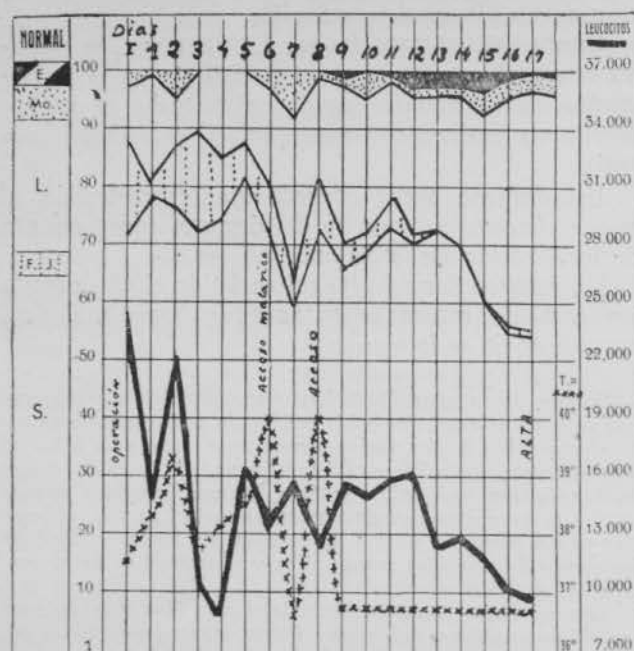


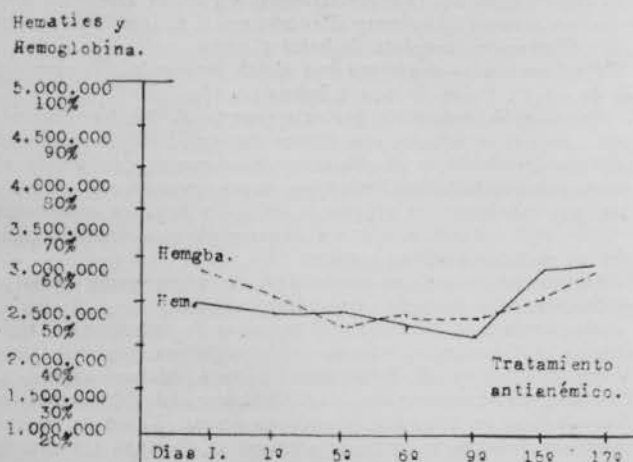
El hemograma y exploración física y radiológica de tórax descartan la posibilidad de complicación pulmonar, mostrándonos en cambio el primero una nueva reactivación palúdica. Se instaura un tratamiento específico, con el que ceden la temperatura y presencia de parásitos en las gotas gruesas. Mejora rápidamente el enfermo, incluso su anemia secundaria (véanse gráficos 1 y 2), siendo dado de alta al 16 día de la operación.



Esquema 1. — Evolución de la leucocitosis, fórmula y temperatura en nuestro caso.

Resultados lejanos: Ha vuelto con paludismo a los pocos meses, por haber abandonado precozmente el severo tratamiento prescrito.

En la actualidad lleva seis meses completamente bien.



Esquema 2. — Evolución de la anemia. Mejoría apreciable con el tratamiento antianémico intenso.

COMENTARIOS. — En primer término, se ha verificado la rotura en un paludismo crónico reactivado, como sucede en la gran mayoría de los casos.

A pesar de la anamnesis más reiterada y cuidadosa, no hemos podido hallar ni esfuerzo, ni trauma pequeño, que hubiesen podido ser la causa desencadenante del episodio agudo.

La rareza de esta afección fué causa de que no se tomase en consideración a la hora de formular el juicio clínico, a pesar de haber sintomatología sos-

pechosa, tal como los antecedentes palúdicos, reactivación precursora del cuadro de abdomen agudo, la negatividad del neumoperitoneo y la persistencia de la macidez hepática.

El hemograma llegó cuando ya no podía prestar ayuda diagnóstica. Era lo más elocuente: anemia (de 2.780.000 y 57 por 100 de hemoglobina) y gran irritación peritoneal (24.000 leucocitos, con 15 por 100 de formas inmaduras y 86 por 100 de neutrófilos). De valor decisivo fué la comprobación de gran abundancia de parásitos de la terciana.

