

hervor, indem sie intravenös eine hypertonische Glukoselösung verabreichen. Dasselbe Verfahren wird bei anderen Personen nach einer Gabe von 250 Mg. Azetazolamid oral angewandt.

Der Anstieg im Harnfluss erfolgt direkt proportionell mit der erhöhten Totalausscheidung von Chlor und Natrium; weniger beständig und auch weniger intensiv ist die Ausscheidung von Kalium, Harnstoff, Ammoniak und Wasserstoffionen. Die Osmolarität des Harns ist derjenigen des Plasmas ähnlich.

Die zusätzliche Gabe von Azetazolamid bewirkt eine proportionell grössere Ausscheidung von Natrium mit erhöhten Na/Cl Quotient im Harn; auch die Kaliumausscheidung erfährt eine Erhöhung, während die Ausscheidung von Ammoniak und Wasserstoff hingegen zur Abnahme neigt.

Es wird der moderne Begriff des Harnbildungsprozesses nach der Theorie von Würz und Berliner und die Beobachtungen von Ullrich und Moral im Zusammenhang mit der Bedeutung der osmotischen Diurese besprochen.

Bei Nichtvorhandensein einer cortico-papillären osmotischen Verschiedenheit (Hypertonie des Nierenmarkes) währen der osmotischen Diurese, kann angenommen werden, dass das Phänomen des "Fortschleppens" daran schuldtragend ist, welches der Reabsorbierung des Natriums entgegenwirkt und für diese Art von Diurese besonders typisch ist.

RÉSUMÉ

Au moyen de l'injection intraveineuse d'une solution hypertonique de glucose, les auteurs provoquent chez des sujets "normaux" une augmentation de la diurèse ("diurèse osmotique"). Chez d'autres sujets ils ont employé le même procédé, mais avec l'administration préalable de 250 mgs. d'acétazolamide par voie buccale.

Le flux urinaire augmente d'une façon directement proportionnelle à l'augmentation dans la excréation totale de substances dissoutes et, de même, l'excrétion de chlore et de sodium augmente et, moins constante et avec moins d'intensité celles de potassium, d'uréé, d'ammoniaque et d'hydrogéniones. L'osmolarité de l'urine est proche de celle du plasma.

L'addition préalable d'acétazolamide produit une plus grande augmentation proportionnelle dans l'excrétion de sodium, avec un quotient élevé Na/Cl en urine; elle augmente aussi l'excrétion de potassium, tandis que celle d'ammoniaque tend à diminuer.

On discute la signification de la diurèse osmotique par rapport au concept moderne sur le processus de formation de l'urine, selon les théories de Würz et Berliner et les observations d'Ullrich et Morel. On estime que le manque de dénivellation osmotique corticopapillaire (hypertonie de la médula rénale) pendant la diu-

rése osmotique peut être causée par la difficulté que le phénomène d'entraînement propre de ce type de diurèse oppose à la réabsorption du sodium.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL INTestino DE LOS ENFERMOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR (*)

A. BURGOS DE PABLO.

Director del Dispensario Central de Pontevedra.

Las complicaciones intestinales en el curso de la tuberculosis pulmonar han sido conocidas desde la antigüedad, como comprueban los estudios de los historiadores efectuados en los escritos de Hipócrates, de Areteo de Capadocia, de asirios, babilonios, etc.

Hasta la era radiológica todos los clínicos consideraban de pronóstico infausto la aparición de estas complicaciones en los tísicos; pero cuando empezaron a practicarse estudios sistemáticos de radiología intestinal en los enfermos de tuberculosis pulmonar, se observó que las localizaciones entéricas se podían presentar en cualquier momento evolutivo de la enfermedad tuberculosa. Gracias al estudio radiológico se empiezan a distinguir también los síntomas funcionales, las llamadas dispepsias, de las manifestaciones clínicas de la tuberculosis intestinal.

Varios autores publicaron estadísticas referentes a las relaciones existentes y a la frecuencia con que aparecían asociadas una y otra localización del proceso tuberculoso, encontrando todos porcentajes elevados de ambas asociaciones, variables, como es natural, según tomaran como referencia los datos clínicos, las exploraciones radiológicas o los hallazgos necrópsicos.

En los últimos años, después de la entrada en el arsenal terapéutico de los modernos quimioterápicos y antibióticos específicos contra la tuberculosis, han aparecido otra serie de trabajos sobre el mismo tema; en la mayor parte de ellos se advierte la rareza con que los distintos autores encuentran, actualmente, asociadas las dos localizaciones tuberculosas, pulmonar e intestinal, aunque algunos (CORNUDELLA y cols.) la siguen encontrando frecuentes.

Para contribuir un poco al estudio de este pro-

(*) Las exploraciones intestinales a que se hace referencia en este trabajo se han efectuado en los siguientes Sanatorios: los tres que componen el Grupo Sanatorial de Santa Marina, de Bilbao; Sanatorio Infantil de San Rafael (Segovia); Enfermería Victoria Eugenia, de Madrid; "Llano Alto" y "Martínez Anido" Los Montalvos, ambos de Salamanca. Agradezco a los Directores de estos Sanatorios las facilidades que me dieron para poder llevar a cabo mis exploraciones; a los Auxiliares Sanitarios la eficaz colaboración que me prestaron; al Dr. Usobiaga, de Bilbao, sus acertados consejos, y al Sr. Carmona, Técnico Radiólogo de la Enfermería Victoria Eugenia, su valiosa ayuda en la obtención de algunas radiografías difíciles.

blema he venido haciendo, desde 1952, una serie de investigaciones clínicas y radiológicas en un conjunto de 650 enfermos de tuberculosis pulmonar, hospitalizados en varios Sanatorios dependientes del Patronato Nacional Antituberculoso y de Enfermedades del Tórax (véase en la nota los nombres de los Sanatorios donde he efectuado este trabajo). Con estos 650 enfermos he hecho dos grupos, en el primero, de 400 enfermos, he incluido a todos aquellos que, previamente a la exploración, no habían tomado ninguno de los tres medicamentos—estreptomina, PAS, hidracidas—considerados como más eficaces contra la tuberculosis; el segundo, de 250 enfermos, comprende aquellos que, con anterioridad al examen, habían sido tratados con dosis altas de, por lo menos, dos de estos medicamentos.

El componente original del trabajo es reducido, a no ser que se considere como tal la labor de un especialista de Tórax que se adentre, sin ninguna colaboración, a estudiar clínica y radiológicamente problemas de aparato digestivo.

GENERALIDADES.

