

han dado sobre el esclarecimiento de estos problemas. El propio examen externo de la mucosa, aun "de visu" es insuficiente, en nuestra opinión, para juzgar a veces del "substratum anatómico" que condiciona la gastritis. En el primer caso de nuestra observación personal, ateniéndonos a la nomenclatura y al concepto clásico, para enjuiciar las gastritis, el trastorno anatómico correspondería, por la inspección macroscópica, a la fase "atrófica" de la gastritis, en tanto que el examen histológico es totalmente contradictorio, ya que existe una hiperplasia glandular, si bien quizás pueda interpretarse como de carácter regenerativo, acompañada de signos de hipersecreción de algunos grupos glandulares. Reconocemos que, en el momento en que la pieza ha sido recogida, el proceso estaba carente de sintomatología clínica activa (las hemorragias oculas eran negativas), y que quizás a esto se debería el aspecto de "lesiones mínimas" que encontramos, quedando como único signo objetivo, bien aparente, la perigastritis señalada. La hemorragia masiva e intensísima que, en repetidas circunstancias, se produjo ha tenido, de seguro, por base anatómica, la conocida "forma vascular de la gastritis" en la que se produce una multiplicidad de pequeñas erosiones hemorrágicas (HUECK) que se caracterizan a su vez por su rápida regresión, después de la fase aguda, con rápida restauración de la mucosa, lo que impide, de no ser observadas en este crítico momento, como de seguro ocurrió en nuestros casos, la objetivación del hecho anatómico que las produce. Es muy probable que estas formas tan tórpidas y tan crónicas de evolución de la gastritis, tan inaparentes en clínica, a no ser por sus hemorragias, estén condicionadas, al faltar otros datos etiológicos más aparentes, por una especial disposición reaccional del sujeto que la padece (hipoergia), que es la que condiciona esta rara y grave evolución.

D. S., de 38 años, casado, de profesión albañil. Habiendo estado previamente bien, el 19 de mayo de 1940, es decir, un mes antes de venir a consultarnos, en un acceso de los expectoró una gran cantidad de sangre con grandes coágulos de color oscuro. Este mismo episodio se repitió tres o cuatro veces más en cortos intervalos y según cuenta el enfermo, acompañado de las mismas características. Al principio continuó haciendo su vida y trabajo habitual, pero más tarde, asustado por la persistencia e intensidad de los episodios hemoptoicos se vió obligado a guardar cama. Pocos días después y coincidiendo con la cesación de las hemoptisis aquejó dolor de costado tan intenso que según él "le cortaba la respiración", y comenzó a expectorar con la tos y de forma muy abundante, unos espuitos grandes de color de yema de huevo de olor muy fétido y de un sabor especial muy desagradable que con intermitencias se prolongaron durante diez días, constituyendo una verdadera broncorrea. Permaneció durante todo este tiempo en cama con temperatura elevada, escalofríos y sudores intensos que transcurridos quince días cedieron en parte, quedándose unas décimas que todavía persisten. Actualmente tiene tos con expectoración blanquecina, sudores nocturnos y gran disnea de esfuerzo. Declara haber perdido 10 kilogramos de peso en los dos últimos meses.

Antecedentes personales. — No sabe precisar enfermedades de la infancia. Empezó a trabajar a los 19 años, en Madrid, en su profesión de albañil habiendo permanecido siempre sano hasta 1935 en que tras una época de molestias de estómago fué diagnosticado de úlcera gástrica, e intervenido por el doctor REMENTERA, desapareciendo todas sus molestias. Durante la guerra resultó herido, el 28 de agosto de 1937, por bala en la región zigomática, presentando una parálisis facial y resección del arco zigomático.

Antecedentes familiares. — Sin interés.

Exploración. — Tipo constitucional leptosomático, intensamente desnutrido, ya que pesa 44 kilogramos, para una talla de 1,54, boca séptica, faringe roja con amígdalas atróficas. Tórax asténico sin deformaciones ni puntos dolorosos espontáneos. Dolor provocado a la presión en región supra e infraclavicular izquierda. Circulatorio y digestivo, normales.

Mantoux (+), espuitos negativos al Koch, intensa flora bronquial y abundantes elementos de descamación. Velocidad de sedimentación, 31,25 de índice. La fórmula y recuento acusan lo siguiente: hematies, 4.150.000; leucocitos, 9.600; segmentados, 74; eosinófilos, 3; basófilos, 0; linfocitos, 22, y monocitos, 1.

Radioscópicamente se aprecia una imagen biliar fuertemente empastada y arborescente, con gran cantidad de nódulos en su interior. En base izquierda, extendiéndose desde ángulo cardiofrénico hasta seno costodiafragmático, sombreado difuso con tractus difuminados más densos.

Se instituye un tratamiento con sales de calcio y balsámicos y se le cita para dentro de tres meses.

Visitas sucesivas. — Vuelve el 23 de octubre de 1940. Persiste el adelgazamiento y el mal estado general. La tos y la expectoración han disminuido ostensiblemente, pero persiste la febrícula. Los espuitos continúan negativos al Koch y radioscópicamente no se observa variación alguna. Con un nuevo tratamiento a base de balsámicos queda citado para dos meses después. Vuelve a observación antes de la fecha fijada, con peor estado general y con más acusada pérdida de peso. Han aumentado la tos y la expectoración, que a veces muestra estrías de sangre. Continúa la febrícula persistente, interrumpida por elevaciones febriles episódicas precedidas de escalofríos. Anorexia intensa e invencible agudizada por el mal sabor de los espuitos.

Radioscópicamente se aprecia la misma imagen que en las anteriores. Destacándose en el borde cardíaco izquierdo, semi-apoyada en diafragma, una imagen densa, metálica, bien limitada, con forma y aspecto neto de proyectil no deformado.

Interrogado nuevamente sobre la posibilidad de tener alojada una bala en el pulmón, el enfermo manifiesta su extrañeza y declara que en el frente fué herido, estando echado en el suelo, por ráfaga de ametralladora, en la región zigomática. Fué trasladado en plena conmoción al hospital de vanguardia e intervenido, pero niega en absoluto haber recibido alguna otra herida por arma de fuego en ningún momento de su vida. Ni en tórax ni en alguna otra región se aprecia cicatriz que pueda ser identificada como posible orificio de entrada del proyectil. Se ordena radiografía el 21 de noviembre de 1940 (fig. 1).

Se aprecia claramente a nivel de seno cardiofrénico una imagen de bala cuya mitad posterior destaca sobre sombra de co-

PROYECTIL INTRAPULMONAR IGNORADO CON ABSCESO DE PULMÓN TARDÍO DE TERMINACIÓN MORTAL

L. CALVO FERNÁNDEZ

Médico asistente del Dispensario de Vallecas.

Director: F. ABELLÓ PASCUAL

Dadas las características del caso objeto de este trabajo y la pureza de sus manifestaciones patológicas consecutivas, creemos que es de los más demostrativos acerca de la evolución posterior de los proyectiles intrapulmonares, grupo de secuelas de guerra que como justamente expresan PRUNEDA y SUÁREZ CARREÑO, "no es de las mejor estudiadas y en la cual por ello el criterio terapéutico no es todo lo unánime que fuera de desear".

La historia y evolución de nuestro enfermo es la siguiente:

razón. En toda la base sombreado denso con imágenes más claras en forma de colmena y tractus fibrosos arborescentes. Intensa reacción pleural en seno costofénico.

Se confirma el diagnóstico de absceso de pulmón tardío por cuerpo extraño ignorado y se aconseja la intervención quirúrgica para su extracción. Ante la negativa rotunda del enfermo, se instaura un tratamiento a base de neosalvarsán y balsámicos.

Perdemos el contacto con el enfermo hasta el 10 de febrero de 1941, en que se presenta espontáneamente en la consulta en un estado de emaciación muy acusado aspecto febril y gran disnea en reposo; mucha tos, que se exacerba por las noches, impidiéndole conciliar el sueño, acompañada de expectoración abundantísima que se ha exacerbado aún más en los últimos días. Un nuevo análisis de esputos pone de manifiesto la existencia de la temible asociación fusoespirilar.