De todos los hemogramas de rotura de bazo traumático que poseemos y en los publicados por DAWNES y MELFIOR (cit. por PERA) existía anemia importante y leucocitosis altas con regular desviación.

En nuestro enfermo, al no sospechar la rotura, no exploramos el signo de BALLACE descrito en el año 1898 y que hace referencia a los cambios de macidez en flancos.

El bazo extirpado pesaba 1.530 gramos, es decir, de 7 a 8 veces más que el peso normal. Las lesiones no ofrecen nada nuevo de lo descrito en esta complicación.

Al igual que ha ocurrido en otros casos (a la vista tenemos la cuidadosa descripción del caso español de PERA, CABRERA y JURADO), a finales de la primera semana y comienzos de la segunda del curso postoperatorio, se han producido graves accesos febriles maláricos, por reactivación, que cedieron al instaurar el oportuno tratamiento.

RESUMEN

Publicamos un caso de rotura espontánea de bazo en enfermo afecto de paludismo crónico reactivado. Se hacen a la vez algunos comentarios sobre la frecuencia y particularidades de esta complicación rara. Se comprueba el gran valor del hemograma para ayudar al diagnóstico de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 BACHMANN. — Münch. Med. Wschr., 528, 1926.
- 2 LEIGHTON. — Ref. de Arch. Med., 171, 1921.
- 3 LUSMAN, M. P. — Brit. J. Surg., 15, 47, 1927.
- 4 MASARI. — Klin. Wschr., 917, 1920.
- 5 OSLER, W. — The principle and Practice of Medicine. Nueva York. D. Appleton, 881, 1922.
- 6 PERA, CABRERA y JURADO. — Rev. Méd. Barcelona, 25, 370, 1936.
- 7 POLAYES, S. y LANDERER, M. — Journ. Amer. Med. Ass., 196, 1.127, 1931.
- 8 SUMPTER, J. — Ann. Surg., 88, 212, 1928 (II).
- 9 YOUNG. — Ann. Surg., 101, 1.389, 1935.

ÍLEO REFLEJO POR PIELITIS DE DIEZ DÍAS DE DURACIÓN EN UNA EMBARAZADA DE CUATRO MESES

V. VÁZQUEZ AÑÓN y J. M.^a ALEGRET LLISTERRI
(Castellón)

Se explica el íleo reflejo en los procesos renoureterales por la común inervación con el doble sistema simpático y parasimpático, plexo solar lumboaórtico

y renal, con sus ganglios semilunares, córticorrenales y mesentéricos del intestino, riñón y uréter.

GIL VERNET y GALLARTEN, en el año 1919 han descubierto el ganglio simpático mesentérico inferior que establece las conexiones nerviosas entre el uréter y riñón con la parte terminal del tubo digestivo. Con este descubrimiento el íleo reflejo en urología queda perfectamente aclarado, y por lo tanto, perfectamente comprensible que toda excitación reno ureteral sea susceptible de desencadenar una parálisis o un espasmo del intestino.

El diagnóstico de esta oclusión intestinal refleja es muy delicado y de gran trascendencia, ya que a él está subordinado el procedimiento terapéutico a seguir, médico o quirúrgico. Si hay síntomas urinarios anteriores al ataque, el diagnóstico es fácil, pero no ocurre así cuando dichos síntomas han pasado desapercibidos para el enfermo. Por esta razón, una exploración completa urológica, debe preceder a toda laparatomía por íleo, de cuyo diagnóstico etiológico dudemos.

No son raros los casos de íleo reflejo publicados y hasta las intervenciones equivocadamente practicadas. JUDAEN T. CHESTERMAN presenta un caso intervenido por íleo, a las once horas del comienzo del ataque al que se encontró una hidronefrosis de un riñón en herradura. En litíasicos, la literatura es más abundante entre otros los de ISRAEL, WILMS, STERNBERG, GUYEN, GASSET, etc.