Clínicamente los enfermos tuberculosos presentan, con relativa frecuencia, manifestaciones por parte de su aparato digestivo; unas veces son funcionales y, como dice MILICUA, forman parte de la infección con la misma categoría morbosa que la fiebre, la taquicardia, la astenia, etcétera; otras veces traducen alteraciones anatomopatológicas del tubo digestivo por el bacilo tuberculoso.

El cuadro clínico puede ser sinónimo en ambos casos; la única forma de esclarecer el diagnóstico consiste en hacer exploraciones radiológicas que nos informarán sobre la naturaleza orgánica o funcional de los trastornos digestivos (BALBENOIST, GWERDER, KALMAR, NAEGELI, etc.).

En los enfermos en curso de tratamiento con los modernos tuberculostáticos, en ocasiones, se presentan trastornos digestivos debidos a intolerancias medicamentosas, que desaparecen bien con tratamiento sintomático, o bien al suprimir temporal o definitivamente el quimioterápico o antibiótico que los ocasionó.

Todos los autores consultados están de acuerdo en afirmar lo laborioso y difícil que resulta visualizar las distintas porciones del intestino, siendo necesario realizar repetidos y continuados exámenes para llegar a formular un diagnóstico.

Aunque la radiología por sí sola nada dice acerca de la etiología de las lesiones que descubre, es opinión general interpretar como tuberculosas las imágenes que describiré más adelante, siempre que aparezcan en enfermos de tuberculosis pulmonar; de esta forma, la exploración radiológica resulta decisiva en el diagnóstico de la tuberculosis intestinal secundaria (GALLART MONES, GALLART ESQUERDO, DUBARRY, ROUX, MARINA FIOL, etc.), especialmente en las

formas mudas, descritas primeramente por BONAFE y después estudiadas por numerosos autores.

En mis exploraciones radiológicas he seguido, en gran parte, las normas aconsejadas, entre otros muchos, por GODLEWSKI, FORGES, STIERLING y CHAUL. A todos los enfermos estudiados les he practicado un examen del tránsito ordinario, con papilla oral templada, siguiendo el curso del contraste por medio de sucesivos exámenes radioscópicos; cuando encontraba alguna sospecha de anormalidad, practicaba una radiografía; unos días después, si era posible, hacía a los enfermos un enema opaco, y, ante la menor sospecha de alteración, hacía exámenes de mucosa, practicando una radiografía inmediatamente después de expulsado el enema opaco, técnica ésta última de gran valor en opinión de CASTILLO, KUHLMANN, RATING, SCHMIDT, JIMÉNEZ DÍAZ, HENING, BAUMANN, etc. Los otros métodos de exploración los he utilizado con menos regularidad y frecuencia.

SIGNOS RADIOLÓGICOS INDIRECTOS DE TUBERCULOSIS INTESTINAL.

Los llamamos indirectos porque no son patognómicos, pero son de tal valor que, como hemos dicho antes, es opinión general considerarlos como de naturaleza tuberculosa, siempre que se presenten en enfermos de tuberculosis pulmonar.

Los autores franceses DUBARRY y ROUX los clasifican en signos precoces y tardíos. A estos dos grandes grupos hemos de añadir los que nosotros llamamos signos mixtos; y los descritos por WARMOES con el nombre de "imágenes de mejoría y curación", sólo apreciables en los enfermos tratados convenientemente antes del examen. (Grupo II de nuestra estadística).

Los signos precoces son de naturaleza reaccional, más funcionales que orgánicos, extraordinariamente variables en el espacio y en el tiempo. A este grupo pertenecen, entre otros, los siguientes:

1.º.—Evacuación gástrica prolongada más allá de tres horas después de la ingesta (GAUSS, SINGERMAN, BLACK, etc.).

2.º.—Estasis ileal o persistencia de la papilla en asas delgadas por encima de las siete horas después de la toma de bario (BORDÁS FELÍU, HERNANDO, etc.).

3.º.—Modificaciones en el tiempo de tránsito de la papilla por intestino grueso, que en opinión de VALLS COLOMER, son los primeros signos que aparecen.

4.º.—Espamos de algún tramo (DUBARRY, ROUX, GALLART, LOWYS, etc.).

5.º.—Anormalidades de la válvula de Bauhin, que puede presentarse con edema o infiltración, invaginada en ciego, etc. (BONORINO, ADAONDO, STEPLER, D'ALOTTO).

6.º.—Signo de Bonamour, o depresión en cúpula del borde interno del ciego, de tamaño de media nuez, en cuya cúpula termina la última asa ileal, que aparece filiforme (GARCÍA CAPURRO).

7.º.—Signo de Fleischner, o defecto de repleción del ciego en forma circular (VALDÉS RUIZ, E. DE SALAMANCA, GARCÍA CAPURRO, BROGG, ROMERO, etc.).

8.º.—Irregularidades del ileon terminal, como el nódulo de alarma descrito por MARINA FIOL; el ileon terminal dispuesto en forma vertical (ULRICI); en gancho de carnicero o en cabeza de pájaro (MARINA); las alteraciones de los elementos linfoides del ileon terminal (JIMÉNEZ DÍAZ, MARINA, GÓMEZ); la distribución irregular o la ausencia de los pliegues (GOUVRES, BRUCE), etcétera.

Los signos tardíos aparecen en el período de estado, son más anatómicos que funcionales; entre ellos hemos de considerar especialmente los siguientes:

a) Las soluciones de continuidad en el medio de contraste (GARCÍA CAPURRO).

b) Las bandas de papilla (KUHLMANN, RATING).

c) Las estenosis y dilataciones de algún tramo (GARCÍA BARÓN).

d) El clásico signo de Stierlin, descubierto por este autor alemán y descrito después por otros muchos.

e) El acortamiento notable del ceco-ascendente (SCHINZ, BAEUSCH, FRIEDL), sin tratamiento previo con tuberculostáticos.

f) Las ulceraciones y los numerosos sinónimos de úlceras que señalan diversos autores.

Signos mixtos.—En más de una ocasión hemos observado en el mismo enfermo asociaciones de algunos de los grupos de signos —precoces y tardíos— señalados anteriormente. En estos casos hablamos de signos mixtos para significar la presencia de imágenes precoces y tardías de Dubarry y Roux.

Imágenes de mejoría y curación.—En el curso del tratamiento de la tuberculosis intestinal aparecen una serie de signos que antes no eran conocidos y son exponentes de la curación radiológica de las lesiones (WARMOES); con la terapéutica desaparecen primero los signos funcionales y más tarde los de naturaleza orgánica; cuando las lesiones son recientes se puede llegar a la normalidad, pero si existen lesiones ulcerofibrosas, entonces quedan secuelas, tales como los estrechamientos, ciego acortado, ausencia de pliegues, etc.

FORMAS CLÍNICAS DE LA TUBERCULOSIS INTESTINAL.