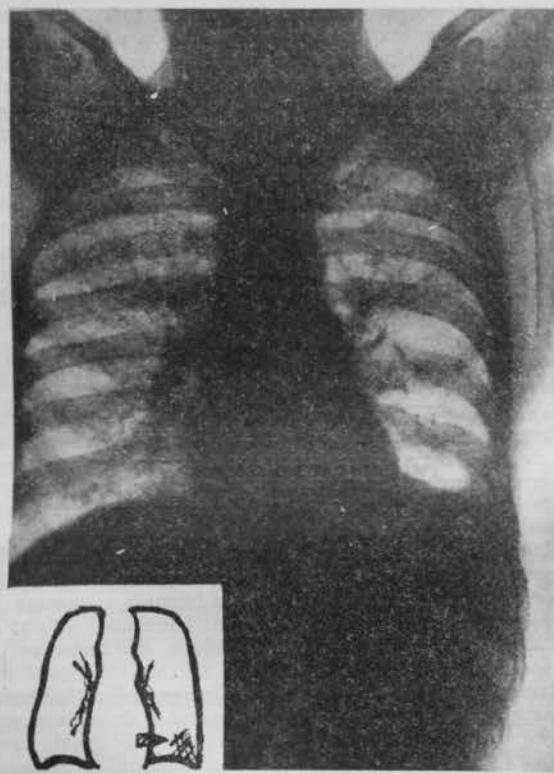


Fig. 1

La radiografía de 12 de febrero de 1941 (fig. 2) denota claramente la intensificación del sombreado de la base. El proyectil ha variado su posición horizontal y ahora se aprecia invertido con la punta dirigida hacia abajo.

Como la placa se ha obtenido en inspiración, el arqueamiento de la cúpula diafragmática debido a la contracción de sus haces musculares hace que se proyecte la imagen de la bala en forma tal, que se tiene la impresión de que ésta se halla en plena masa muscular y fuera del tórax, en cualquiera de las formaciones anatómicas de la región más superior de hipocondrio izquierdo, cuando en realidad éste se halla alojado en la región más anterior y más baja de la base pulmonar, como se comprueba haciendo traslaciones del sujeto ante la pantalla fluoroscópica (fig. 3).

Ante la marcha sombría del proceso, que se muestra remiso al tratamiento médico prescrito, insistimos seriamente en la necesidad absoluta de una intervención quirúrgica, que el enfermo y sus familiares rechazan nuevamente.

Vemos al enfermo por última vez el 14 de marzo del año 1941 en un estado indescriptible; inverosímilmente enflaquecido, ojos brillantes, color pálido terroso de la piel, cianosis de labios y disnea intensísima.

Logramos hospitalizarle en San Carlos, donde fallece a los pocos días sin poder ser intervenido a causa del mal estado general que presentaba a su ingreso.

Indudablemente — ya que el enfermo no presentaba ninguna cicatriz que pudiera ser reliquia del orificio de entrada del proyectil — la bala alojada

en pulmón, debió ser la misma que causó la herida en la cara.

Entró, pues, por región zigomática, atravesó destrozándolo, el plano óseo y después de un trácto caprichoso e inverosímil, cosa no sorprendente en las heridas de guerra, fué a alojarse en pulmón. Hace sólo unos meses, TELLO VALDIVIESO publicó un caso muy curioso de este tipo en el que



Fig. 2

una bala de revólver había penetrado a través de ojo derecho, alojándose en pulmón de ese lado.

El hecho de la tolerancia relativa que el parénquima pulmonar despliega ante esta clase de cuerpos extraños no es cosa que pueda tampoco sorprendernos. Entre la literatura que manejamos he



Fig. 3

mos ya citado los casos publicados por PRUNEDA, SUÁREZ CARREÑO y TELLO VALDIVIESO, el publicado por ABELLÓ (F.) es también muy demostrativo, en cirugía castrense se encuentran casos muy expresivos de esta tolerancia que calificamos de relativa porque casi sin excepción se manifiestan rápidamente por una serie de síntomas que dan lugar a las secuelas de tipo hemoptoico, doloroso, de intoxicación metálica, bronquiectásico, de compresión o claramente séptico infectivos y que imponen el criterio terapéutico de extracción quirúrgica para evitar males mayores. Únicamente se puede contemplar en los casos en que el tamaño del cuerpo extraño, su situación, etc., dan lugar a una latencia absoluta, pero aun y así, estos casos no suelen ser muy frecuentes. El hecho de que las cosas ocurran de este modo se explica fácilmente. A pesar de que el tejido pulmonar por sus condiciones de extra-

ordinaria aireación y su rica red vascular que le dota de una abundantísima irrigación sanguínea, posee unas excepcionales condiciones de defensa antiinfecciosa, en el caso concreto que nos ocupa, los factores que podríamos llamar negativos se dan en tan gran número y se agrupan en una constelación patológica tan favorable entre sí, que una vez examinados, lo que sorprende es más que el estallido infeccioso en sí, el largo tiempo que éste tarda en hacerse ostensible.

Hay que tener en cuenta que aun prescindiendo del proyectil en sí mismo y de las alteraciones a que puede dar lugar en cuanto a su calidad de cuerpo extraño, produce a su paso por el pulmón, un intenso traumatismo que destroza los tejidos y los desvitaliza contribuyendo a crear una zona más o menos grande de menor resistencia — dependiente de la cuantía de su fuerza viva — propicia para que en su seno se den las condiciones precisas al despertar del microbismo latente.

Se conocen casos de puesta en marcha de procesos tuberculosos del pulmón a partir de antiguas lesiones sin actividad actual y cuya relación de causa a efecto con el traumatismo no representa más que un caso más de la influencia tuberculógena de las causas traumáticas problema éste muy bien estudiado por BRIANI, WESSELEY, LASCKIEVIC, CHEVALIER-JACKSON entre otros.

El pulmón, sin embargo, y como demuestran los hechos, lucha aún hasta aquí ventajosamente. En el que podríamos llamar foco de atrición final y futuro lecho del proyectil, las alteraciones — dada la mínima fuerza viva de que éste se encuentra ya dotado, que ha sido progresivamente agotada por las estructuras anatómicas precedentes — suelen ser más discretas, reduciéndose al mínimo las tres clásicas zonas de destrucción, contusión y conmoción de BORST. A estas alteraciones puramente traumáticas sigue una inflamación banal, seguida generalmente de edema, todo esto englobado por una reacción conjuntiva. Y con esto estamos ya dentro de las condiciones histobiológicas necesarias para que tenga lugar el conocido mecanismo de encapsulamiento de proyectiles, necesidad de una cierta masa de tejidos desvitalizados alrededor del proyectil, ausencia de proteólisis leucocitaria, gracias a la propiedad antirtrípsica del plasma, y reacción conjuntiva que aboca a la formación de la envoltura quística. No hay que perder de vista que aunque la cápsula fibrosa que engloba al proyectil supone una barrera de aislamiento que limita la llegada de infecciones secundarias procedentes del exterior, en cambio los llamados proyectiles secundarios, restos de vestidos, fragmentos de piel, materias extrañas (tierra, madera, etc.) en contraste con el proyectil primario, suelen estar casi siempre infectados, razón que por sí sola explica el microbismo latente en las envolturas de enquistamiento y en las cicatrices donde los agentes bacterianos quedan fijados en los coágulos o permanecen englobados en los grandes macrófagos del conjuntivo.

Además, existe, en el caso del pulmón, una causa que como muy certamente hace constar GÓMEZ-DURÁN, juega un papel muy importante en cuanto favorece el despertar del microbismo latente.

Nos referimos a la gran movilidad del pulmón y de sus estructuras parietales (POLICARD). Esta falta de reposo es ya en sí un factor de traumatismo adecuado en el sentido de BURCKHARD, a nuestro juicio de gran valor en el despertar del microbismo latente.

Este factor mecánico de traumatismo sería tanto más acentuado cuanto que el cuerpo extraño se localice en zonas del pulmón sujetas a una mayor movilidad y así, por ejemplo, sabemos por las observaciones radioscópicas cotidianas, por los estudios cuidadosos de ORSOS PARTEARROYO y BLANCO RODRÍGUEZ y otros, y por las determinaciones quirométricas más modernas, que son precisamente las bases pulmonares las zonas que gozan de mayor movilidad.

Se comprende perfectamente que este continuo movimiento, exacerbado en los golpes de tos y en los esfuerzos intensos, unido a la forma cónica y puntiaguda del proyectil y su peso, se basta para hacer progresar a éste quizás por un mecanismo de flecha análogo al que POLICARD aduce para explicar el movimiento de traslación observado en las partículas de polvo de silice del pulmón neumoniosco.

En este movimiento de avance el cuerpo extraño, privado por esto mismo de cápsula propiamente dicha, va ejerciendo pequeños traumatismos del parénquima pulmonar y provocando erosiones del sistema bronquial responsables de las hemoptisis (ABELLÓ, F.).

Estas lesiones al principio con predominio del factor exudativo e imbibición edematosas del conjuntivo intersticial y sufusiones hemorrágicas microscópicas, son secundariamente substituidas por un tejido de granulación, creándose pequeños campos de neumonia crónica intersticial y zonas de fibrosis que en su retracción progresiva van creando la dilatación de los bronquios y dando lugar a bronquiectasias que infectadas secundariamente y en virtud de un mecanismo de círculo vicioso (JIMÉNEZ DÍAZ) van creciendo más y más hasta abocar finalmente al cuadro séptico y gravísimo del absceso pútrido del pulmón. Todos los autores, entre ellos BRIANI WESSELEY, BERGAMÍN, CHEVALIER-JACKSON, ABELLÓ (F.), etc., son de la opinión de que precisamente las substancias orgánicas, más frecuentes en los casos de cuerpos extraños intrabronquiales, producen, con mucha frecuencia, accidentes agudos de tipo bronconeumónico inmediato, y únicamente cuando dan lugar a la formación de dilataciones bronquiales y son secundariamente infectadas, es cuando pueden producirse bronquiectasias complicadas que suelen dar lugar por último, a abscesos.

Ahora bien, independientemente de la acción de traumatismos, maniobras operatorias, etc., el microbismo latente puede despertar en virtud de una infección general, tipo gripe o tifoidea, que ocasionando fenómenos de congestión y aflujo leucocitario con disminución del poder antirtrípsico del plasma, dan lugar, en ocasiones, a la aparición del absceso pútrido o bien al desencadenamiento de la gangrena genuina del pulmón.

En nuestro enfermo asistimos paso a paso al

desenvolvimiento y actuación de estos factores. Y así, obsérvese como tras un período de calma y a seguida de un cuadro de hemoptisis repetidas y fenómenos dolorosos provocados con toda seguridad por la acción retráctil del tejido fibroso de las lesiones pleuromediastínicopulmonares, se perfila un cuadro de bronquiectasias infectadas que se agudiza progresivamente.

En un momento dado el proyectil emprende un movimiento de emigración a través de las estructuras pulmonares vecinas y coincidiendo con él se inicia el síndrome temible del absceso.

Tenemos el convencimiento de que el fin fatal de nuestro enfermo no hubiera tenido lugar si hubiese accedido a ser operado de acuerdo con nuestra indicación, y constituye éste un ejemplo afirmativo más, de la absoluta necesidad de ser intervenidos sistemáticamente estos casos en cuanto se inicia la pequeña sintomatología, heraldo de que comienza a abrirse paso el período de intolerancia.

RESUMEN

El enfermo objeto de esta comunicación es un caso de proyectil intrapulmonar absolutamente ignorado y tolerado durante más de tres años, al cabo de los cuales se inicia una sintomatología típica, al principio de tipo exudativo bronquial y hemoptoico que lentamente dibuja un cuadro de bronquiectasias infectadas para abocar finalmente a un absceso pútrido del pulmón de terminación mortal.

Se hace un estudio de los factores que actuando conjuntamente dan como resultado final el desparatar del microbismo latente y se insiste en la conveniencia de actuar de un modo decidido en el sentido quirúrgico, tan pronto como se inician las manifestaciones de intolerancia que tarde o temprano suelen surgir y que abocan fatalmente al absceso del pulmón.

BIBLIOGRAFÍA

- ABELLÓ PASCUAL, F.—Rev. Esp. Tub., 199, 1934.
GÓMEZ DURÁN.—Cirugía de guerra, 1, 177, 1938.
ORSOS.—Brauers, Bitr. Z. Clin. de Tbk., 70, 504, 1928.
PARTEARROYO y BLANCO, R.—Colapsoterapia de la tuberculosis pulmonar, cap. 1.
PARTHARROYO y BLANCO, R.—Archiv. de Tuberc. de la Enfermería de Chamartín, 2, 47.
PRUNEDA y SUÁREZ CARREÑO.—Rev. Clín. Esp., 11, 426, 1948.
TILLO VALDIVIESO.—Rev. Clín. Esp., 2, 67, 1941.

ILEO BILIAR CONSECUITIVO A LA INGESTIÓN DE UNA SOLUCIÓN CONCENTRADA DE SULFATO MAGNÉSICO

V. CANICIO GARCÍA
(Tortosa)

El haber leído en "Notas clínicas" de la *Revista Clínica Española*, un trabajo de E. ENRIQUE SÁNCHEZ, titulado "Rotura afortunada del colecistio con formación de una fistula vésicointestinal, al intentar resolver médicaamente una obstrucción calculosa del colédoco", ha sido el motivo que nos ha decidido a publicar el presente caso, que creemos

algo interesante en estos momentos en que se está extendiendo cada vez más el tratamiento de la obstrucción calculosa del colédoco por medio de soluciones salinas hipertónicas introducidas en el duodeno ya directamente por ingesta o por medio de una sonda duodenal.

En nuestro caso, se trata de una enferma que vienes en consulta con el compañero J. ALBIOL, cuya historia clínica es la siguiente:

Josefa S. T., de 52 años de edad, casada, natural de Alposta.

Antecedentes familiares.—Ha tenido cinco hijos; uno muerto a las pocas horas del parto; otro, al año, a consecuencia de una bronconeumonía, y tres que viven con buena salud. Ningún aborto.



Figs. 1 y 2

Antecedentes patológicos.—Desde muy joven, jaquecas frecuentes acompañadas casi siempre de estado nauseoso y vómitos biliosos.

Hace unos catorce años que, de tarde en tarde, presenta crisis a veces muy violentas de dolor en epigastrio, que se irradiian a hipocondrio derecho, espalda y hombro del mismo lado con vómitos, muchas de ellas nocturnas, que duran horas y obligan a morfina. La orina subida de color después de la crisis. En dos o tres ocasiones fiebre de tipo sudopafásico que acompaña al cuadro anteriormente descrito. Nunca terciaria manifiesta.

Enfermedad actual.—Desde hacia un año aproximadamente se encontraba perfectamente bien. El 23-X-1943, habitado reaparecido nuevamente una crisis de jaqueca acompañada de estado nauseoso, por consejo de un familiar tomó un purgante a base de una solución de 15 gramos de sulfato magnesico e inmediatamente empezó a quejarse de dolores violentos y difusos por toda la parte alta del vientre, con vómitos incoercibles, al principio biliosos y luego de tipo francamente yeyunal y fecaloideo. A los tres días de haber empezado la enfermedad y en vista de que el cuadro clínico no mejoraba vimos a la enferma por primera vez, la cual a la exploración presentaba el cuadro siguiente:

Enferma obesa, pálida, con estado general bastante débil, pulso de 110, temperatura 36.6°. Presión máxima, 11; mínima, 7. Abdomen: por inspección, no muy abultado, y a la percusión ligero timpanismo por toda la parte alta. Por palpación, dolor difuso por todo el vientre y algo más acentuado en vacío derecho, sin defensa muscular manifiesta. Persistían los vómitos y los retortijones de vientre, no había expulsado heces ni gases desde días anteriores y últimamente orinaba poco y muy concentrado.

Sentamos en principio el diagnóstico de oclusión intestinal alta, pero sin poder precisar la causa, pues si bien pensamos en un posible ileo biliar, la poca frecuencia de estos casos y el no haber vivido personalmente ninguno hizo que no nos atreviéramos a sentar dicho diagnóstico en firme.

Trasladada la enferma a la clínica quirúrgica del compañero L. LLUCH, y sometida a lavados gástricos, suero salino hipertónico, etc., y habiendo ido mejorando el cuadro clínico se fué demorando la intervención hasta que, a los siete días de haber empezado la enfermedad, expulsó por el ano dos cálculos biliares afacelados de tipo mixto, el mayor de