No conocemos ningún caso en que el íleo haya durado más de ocho días, ni tampoco consecutivo a pielitis, lo cual hace que juzguemos pueda tener algún interés exponer el siguiente caso:

Señora X., casada, 22 años.

Antecedentes particulares. — Estreñimiento crónico, dice que desde los diez años recurre casi diariamente a los enemas rectales; si no lo hace llega a estar hasta cuatro o cinco días sin expulsar heces. Con frecuencia interrumpe los paseos para irse a su casa con dolores de vientre, vómitos y diarreas. Se acuesta y a las pocas horas desaparecen todas estas molestias. Dice sentir dolor en los riñones cuando anda con tacones altos, si está mucho tiempo de rodillas o si está parada en posición vertical.

Antecedentes familiares. — La madre padece estreñimiento crónico; el padre, sano; un hermano del padre tiene cólicos nefríticos; una hermana de la madre es nefrítica y asimismo lo es una hermana de la enferma; otra hermana está afectada de estreñimiento crónico y de apendicitis.

Enfermedad actual. — Hace cuatro meses, queda embarazada. A los dos meses del embarazo, cistitis; un mes después, prurito vulvovaginal y en pechos, que atribuye al embarazo (persiste la cistitis). Desde el principio del embarazo hasta la actualidad, ha aumentado diez kilogramos; desde hace tres meses poliuria diurna, con necesidad imperiosa de orinar, por la noche sólo orinaba dos veces; la orina tiene aspecto dorado o blanco, no ha tenido hematuria, la enferma trató de combatir estas molestias con lavados vulvovaginales de manzanilla y polvos de talco (sin resultado).

Desde hace siete días nota dolor en el costado derecho que se corre al vientre (soportable), tiene un escalofrío. A partir de este día, inapetencia, cansancio, mareos. El dolor lo tiene intermitente. Al cuarto día del comienzo de éste se hace intensísimo, pero desaparece después de la aplicación de un enema al que sigue una deposición. Al día siguiente, por la noche, tiene grandes dolores y dice pasa la noche muy mal. Al séptimo día del comienzo, somos requeridos para ver la enferma, que nos manifiesta se encuentra en la cama desde hace tres días por haber sido presa de molestias, dolores lumboabdominales continuos, que se acentuaban de una manera intermitente, más intensos en el lado derecho; no ha expulsado heces ni gases desde hace tres días, durante los cuales se había aplicado enemas rec-

tales, purgantes y laxantes con resultado negativo. El día anterior a nuestra visita le han aplicado un enema gota a gota, que le ha provocado dolores intensísimos, que se calmaron con una inyección de morfina.

Dice también que la orina es turbia y que ha tenido varios escalofríos con temperaturas hasta de 39°, siendo los descensos bruscos y acompañados de sudores. A la temperatura le acompaña cefalea, insomnio, fotofobia, sed intensa y anorexia.

Exploración. — Temperatura, 37.8°, constitución asténica, con aparato respiratorio y circulatorio normales.

El abdomen está ligeramente timpanizado, sin embargo es blando y depresible, la palpación se acompaña de defensa de la pared en punto cístico, se nota un útero que por su tamaño