Si bien en el período de estado se pueden señalar cuadros anatomoclínicos, no sucede así en el comienzo clínico, pues entonces parece que las distintas formas son susceptibles de tener la misma traducción clínica.

Los síntomas que anuncian la existencia de una tuberculosis intestinal incipiente son muy variados; unas veces son de naturaleza digestiva: dolores abdominales, vómitos, diarrea o estreñimiento, heces mucopurulentas con falsos deseos de defecar, etc.; otras veces son manifestaciones generales: adelgazamiento, fiebre y su cortejo sintomático, etc.

La tuberculosis intestinal puede permanecer asintomática y ser descubierta en una investigación radiológica intestinal. Estas formas mudas, descubiertas, como hemos dicho antes, por BONAFE, han sido estudiadas por numerosos autores (CASAS, PICARD, PERRIN, FRANK, etc.); en ellas, como dice GARCÍA CAPURRO, los signos radiológicos intestinales sólo tienen valor cuando coinciden con localizaciones tuberculosas en otros órganos. La prueba más evidente de la existencia de estas formas mudas nos la proporciona el posible comienzo clínico de la tuberculosis intestinal por una complicación: hemorragia, síndromes apendiculares o de oclusión intestinal, etc. (PÉREZ, VINUELAS, BONAFE, etc.).

En el período de estado las formas clínicas han sido multiplicadas por los distintos autores. Nosotros, siguiendo a DUBARRY y ROUX, las agrupamos de la siguiente forma:

1.º.—Forma ulcerosa difusa.

2.º.—Forma ileocecal hipertrófica.

3.º.—Forma estenosante del intestino delgado.

4.º.—Forma enteroperitoneal.

5.º.—Forma rectosigmoidea.

La *forma ulcerosa difusa* es la más frecuente, se la puede encontrar incluso en lactantes (BENDIX). Se caracteriza por su polimorfismo, aunque lo más frecuente es su curso con diarrea importante, dolores abdominales difusos, adelgazamiento rápido, llegando precozmente a la muerte por caquexia si no se instaura un tratamiento adecuado. El abdomen puede aparecer normal, meteorizado o retráctil, más o menos sensible a la palpación, pudiendo existir hepatomegalia. Radiológicamente aparecen los siguientes signos: defecto de repleción total o sombra finamente dibujada con aspecto jaspeado, contornos estriados, estrecheces anormales; manchas groseras, circulares, anulares o en forma de cigarro con su anillo (MARINA) o semejando vacuolas (FORGES); a veces aparecen sombras marmóreas, en piel de serpiente o en forma de gusano (GUTIÉRREZ, ARRESE, ARCE); desaparición de la imagen haustral (BROGG), bordes intestinales en forma de espina, espolones, dentellones, en morisco de ratón o en botón de camisa, púas de peine (SCHINZ, BAEUSCH, FRIEDL); imágenes nubosas (KUHLMANN, RATING), en caña de bambú (TORRES NAVARRO, MORALES, APARICIO), etc.

Se localizan preferentemente en ciego, porción inferior del colon ascendente, últimas asas del ileon y flexura hepática y esplénica (HENING, BAUGMANN).

La *forma ileocecal hipertrófica* suele ser menos masiva que la forma precedente. Su cuadro

clínico, en general, es superponible al descrito para la forma anterior, pero su curso es algo más lento; en ocasiones origina cuadros pseudoapendiculares. Asienta preferentemente a nivel del ciego y colon, siendo excepcional su localización a nivel del intestino delgado.

Por exploración física se aprecia una tumorción "morcilla cecal", y en radiología aparece un marcado defecto de repleción.

La forma estenosante del delgado se individualiza por la rapidez de su evolución y el dramatismo de su cuadro clínico. Su comienzo suele pasar desapercibido con un cuadro de enteritis; más adelante se instalan crisis oclusivas repetidas que pueden originar el síndrome de Koenig (GARCÍA BARÓN). A veces hay bazuqueos y matidez declive (falsa ascitis). Se afecta pronto el estado general si no lo estaba ya por la enfermedad primitiva.

Radiológicamente se percibe disminución de la luz intestinal y en ocasiones imágenes en "tubos de órgano".

La forma enteroperitoneal es relativamente frecuente teniendo en cuenta la fácil repercusión peritoneal de las tuberculosis intestinales. Esas imágenes de mesenteritis retráctil que se ven en muchas radiografías y las descritas por USOBIA-GA con los nombres de "en cañón de escopeta", "en N", "en perdigón", "en copos de nieve", etcétera, indican, según este autor, participación peritoneal en el proceso tuberculoso.

De tuberculosis rectosigmoidea no he visto ningún caso; en opinión de LEGER, RUMEAU, ROUX pueden ofrecer las otras formas, ulcerosa, estenosante e hipertrófica, anteriormente descritas. En ellas son frecuentes los tenesmos, heces mucopurulentas, dolorimiento anal, etc.

EXPERIENCIA PERSONAL.

Grupo I.

Frecuencia.—Sobre un conjunto de 400 enfermos que no habían tomado quimioterápicos ni antibióticos con anterioridad al examen, encontré en 182, es decir, el 45,5 por 100, signos radiográficos de tuberculosis intestinal.

De estos 182 enfermos que tenían asociada las dos localizaciones tuberculosas, 129 (70,87 por 100) presentaban signos precoces; 29 (15,92 por 100) signos tardíos, y 24 (13,18 por 100), signos mixtos, es decir, asociación de signos precoces y tardíos.

Sexo.—Entre los 400 enfermos había 126 mujeres (31,5 por 100) y 274 hombres (68,5 por 100).

De las mujeres resultaron normales 67 (53,17 por 100) y presentaban signos de tuberculosis intestinal 59 (46,83 por 100). El coeficiente de variación es de 0,27 para los casos normales y de 0,17 para los enfermos.

De los hombres resultaron normales 151 (55,12 por 100) y con signos de tuberculosis intestinal 123 (44,88 por 100). El coeficiente de variación, en este caso, es de 0,069 para los casos con intes-

tino normal, y de 0,36 para los enfermos que tenían asociada una tuberculosis intestinal.

En mi estadística, por tanto, existen pocas diferencias entre ambos sexos; respecto a la incidencia de la tuberculosis intestinal en los tuberculosos pulmonares, los valores relativos son casi sinónimos.

Edad.—He encontrado signos de tuberculosis intestinal secundaria en enfermos de todas las edades.

Mensis.—He tenido oportunidad de hacer exámenes de tránsito intestinal en ocho mujeres enfermas de tuberculosis pulmonar en los días del período menstrual; no he observado en ellas ninguna alteración radiológica.

