone enema opaco y no se consigue llenar esa zona.

Por el cuadro clínico, podíamos decir que era un proceso obstructivo del delgado distal. Por la palpación, que era debido a una tumoración de fosa iliaca derecha. Por la exploración radioscópica, que dicha tumoración era parietal y bastante extensa, y con relación a su naturaleza podía tratarse o de una neoplasia o de un proceso inflamatorio y de ellos una tuberculosis, una enfermedad de Crohn o una actinomicosis. Ahora bien, la evolución rápida, la alta V. de S., el estado general de la enferma y la misma palpación obligaban a pensar principalmente en un proceso tumoral, en el cual chocaba sólo una cosa: la falta de anemia, tan frecuente e intensa en los tumores del ciego.

Con este supuesto fué enviada para ser intervenida al Servicio del profesor GONZÁLEZ BUENO, donde el doctor MONEREO operó a la enferma.

La pieza fué enviada al doctor MORALES para su análisis.

Se trata, pues, de una tuberculosis intestinal de forma tumoral, en la cual la evolución y caracteres hacían pensar con mucha más posibilidad en un carcinoma del ciego.

El comentario se hizo acerca de la frecuencia con que este cuadro se ve en mujeres (un 70 por 100; profesor GONZÁLEZ BUENO) con respecto a hombres, así como acerca del mecanismo patogénico de la lesión, papel del edema linfático crónico por afectación de los ganglios de la región durante la diseminación hematogena, razones inmunitarias por las que adopta esta evolución proliferativo-indurativa la enfermedad regional, posible mecanismo de formación de pseudopólipos mucosos como los que se han visto, etc.

Han intervenido los doctores CAMPS, MARTÍNEZ BORDU, MORALES PLEGUEZUELO, CEBALLOS y los profesores GONZÁLEZ BUENO y JIMÉNEZ DÍAZ.

ILEITIS REGIONAL DE CROHN

Doctores MARINA FIOL e HIDALGO.—Se trata de una enferma venezolana de treinta y seis años de edad, que fué vista por nosotros en consulta por presentar un cuadro de dolores intermitentes en fosa iliaca derecha, que