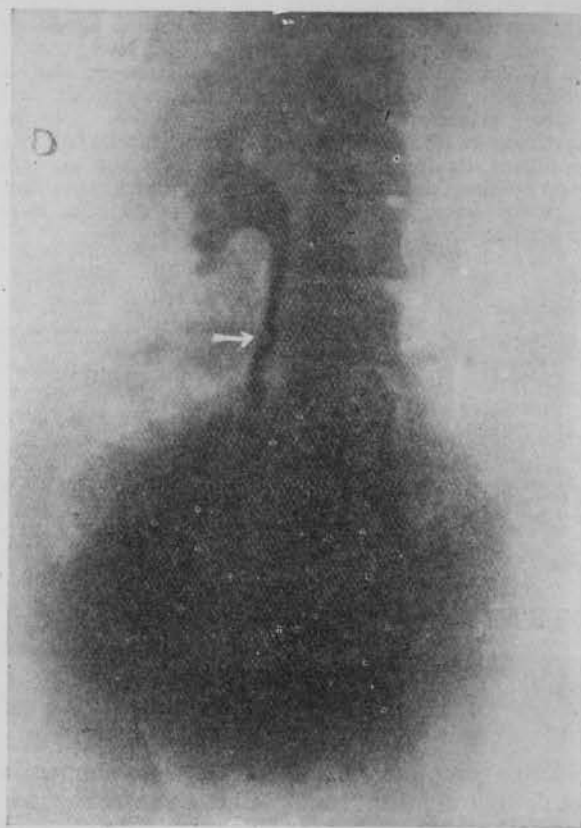


Fig. 1

corresponde a un embarazo de cuatro meses, gran dolor en región lumbar derecha, siendo la palpación muy dolorosa. Los trayectos ureterales no son dolorosos a pesar de que la enferma dice se precipitan (durante las exacerbaciones) por el trayecto ureteral derecho. El aspecto de la orina es turbio, la cantidad de las últimas veinticuatro horas es de 1.300 gramos, su análisis nos da indicios de glucosa, no hay acetona ni albúmina, sedimento mucoso amarillento, abundantes células epiteliales, abundantes leucocitos polinucleares, escasos hematíes, abundantísimos cocos y diplococos Gram positivos.

Tiene 2.800.000 hematíes, 13.900 leucocitos. Fórmula leucocitaria: metamielocitos, 4; neutrófilos, 87; linfocitos, 7; monocitos, 2.

Se diagnostica la enferma de un embarazo de cuatro meses y medio acompañado de pielitis derecha con íleo reflejo de cuatro días de duración.

Prescribimos antisépticos urinarios por vía oral y endovenosa con dieta líquida y reposo.

El mismo día por la noche presenta la enferma un escalofrío de veinte minutos de duración y ascenso de la temperatura a 40°, desciende a la hora aproximadamente, a las seis horas se repite el cuadro pero con menos intensidad. Ante la repetición de los escalofríos, fiebre y aumento de dolor lumboabdominal decidimos el cateterismo ureteral, que no se practica por mejorar espontáneamente la enferma cuando nos disponíamos a efectuarlo, esta mejoría persiste durante 24 horas no obstante continuar el timpanismo abdominal y no expulsar la enferma más que

una ventosidad. Pasadas estas veinticuatro horas, o sea a los ocho días de la última deposición, se agrava la enferma, la lengua, que hasta entonces era húmeda, se vuelve seca, aparecen náuseas vómitos, hipo, el vientre se timpaniza exageradamente, los dolores abdominales se recrudecen no expulsando la enferma ningún gas. El pulso, que hasta entonces se había mantenido en 100 pulsaciones, llega a 110 y 120; la cantidad diaria de orina oscila de 1.000 a 1.500 gramos.

Por ser tan predominantes los signos de íleo, dudamos ya de su única etiología refleja (dura ya nueve días) y condicionamos la intervención quirúrgica del íleo al resultado del cateterismo ureteral, que practicamos el décimo día: encontramos resistencia a la introducción de la sonda ureteral derecha a los siete centímetros del meato ureteral, que, sin embargo, se logra vencer y sale desde entonces orina gota a gota, sin intermitencia, de aspecto turbio, cuyo análisis nos da indicios de glucosa y albúmina; cloruros, 5 gramos; urea, 11,93 gramos; el sedimento es abundante, mucopurulento, grandísima cantidad de leucocitos polinucleares destruidos, alguna célula epitelial, urato sódico y gran cantidad de colibacilos. En el lado izquierdo, el cateterismo es fácil, sin resistencia alguna, la orina sale con goteo rítmico, clara y cuyo análisis nos da: albúmina no hay; glucosa, indicios; cloruros, 7,5; urea, 17,93; sedimento mucoso, escasos leucocitos, algunos hematies y escasísima flora compuesta por Gram positivo.

En vista de este resultado retiramos la sonda ureteral izquierda y dejamos permanente la derecha, por la que practicamos lavados con solución de nitrato de plata.