Baciloscoopia.—He estudiado la incidencia de tuberculosis intestinal en 296 tuberculosos pulmonares adultos, relacionándolos con hallazgos o ausencia de bacilos de Koch en esputos, lavado gástrico o bronquial, y he encontrado lo siguiente:

1.º.—207 enfermos tenían baciloscoopia positiva, de ellos 133 (64,25 por 100) presentaban signos de tuberculosis intestinal.

2.º.—89 enfermos con baciloscoopia negativa; de ellos solamente 6 (6,74 por 100) tenían signos de localización intestinal.

Cavernas.—Para estudiar la influencia del factor caverna tuberculosa pulmonar he escogido 235 enfermos, en los cuales se pudo hacer un estudio tomográfico de tórax para aclarar dudas diagnósticas. De estos 235 enfermos, 188 (80 por 100) presentaban cavernas pulmonares y en 47 (20 por 100) no se pudieron demostrar destrucciones cavitarias. En los enfermos con cavernas existía asociada la tuberculosis intestinal en 159 (85,1 por 100); en los no cavitarios se pudo demostrar la localización intestinal sólo en 20 (42,55 por 100).

FORMAS ANATOMOCLÍNICAS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR.

Que nosotros sepamos nadie se había preocupado de efectuar exploraciones radiológicas intestinales en niños tuberculosos—hay publicado algún caso aislado, pero nadie, antes que nosotros hizo un estudio de conjunto tan completo—, habiendo sido nuestro el primer trabajo publicado en el mes de julio de 1953. Fruto de esta falta de experiencia radiológica intestinal en la infección primaria infantil ha sido el desconocimiento casi total, en vida, del intestino de los niños tuberculosos pulmonares y las sorpresas que han proporcionado los informes de autopsia en estos niños.

De 100 casos de tuberculosis pulmonar infantil, de ambos sexos, menores de 15 años, estudiados desde el punto de vista diagnóstico, 43 presentaban algún signo de los considerados como indirectos de tuberculosis intestinal y 57 no presentaban ninguna alteración radiológica.

Entre los 100 niños constituyó una rareza encontrar manifestaciones subjetivas de aparato

digestivo, observación recogida con anterioridad por KLEINSMIDT, por KELLER MORO y por LOWYS, aunque en algunos casos, como en uno de nuestra experiencia, el comienzo clínico de un tuberculoma cecal se exteriorizó en un niño en forma de cuadro apendicular.

De 296 portadores de distintas formas de reinfección del adulto, cuyo diagnóstico conservo, 129 tenían tuberculosis pulmonar aguda; 150, tuberculosis pulmonar crónica estabilizada, y 17, tuberculosis pulmonar en brote reciente.

En los siguientes cuadros resumo la incidencia de la tuberculosis intestinal en las diversas formas anatomoclínicas.

A.—Agudas.

FORMAS	N.º	Con T. intestinal	
		N.º	%
Infiltrados	58	9	15,3
Hematógenas	50	42	84
Caseosas	21	11	52,38
TOTALES	129	62	48,06

B.—Crónicas.

FORMAS	N.º	Con T. intestinal	
		N.º	%
Productivas abiertas ...	9	5	5,55
Fibrocasosas	66	26	39,39
Tisis cavitarias	31	30	96,77
Productivas cerradas ...	23	0	0
Fibrosas y cirróticas ...	17	0	0
Cavitarias aisladas	4	0	0
TOTALES	150	61	40,66

De 17 formas crónicas en brote reciente, 16 presentaban tuberculosis intestinal, lo que representa un 94,11 por 100 de los enfermos.

Colapsoterapia.—A 69 enfermos se le practicaban reinsuflaciones de neumotórax intrapleural; 10 enfermos tenían tratamiento con neumoperitoneo; 35 habían sido operados de toracoplastia, 19 de neumotórax extrapleural, 18 de parálisis frénica aislada, 14 de parálisis frénica y toracoplastia.

Presentaban molestias subjetivas del aparato digestivo (anorexia, pituitas, dolores) siete enfermos neumotorizados, es decir, el 10,14 por 100, y de ellos, solamente uno tenía signos radiológicos precoces de localización intestinal.

Todos los enfermos en curso de neumoperitoneo tenían molestias digestivas, pero en ninguno se apreciaban alteraciones radiológicas.

Todos los intervenidos con cirugía mayor de tórax (toracoplastia, neumotórax extrapleural) presentaron trastornos digestivos en el postoperatorio inmediato; persistiendo en el postopera-

torio tardío en 13 de los plastiados, pero solamente, en uno de estos 13, observé signos radiológicos de tuberculosis intestinal. Ningún neumotórax extrapleural presentó en el postoperatorio tardío alteraciones digestivas ni clínicas ni radiológicas.

Dos operados de parálisis frénica aislada y uno de frenicectomía asociada a toracoplastia presentaron tardíamente molestias subjetivas, y sólo en un frenicectomizado aparecieron signos radiológicos de tuberculosis intestinal.

Pronóstico.—He hecho tres grupos pronósticos, leves, moderadamente graves y muy graves o irrecuperables. Entre los 300 enfermos adultos del primer grupo de mi estadística he considerado como leves 79; como graves, a 136, y como irrecuperables, a 85.

He observado tuberculosis intestinal en 16 (20,25 por 100) enfermos leves; en 63 (46,32 por 100) enfermos graves y en 60 (70,58 por 100) de los considerados como muy graves.

He tenido ocasión de comprobar que algunos tuberculosos pulmonares, con exámenes intestinales normales, al evolucionar desfavorablemente su tuberculosis pulmonar presentan signos radiológicos de tuberculosis intestinal.

HISTORIA DIGESTIVA.

Ya hemos esbozado en las generalidades el valor de la clínica y de la radiología en los estudios que se hagan sobre intestino de los tuberculosos pulmonares. Conviene ahora insistir sobre lo que es opinión unánime entre los autores consultados: Donde coexistan síntomas subjetivos y signos radiológicos se trataría de cuadros de tuberculosis intestinal; cuando se presentan síntomas subjetivos con una exploración radiológica normal, nos encontramos ante las llamadas dispepsias de los tuberculosos; finalmente, en algunas ocasiones, faltan manifestaciones subjetivas, pero existen signos radiológicos; en este caso nos encontramos frente a la tuberculosis intestinal asintomática.

De los 400 enfermos que componen el grupo I de mi estadística, 240 —es decir, el 60 por 100— presentaban síntomas digestivos, y 160 (40 por 100) eran asintomáticos.

Entre los 240 enfermos con síntomas digestivos, 116 —es decir, el 69,66 por 100— coincidían con signos radiológicos de tuberculosis intestinal, y en 63 (30,34 por 100) las molestias subjetivas producían cuadros de dispepsia o eran síntomas funcionales.

En nuestra experiencia, de 160 enfermos asintomáticos digestivos, en 15 (9,37 por 100) pudimos comprobar la existencia de alteraciones radiológicas intestinales; es decir, observamos 15 casos de tuberculosis intestinal muda, lo que representa el 3,75 por 100 sobre el conjunto de 400 enfermos. (Ver gráfico 7.)

73 enfermos entre los 400 tenían antecedentes personales de algún cuadro digestivo, de ellos, 60 presentaban sintomatología subjetiva actual y

13 no tenían trastornos digestivos; pudimos comprobar que la tuberculosis intestinal aparecía en proporción más alta entre los 60 primeros que entre los 13 últimos (73,98 por 100 frente a 23,07 por 100).

Hicimos también un estudio familiar de trastornos digestivos, pero, a nuestro juicio, no tiene más interés que el anecdótico, pues los resultados que sacamos de él no son concluyentes.

Grupo II.

Este capítulo podríamos considerarle como el estado actual del problema en los sanatorios, pues, desde hace unos años, todos los enfermos que nos llegan ya han sido tratados con dosis altas de tuberculostáticos.

En la actualidad, raramente se ven aquellos tísicos diarreicos y depauperados que poblaban nuestros sanatorios antes del empleo en masa de los modernos medicamentos antituberculosos; antes bien, bajo la influencia de estos tuberculostáticos, casi todos nuestros enfermos tienen un aspecto saludable y las repercusiones digestivas cada día son más escasas, debiéndose, cuando se presentan, en la mayoría de las ocasiones a intolerancias medicamentosas, pues desaparecen al suprimir temporal o definitivamente el preparado que las ocasionó, o bien, con tratamiento sintomático.

Al comparar las estadísticas de las últimas décadas y más aún las publicadas después del descubrimiento de las hidracidas, con las anteriores (recordemos que BOAS en su magnífico libro comenta una estadística en la que sobre 567 tísicos, solamente en 3 no existía asociada una tuberculosis intestinal) el panorama no puede ser más satisfactorio. Casi todos los autores consultados opinan que la tuberculosis intestinal, en los últimos años ha descendido —en los enfermos de tuberculosis pulmonar— hasta límites insospechados antes del empleo de los modernos medicamentos antituberculosos; algunos llegan a afirmar que actualmente casi carece de valor saber si concurre la tuberculosis intestinal asociada a una tuberculosis pulmonar, lo cual nos parece excesivo optimismo.

Por otra parte, el empleo de estos medicamentos no debe estar exento de inconvenientes, pues NUNES ha encontrado en algunos enfermos cuadros semejantes a la enfermedad de Crohn; y otros autores dicen haber observado, entre las seis y doce semanas de tratamiento, cuadros de obstrucción intestinal.

Como señalo en los renglones dedicados a introducción de este trabajo, he estudiado, desde el punto de vista intestinal, 250 enfermos de tuberculosis pulmonar cuando habían tomado dosis suficientes de medicamentos antituberculosos considerados como más eficaces; estreptomycin, hidracida, PAS. Todos habían tomado por lo menos dos de estos tres tuberculostáticos; una buena parte habían sido tratados ya con los tres.

Entre estos 250 enfermos examinados, sola-

mente 7 (2,8 por 100) presentaban signos radiológicos de tuberculosis intestinal (Gráfs. 1 y 2); en estos siete enfermos existía al mismo tiempo sintomatología subjetiva por parte de su aparato digestivo, es decir, no encontré ningún caso de tuberculosis asintomática, como vimos sucedía en el Grupo I.

Entre estos enfermos sólo había dos hombres; los cinco restantes eran mujeres.

Excepción hecha de una niña, portadora de una primoinfección cerrada, todos los demás tenían formas anatomoclínicas, del tipo de la tisis común crónica, con baciloscopia positiva en esputos.

EJEMPLOS.

1. L. P. L.—Sanatorio Victor Tapia. Bilbao. Sin historia abdominal anterior presentó súbitamente un cuadro clínico de dolor intenso en fosa iliaca derecha, vómitos, retención de gases y de heces, vientre en tabla, etcétera. Inicialmente todo hacía pensar en una apendicitis. Cuando le vi por primera vez, pasado el cuadro agudo, le practiqué un exámen de tránsito y un enema opaco, encontrando (Fig. 1) un defecto total de repleción a nivel del ciego, correspondiente a un tuberculoma cecal comprobado operatoriamente por el Dr. LUENGAS.

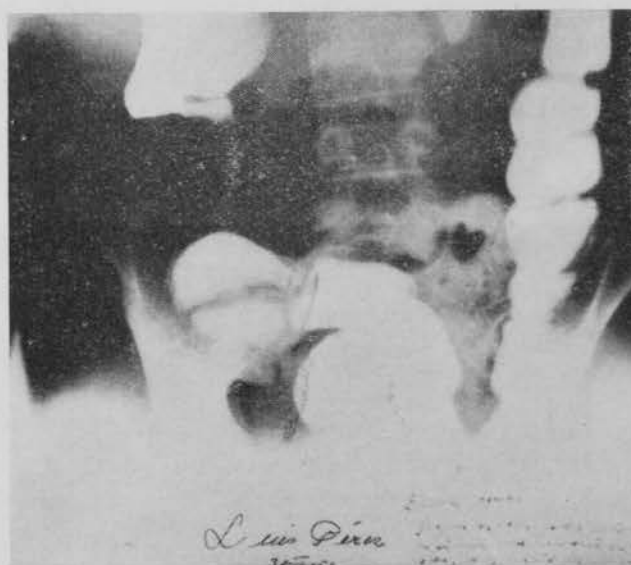


Fig. 1.



Fig. 2.

2. M. O.—Sanatorio Generalísimo Franco. Bilbao. Dolores abdominales, estreñimiento. Examen con tránsito ordinario; a las 10 horas de ingerir el medio de contraste se aprecia (Fig. 2) imágenes en tubos de órgano ocasionadas por unas dilataciones de intestino delgado, situadas encima de una estenosis. En la radiografía hay otras imágenes menos características.

3. M. H.—Sanatorio Briñas. Bilbao. Tránsito ordinario; a las nueve horas después de ingerir el contraste se aprecia (Fig. 3) estasis ileal; ileon terminal vertical, contorno irregular del ciego, aceleramiento del tránsito (contraste entrando recto), etc.

4. R. S.—Sanatorio Briñas. Bilbao. Anorexia, diarrea grave, desnutrición (38 kgs. de peso para una talla de 1,52 m.). Coprología: reacciones de hemorragias ocultas y de albúminas solubles positivas. Tránsito ordinario: a las ocho horas de tomar el contraste se aprecia (Fig. 4) estasis ileal, ileon terminal vertical, acelera-

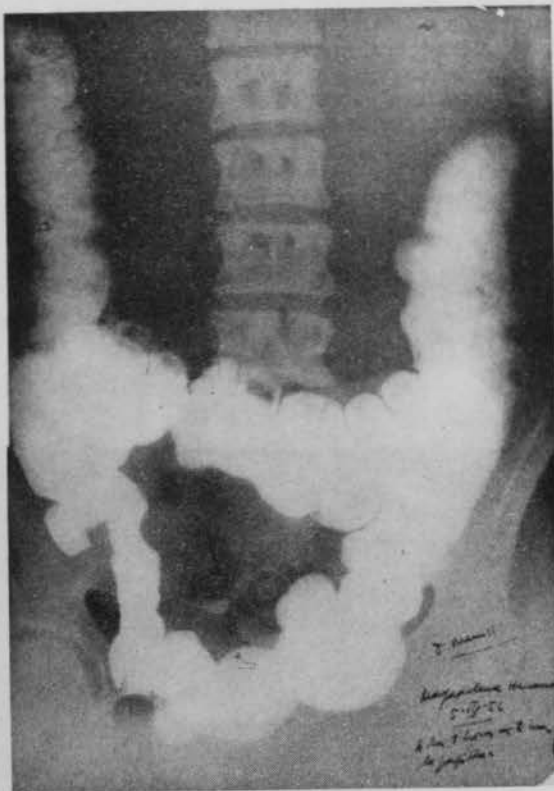


Fig. 3.

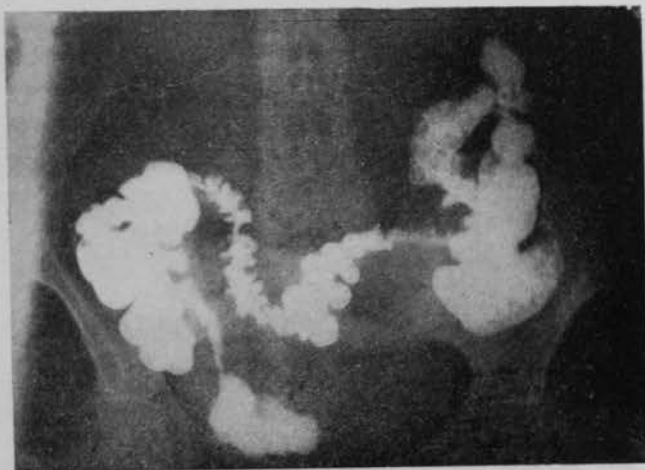


Fig. 4.

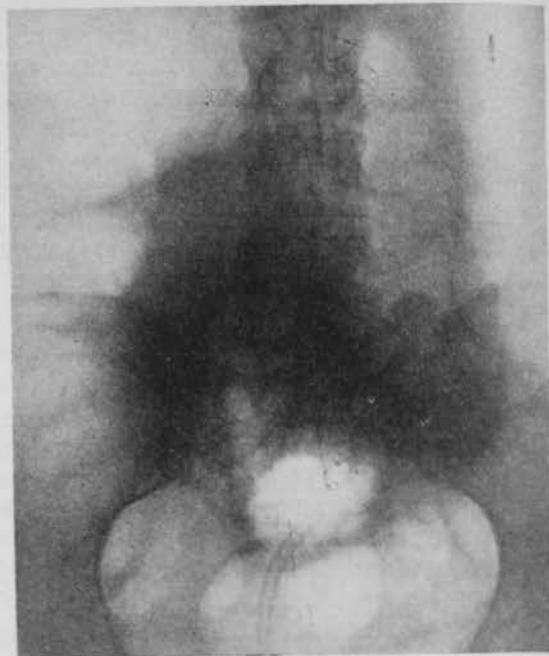


Fig. 5.

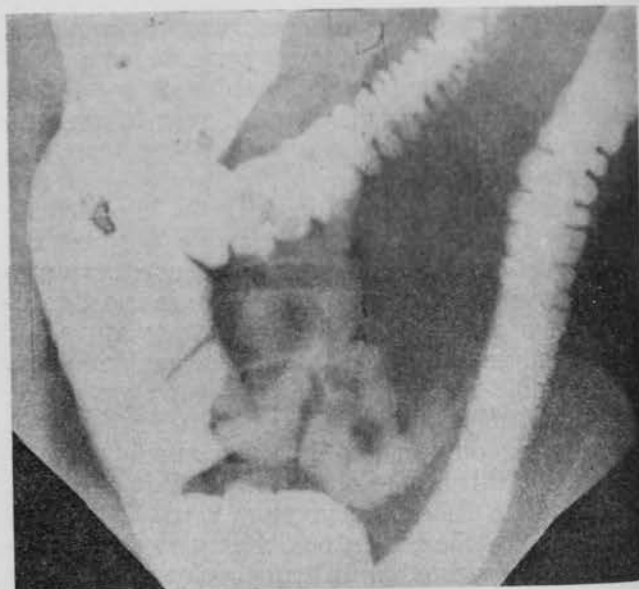


Fig. 6.

miento y discontinuidad del tránsito por colon, pérdida de la estructura haustral del transversal, irritabilidad de este segmento digestivo y alguna imagen "en botón de camisa"; espasmos del descendente.

5. M. L.—Sanatorio de San Rafael (Segovia). Anorexia pertinaz. Dolores abdominales. Vómitos frecuentes. Pituitas matutinas. Tránsito ordinario normal. Enema opaco normal: radiografía inmediatamente después de haber expulsado el enema opaco, normal. Se presenta una radiografía (Fig. 5) obtenida después de haber practicado un enema de aire, igualmente normal.

6. M. C.—Sanatorio Llano Alto de Béjar (Salamanca). Anorexia. Sensación de plenitud gástrica postprandial. Diarreas frecuentes con heces mucopurulentas. Radioscopia de estómago: atonía gástrica, gran retardo de la evacuación (más de tres horas). Tránsito intestinal: estasis ileal, ileon terminal vertical y retorcido. Enema opaco (Fig. 6). Insuficiencia de la válvula de Bauhin.

RESUMEN.

1. La exploración radiológica proporciona datos muy valiosos para el diagnóstico de la tuberculosis intestinal, pero en ningún caso ofrece por sí solo referencias etiológicas.

2. Los tuberculosos pulmonares que presentan, en los exámenes radiológicos intestinales, las imágenes anormales descritas, deben interpretarse como portadores de una localización entérica de la enfermedad tuberculosa.

3. El 60 por 100 de los tuberculosos pulmonares presentan síntomas subjetivos por parte de su aparato digestivo.

4. En el 45,5 por 100 de los tuberculosos pulmonares existe asociada alguna forma de tuberculosis intestinal.

5. El 30,34 por 100 de los tuberculosos pulmonares que presentan síntomas digestivos no tienen lesión orgánica en ninguno de los tramos intestinales, o al menos, si existen, no se pueden evidenciar por radiología.

6. El 3,75 por 100 de los tuberculosos pulmonares son portadores de formas mudas de tuberculosis intestinal.

7. En el 69,66 por 100 de los enfermos de tuberculosis pulmonar coinciden síntomas subjetivos de aparato digestivo y signos radiológicos indirectos de tuberculosis intestinal.

8. Los signos radiológicos de tuberculosis intestinal aparecen con las siguientes proporciones: el 70,87 por 100, signos precoces; el 15,92 por 100, signos tardíos, y el 13,18 por 100, signos mixtos.

9. La tuberculosis intestinal asociada a una tuberculosis pulmonar se presenta en enfermos de todas las edades, casi con la misma proporción en ambos sexos (44,8 por 100 de los hombres y 46,8 por 100 de las mujeres).

10. Las localizaciones intestinales específicas se presentan en el 64,25 por 100 de los enfermos bacilíferos y en el 5,74 por 100 de los no bacilíferos; en el 85,1 por 100 de los tuberculosos pulmonares que tienen cavernas pulmonares visibles y en el 42,55 por 100 de aquellos enfermos en los que no se puede evidenciar en tomografía de tórax destrucciones cavitarias.

11. La tuberculosis intestinal aparece en el 43 por 100 de las infecciones primarias del pulmón, en el 15 por 100 de los infiltrados agudos, el 52,38 por 100 de las formas predominantemente caseosas, el 94 por 100 de las hematógenas, el 96,77 por 100 de las tisis cavitarias graves, el 95 por 100 de las formas crónicas de brote reciente, el 55,55 por 100 de las productivas abiertas y en el 39,39 por 100 de las fibrocásicas. Las otras formas de tuberculosis pulmonar no llevan asociada una tuberculosis intestinal.

12. En los enfermos sometidos a tratamientos de colapsoterapia se observa lo siguiente: A) El 12,14 por 100 de los neumotórax intrapleurales, el 100 por 100 de los neumoperitoneos, el 11,11 por 100 de las parálisis frénicas aisladas, el 25 por 100 de las parálisis frénicas asociadas a toracoplastia, el 100 por 100 de los reseca-

dos costales en el postoperatorio inmediato y un enfermo de cada 15 platiados en el postoperatorio tardío presentan trastornos subjetivos de aparato digestivo. B) El 1,41 por 100 de los neumotórax intrapleurales y el 2,85 por 100 de los operados de toracoplastia paravertebral presentan localizaciones tuberculosas intestinales.

13. En los tuberculosos pulmonares se pueden encontrar asociadas todas las formas anatómicas de la tuberculosis intestinal.

14. La tuberculosis intestinal acompaña a la tuberculosis pulmonar tanto o más frecuentemente cuanto más grave es el pronóstico de los enfermos.

15. Cuando los enfermos de tuberculosis pulmonar han tomado dosis altas de los modernos tuberculostáticos, con anterioridad a los exámenes clínico-radiográficos digestivos, entonces se observa: a) El 2,8 por 100 presentan asociada una tuberculosis intestinal que, en estos casos, evoluciona siempre con síntomas subjetivos de aparato digestivo; b) Algunos enfermos presentan síntomas subjetivos sin que tengan signos radiológicos de tuberculosis intestinal.

16. En todo enfermo de tuberculosis pulmonar debe hacerse un estudio intestinal con tránsito y enemas, para poner en evidencia—cuando existan—las localizaciones tuberculosas, en los distintos segmentos intestinales, y poder instaurar el tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFIA (*)

- BALBENOIST.—Rev. de la Tub., 7, 217, 1942.
BENDIX.—Tratado de enfermedades de los niños. Ed. M. Marín, Barcelona, 1913.
BOAS.—Enfermedades del Intestino. Ed. Administración de la Rev. de Medicina y Cirugía Práctica. Madrid, 1903.
BONAFÉ.—Jour. de Méd. et Chirurg. Prat., 105, 287, 1934.
BONORINO, ABAONDO, STEPLER y D'ALOTTO.—Prensa Méd. Argent., 27, 279, 1950.
BORDÁS FELIU.—Med. Clin., 3, 224, 1944.
BROGG.—Med. Clin., 13, 361, 1949.
BURGOS DE PABLO.—Med. Clin., 21, 50, 1953.
CASAS.—En el III Tomo del Manual de Patología Médica publicado bajo la dirección de M. Bañuelos. Ed. Científico-Médica. Madrid, Barcelona, Valencia, 1946.
CASTILLO.—Técnica de Exploración Roentgenoscópica y Roentgenográfica. Ed. Labor, S. A. Madrid, Barcelona, Valencia, 1944.
CORNUELLA y cols.—Libro de Actas de la XIII Conferencia de la Unión Internacional contra la Tuberculosis. Madrid, 1954.
DUBARRY, ROUX.—Tuberculose Intestinale. Données Recents. J. B. Baillière et Fils. Edit. Paris, 1951.
GALLART MONES, GALLART ESQUERDO.—Colitis y Falsas Colitis. Edit. Salvat., Barcelona, 1940.
GARCÍA BARÓN.—En el Manual de Patología Quirúrgica de R. Argüelles. Tomo III. Edit. Científico-Médica., Madrid, Barcelona, 1949.
GARCÍA CAPURRO.—En la monografía "Tuberculosis intestinal", publicada bajo la dirección de Vacarezza, López & Etche-goyen. Buenos Aires, 1942.
GAUSS, SINGERMANN y BLACK.—Am. Rev. Tub., 28, 648, 1933.
GODLEWSKI.—Arch. mal App. Digest. et mal nutr., 40, 375, 1951.
GOUVRES y BRUCE.—Arch. mal App. Digest. et mal Nutr., 40, 917, 1951.
GUTIÉRREZ ARRESE y ARCE.—Arch. Med. Cir. y Esp., 1, 1933.
GWERDER y KALMAR.—Tubercle, 12, 97, 1930.
HENING y BAUMANN.—En el Tratado de Medicina interna de Bergmann, Tomo III, 2.ª parte. Ed. Labor, S. A., 1949.
HERNANDO.—Rev. Esp. Enf. Ap. Dig. y Nutr., 8, 55, 1949.
JIMÉNEZ DÍAZ.—Lecciones de Patología Médica, Tomo V, Ed. Científico-Médica, 1947.
JIMÉNEZ DÍAZ, MARINA y GÓMEZ.—Rev. Clin. Esp., 25, 333, 1947.
KELLER MORO.—En el Tratado Enciclopédico de Enfermedades de la Infancia, de Pfaundler y cols. Tomo II. Francisco Seix, Editor, 1932.
KLEINSMIDT.—En el Tratado de Enfermedades de los niños, de Feer y cols., Manuel Marín, Ed., 1944.

(*) El autor posee abundantes datos bibliográficos a disposición de quien se los solicite.

- KUHLMANN, RATING.—Atlas radiológico del Ap. Dig., Ediciones Morata, 1944.
 LEGER, RUMEAU y ROUX.—Arch. mal. App. Digest., 40, 1.116, 1951.
 LOWYS.—Ptisiologie Infantile, Ed. Medica Flammarion, 1947.
 MARINA FIOL.—Rev. Clin. Esp., 11, 81, 1943.
 MARINA FIOL.—Anales del Instituto de Investigaciones Médicas. Tomo II. Ed. Científico-Médica, 1944.
 MARINA FIOL.—Rev. Clin. Esp., 5, 313, 1945.
 MARINA FIOL.—Rev. Clin. Esp., 21, 342, 1946.
 MARINA FIOL.—Exploración radiológica del intestino delgado. Ed. Paz Montalvo, 1949.
 MILICUA.—SER, 8, 78, 5.
 NARGELI.—Diagnóstico diferencial de las enfermedades internacionales, Ed. Labor, S. A., 1954.
 NUNES.—Libro de Actas de la XIII Conferencia de la Unión Internacional de la Lucha contra la Tuberculosis, Madrid, 1954.
 PEREZ y VINUELAS.—Rev. Clin. Esp., 53, 29, 1954.
 PICARD, PERRIN y FRANK.—Rev. de la Tub., 3, 896, 1937.
 PORCES.—Enfermedades del intestino, su diagnóstico y terapéutica, Ed. Miguel Servet, 1937.
 ROMERO.—Med. Esp., 17, 495, 1946.
 SCHINZ, BAUSCH, FRIEDL, etc.—Roentgentodiagnóstico. Tomo II, 4.ª edición. Ed. Salvat, S. A., 1947.
 SCHMIDT.—Tratado clínico de las enfermedades del intestino. Ed. M. Marin, 1934.
 STIERLING y CHOUL.—Diagnóstico roentgenológico del tubo digestivo. Ed. Labor, S. A., 1931.
 TORRES, NAVARRO, MORALES y APARICIO.—SER, 23, 1955.
 ULRICI.—Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar y laríngea. Ed. Labor, S. A., 1935.
 USOBIAGA.—Rev. Esp. Enf. Ap. Dig. y Nutr., 10, 349, 1951.
 USOBIAGA.—Trazos, 12, 13, 1955.
 VALDÉS RUIZ, ENRIQUEZ DE SALAMANCA.—En el Tratado de Patología Médica, de Enriquez de Salamanca y cols. Tomo I., Ed. Científico-Médica, 1956.
 VALLS COLOMER.—En el tomo I del Tratado de Patología y Clínica Médica, de Pedro-Pons y cols., Ed. Salvat, S. A., 1956.
 WARMOES.—Acta Gastroenterol., Belg., 9, 526, 1946.
 WARMOES.—Acta Gastroenterol., Belg., 10, 50, 1947.

SUMMARY

A radiology exploration shows data which are very valuable for the diagnosis of an intestinal tuberculosis, but in no case offers, by itself, any etiologic references.

Persons suffering from pulmonary tuberculosis and showing the said abnormal images in the intestinal radiologic examination are to be considered as carriers of an enteric localization of tuberculosis.

At persons suffering from pulmonary tuberculosis all kinds of anatomoclinic forms of intestinal tuberculosis can be found associated with pulmonary tuberculosis.

Pulmonary tuberculosis is frequently accompanied by an intestinal tuberculosis, especially if the prognosis made for the patient is a serious one.

At each person suffering from a pulmonary tuberculosis an intestinal study with transit and enemas should be made in order to clearly show the tuberculosis localizations, if there were any, in the different intestinal segments and in order to start the appropriate treatment.

ZUSAMMENFASSUNG

Für die Diagnose der Darmtuberkulose liefert die roentgenologische Untersuchungsmethode sehr wertvolle Angaben; jedoch alleine gestattet sie aber keinesfalls ätiologische Rückschlüsse.

Wenn ein Lungenkranker bei der roentgenologischen Untersuchung des Darmes die beschriebenen anormalen Schattenbilder aufweist, so

ist auch eine Tuberkulose enteraler Lokalisierung anzunehmen.

Das Verfahren mit Darmpassage und Einlauf muss zur Untersuchung jedes Kranken mit Lungentuberkulose herangezogen werden, damit etwaige tuberkulöse Lokalisierungen in der verschiedenen Darmsegmenten nicht verborgen bleiben. Dieses Vorgehen ermöglicht dann eine richtige Behandlung des Übels.

RÉSUMÉ

L'exploration radiologique procure des données de grande valeur pour le diagnostic de la tuberculose intestinale mais, n'offre en aucun cas, par elle seule, des références étiologiques.

Les tuberculeux pulmonaires qui présentent, dans les examens radiologiques intestinaux, les images anormales décrites, doivent être interprétés comme porteurs d'une localisation entérique de la maladie tuberculeuse.

Chez les tuberculeux pulmonaires on peut trouver, associées, toutes les formes anatomocliniques de la tuberculose intestinale.

La tuberculose intestinale accompagne la tuberculose pulmonaire, d'autant plus fréquemment que le pronostic des malades est plus grave.

Chez tout malade de tuberculose pulmonaire on doit faire une étude intestinale avec transit et lavements, pour mettre en évidence — lorsqu'elles existent — les localisations tuberculeuses, dans les différents segments intestinaux et pouvoir instaurer le traitement adéquat.

EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LOS ATAQUES SINCOPALES CON LA EPILEPSIA. SU TRATAMIENTO

L. JIMÉNEZ ESPINOSA

Jefe del Servicio de Electroencefalografía del Manicomio Provincial de Valencia.

De unos años a esta parte se viene suscitando, cada vez más a menudo, el problema diagnóstico que plantean unas formas clínicas especiales, en un tiempo descritas por W. GOWERS (1907) como "ataques vasovagales". En efecto, los ataques sincopales son un problema clínico actual y su importancia radica en su fácil confusión con la epilepsia. Son más frecuentes de lo que se cree en general — como advierte HOFF —, y poco conocidos de los médicos. El conocimiento de estas crisis, dice este autor, comporta la probabilidad de que puedan ser interpretados con acierto y no difamar de histéricos a estos pacientes, de falta de voluntad para el trabajo, o de menospreciarlos por un diagnóstico erróneo de epilepsia.