Las cinco horas siguientes al cateterismo no modifican en nada su mal estado; aumenta, por el contrario, el dolor lumboabdominal derecho y el meteorismo. Pero pasadas estas horas y coincidiendo con la aplicación de una sonda rectal, abundante expulsión de gases y desaparición de casi toda la sintomatología abdominal y disminución de la renal.

Con los movimientos de la enferma sale la sonda ureteral permanente y a las pocas horas (once día) se reproduce el cuadro anteriormente descrito, pero con menos violencia, nuevo cateterismo de riñón derecho, la orina sale ligeramente turbia, de una manera continua y desaparición inmediata del dolor renal. Los dolores abdominales persisten, pero con intensidad decreciente. Se lava la pelvis renal derecha con colargol y se aprovecha este lavado para obtener una imagen pielográfica (figura 1), que pone de manifiesto una acodadura ureteral y dilatación de la pelvis por parálisis de musculatura o por hidronefrosis incipiente.

Pasa la enferma 24 horas en este estado y, por fin, al doce día, con un enema rectal de agua jabonosa, se consigue una abundante deposición y cesan todos los síntomas, persistiendo solamente ligeros dolores renales, y a los veinte días siguientes es dada de alta la enferma.

RESUMEN TERAPÉUTICO DE ACTUALIDAD

EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

P. G. DUARTE

Nuestro propósito al abordar el tema enunciado no es de una amplitud tan grande como se requeriría para abarcarlo en su totalidad. Nos limitaremos aquí a exponer la situación actual de los problemas más trascendentes en la práctica de esta discutida terapéutica cuya evolución progresiva es tan apasionante que atrae sobre sí el interés general, desbordando el campo de los especialistas. Atendiendo a su interés general escribimos estas consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar, en las cuales prescindiremos, hasta cierto punto, de lo que se refiere a la pura técnica.

Unánimemente es aceptada la necesidad imperiosa de someter a la terapéutica colapsante las lesiones tuberculosas pulmonares abiertas que no involucionen rápidamente, pero es conocida la imposibilidad en que nos encontramos muchas veces de servirnos del método óptimo, es decir, del neumotórax endopleural, ya sea porque no se pueda instituir a causa de la sínfisis de las hojas pleurales, o ya porque una vez instituido haya de abandonarse por resultar ineficiente o intolerado, o complicado; en cualquiera de los casos lo cierto es que la realidad se nos pone delante y nos obliga a plantearnos si existe o no la posibilidad de recurrir a otros procedimientos para hacer desaparecer las cavernas. Estos otros procedimientos, los únicos que con esperanza de eficacia

podemos ofrecer al enfermo, son todos quirúrgicos, más o menos cruentos, pero quirúrgicos al fin, aunque ello no signifique que en lo doctrinal hayan sido siempre cirujanos sus promotores ni que la decisión práctica de emprenderlos, sea de su exclusiva incumbencia, sino que habitualmente es el resultado del diálogo necesario entre el médico, que tiene la iniciativa, y el cirujano que colabora con su experiencia y su preparación doctrinal especializada. (Estos dos matices, médico y quirúrgico pueden reunirse sin inconveniente en una sola persona, ¿qué duda cabe!)

Al tratar de tomar una decisión quirúrgica interesan en primer lugar, operabilidad, método a seguir y la indicación más adecuada en cada caso particular. Todo esto es muy complejo y de aquí que se sienta la añoranza de criterios fijos y normas *standard* que garantizasen el acierto; pero hay que confesar su inexistencia. Las deseadas normas generales no se han dictado todavía, ni es fácil que se dicten, al menos en algún tiempo, en primer lugar porque algunos de los procedimientos operatorios fundamentales son demasiado jóvenes para proporcionar una base estadística seria, faltando número y tiempo de observación postoperatoria suficientes (por ejemplo, la aspiración endocavitaria de Monaldi y el neumotórax extrapleural); en segundo lugar porque a semejanza de lo que ocurre con todo método terapéutico cuya acción no está dirigida contra la causa misma de la enfermedad, los resultados que con él se obtengan podrán ser objetados de empirismo y subjetividad, lo mismo que las conclusiones y normas que de ellos se deduzcan. En resumen: