

erito. Las siguientes reglas, siempre dolorosas, son por lo demás escasas, y así continúa hasta hace un año, fecha en la que empeora; la febrícula aumenta, tiene durante varios días diarrea con violento dolor abdominal, difuso, astenia, cefaleas y anorexia. Es ahora cuando nuevamente explorada, se encuentra el *nódulo* de alarma claramente apreciable en la parte más distal del ileon terminal, como se demuestra en la radiografía, que acompaña, y que entonces se hizo. El ciego desplazado, retraido y fijo, es doloroso a la palpación, así como lo es el ileon pélvico, que aparece formando una masa compacta pegada a sigma. La velocidad de sedimentación es de un índice de 42, y el tratamiento, un poco negligentemente llevado por la enferma, se hace más riguroso, tomando entonces un número alto de sesiones de radiación ultravioleta. Con ligera mejoría dejamos de ver a la enferma hace cinco meses, y durante nuestra ausencia, hace unos tres meses y medio, estando bastante mejor, presenta un cuadro agudo, con náuseas y vómitos y dolor intenso en epigastrio y fossa iliaca derecha, fiebre y meteorismo, que le dura cuarenta y ocho horas, sin emisión de gases ni heces, y que cede con reposo, dieta absoluta y hielo local. A los seis días se encuentra como antes del acceso, y desde entonces hasta hace quince días se halla bastante bien. Hace quince días, de nuevo a mi vigilancia, se repite el acceso con iguales caracteres. Vista por mí a las cuatro horas de iniciado, tiene 110 pulsaciones, 38,5° de fiebre, sequedad de mucosas y dolor con resistencia en fossa iliaca derecha; 17.000 leucocitos, con 78 polis; indicándose la intervención, que se hace por el Dr. GÓMEZ OLIVEROS, Jefe clínico del Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial y Cirujano Ayudante de la "Obra 18 de Julio" en el Sanatorio de ésta. El informe del citado compafiero es el siguiente: "Anestesia etérea. Incisión pararectal. Ciego fijo y adherido a fossa iliaca derecha, por bridas adquiridas, fuertes, que se seccionan. Apéndice vermicular en posición medio caudal, pequeño, turgente y muy pegado por adherencias al peritoneo parietal de fossa derecha. En el mesoapéndice, corto y engrosado, se palpa a 2-3 centímetros de la desembocadura ileal en ciego un *nódulo subseroso en pared de ileon, duro y no desplazable, del tamaño de una lenteja*. Otros 3 más pequeños, como un grano de mijo, más distanciados. En el borde mesentérico del ileon y sobre pared medial de ciego y colon ascendente se observan varios ganglios linfáticos pastosos y aumentados de tamaño. La porción distal de ileon, en unos 40 cm., aparece con un proceso plástico, que da lugar a numerosas adherencias interileales e interileosigmaideas, muchas de las cuales son seccionadas. La exploración de aparato genital es normal. Se completa la exposición de asas intestinales y de epíplion mayor, practicándose apendicectomía con invaginación del muñón apendicular y cierre de la pared por planos. Curso postoperatorio afebril y completamente normal."

Como vemos, pues, en el sitio en que en la radiografía se apreciaba el nódulo de alarma se encuentra una formación nodular dura, como una lenteja, perfectamente palpable y claramente diferenciada, y próximo a ella otros nódulos más pequeños y un proceso plástico peritoneal. Creemos, pues, que se trata de un caso de comprobación "in situ" del nódulo de MARINA, el primero que se publica, que nosotros conocemos.

Ahora bien, en este caso vemos también cómo el nódulo sólo es un signo precoz en lo que se refiere, naturalmente, a la afectación intestinal misma, ya que en esta enferma vemos cómo el proceso peritoneal es mucho más antiguo, no encontrándose, en cambio, en las primeras exploraciones el citado nódulo, aun a pesar de buscarse intencionadamente. Pero la comproba-

ción de la lesión intestinal en un estadio tan precoz es, sin duda, de la mayor importancia pronóstica y terapéutica.

Por todo ello insistimos sobre la importancia del signo de MARINA, y creemos que este caso tiene como comprobación de su importancia un evidente interés clínico.

TUMOR DE PANCOAST. CONSIDERACIONES SOBRE LOS TRATAMIENTOS QUE HAY QUE HACER Y LOS QUE HAY QUE EVITAR

J. MEGÍAS VELASCO

Del Patronato Nacional
Antituberculoso, Gandia.

J. DEVESAS GIMÉNEZ

Medicina General. Denia.

El caso que a continuación exponemos ya no es nada nuevo, puesto que en la bibliografía nacional cuenta con magníficos y documentados trabajos, únicamente por sus características de comienzo, sobre todo radiológicas, que lo apartan un tanto de las radiografías hasta ahora presentadas, y porque en él se ha practicado un tratamiento quirúrgico que, según nuestras noticias, no se ha empleado en ningún otro caso, y que fué empleado en contra de nuestro parecer, el cual honestamente lo basábamos en las directrices que el mismo PANCOAST dió, y que JIMÉNEZ DÍAZ y otros han empleado en nuestra Patria, y el cual, como era de presumir, no solamente no resolvió nada, sino que empeoró el cuadro. Por esta pequeña novedad, decimos, vamos a relatar la historia clínica con algunos comentarios, procurándonos limitar en lo posible, ya que la exposición del caso en sí creemos que encierra todo el interés.

HISTORIA CLÍNICA.

Enfermo S. I., de Denia, de cincuenta y un años de edad, casado, con hijos sanos.

A. F.—Padre murió por angina de pecho. Una hermana cree que por un proceso fílmico.

A. P.—Catarros frecuentes banales.

E. A.—En marzo de 1944 empezó a sentir unos "pinchazos" en brazo y región de hombro izquierdo, que se fueron localizando en escápula y región paravertebral alta. Estos no obedecían a los analgésicos habituales (aspirina, veramón, etc.), y al poco de tiempo se producían como unas sacudidas "eléctricas" que bajaban por el brazo hasta los dedos.

En vista de esta sintomatología fué visto en Valencia por un reputado internista, el cual le hizo la radiografía núm. 1, diagnosticándole una "pleuritis apical izquierda", y poniéndole un tratamiento corriente (guayacol cálcico). Pasó unos meses, durante los cuales el cuadro no se modificó, sino que se le añadió un ligero

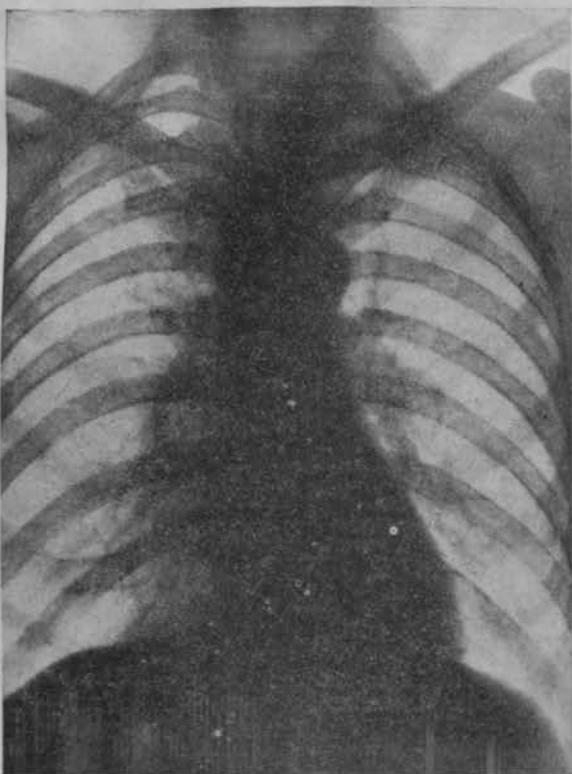


Fig. 1

dolorimiento de la zona supra-clavicular izquierda, sobre todo a la presión, y fué nuevamente a consulta, en la cual en examen radioscópico se le dijo que había mejorado su afección y se le prescribió Dolantina y dia-termia.

Como el proceso le continuaba y se iba haciendo rebeldía a los analgésicos, en marzo de 1945 fué a consulta, en donde le exploramos, encontrando lo siguiente:

Exploración.—Tipo asténico; se le aprecia un ligero síndrome de Horner izquierdo, con sostenimiento del brazo izquierdo por el derecho, pues según el enfermo, si lo cuelga al estar de pie le duele; reacción de defensa al intentar explorarle, atrofia ligera de masas musculares de hombro izquierdo y brazo, ligero abulta-

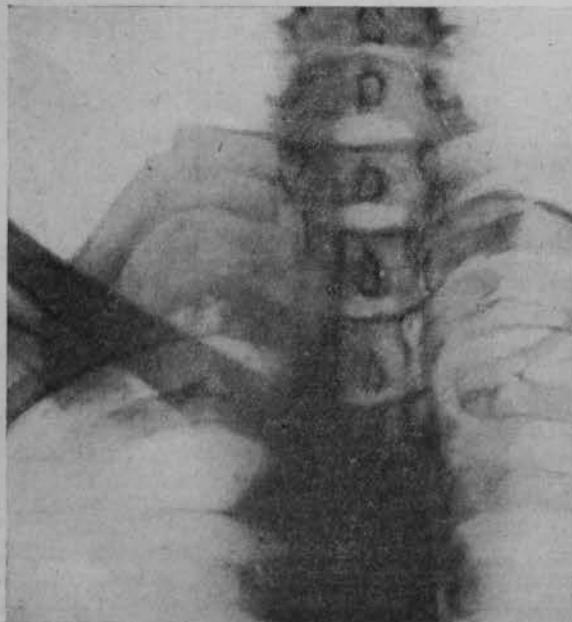


Fig. 2

miento en fosa supra-clavicular, que hay que explorar cuidadosamente, pues es doloroso. Resto de exploración en tórax y abdomen normal. Percusión: matidez en vértice izquierdo a la percusión superficial (ya que no se podía golpear intensamente por ser dolorosa). Auscultación: disminución de movimientos respiratorios en vértice izquierdo; restos pulmonares normales.

Sistema nervioso.—Síndrome de Horner manifiesta en lado izquierdo; excitabilidad general, reflejos normales, pruebas de sensibilidad normales.

Radioscopia.—Se aprecia la misma imagen de la radiografía núm. 1, constatando como en ésta una ausencia de segunda costilla izquierda y un ligero velo en el borde superior de la tercera por una masa tumoral que asienta en vértice izquierdo de localización al hacer las radioscopias en movimiento, posterior, restos pulmonares, así como movilidad prácticamente normales.

Claro está que, ante todos estos datos, pensamos in-

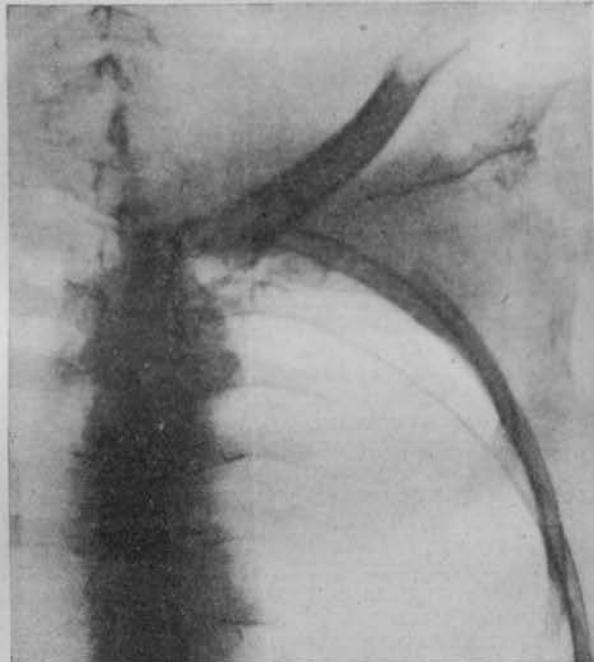


Fig. 3

mediatamente en un tumor de Pancoast, de vértice pulmonar, o más exactamente dicho, de *sulcus pulmonar superior*, ya que esta localización radiológica, así como el cortejo sintomatológico que la acompaña, hace pensar en eso. A pesar de la verosimilitud del diagnóstico, volvimos a verlo a los pocos días para comprobarlo, y en el intermedio pensar en qué otras cosas pudieran ser, como diagnóstico diferencial (tbc. apical, endotelioma o sarcoma pleural, osteosarcoma de costillas, etc.), y para hacerle algunos análisis complementarios, y en vista de que éstos nos dieron: espuma, b. Koch negativo; sangre, V. S. de 16 mm. Wassermann (—); leucocitos, 12.000; hemograma, 0.3, 0.05, 61, 24.3; hematies, 4.000.000; Hb., 75 por 100. Y todo el cuadro clínico nos confirmaba nuestro diagnóstico, en vista de lo cual aconsejamos al enfermo que, dentro de la gravedad del caso, había una técnica a seguir, que era el hacer una radioterapia profunda, la cual, al principio, rechazó, en vista de lo cual, y como nos pedía un tratamiento además del antineurálgico y tónico que llevaba, le hicimos una *anestesia de ganglio estrellado*, por si podíamos reducir el componente doloroso de dicho sistema, el cual en verdad sea dicho le produjo un ligérissimo alivio, que nosotros pensamos que más que nada era sugestivo, y en vista de lo cual a las pocas sesiones decidimos interrumpir. El enfermo quiso que se le diera onda corta, y así se lo hicieron, siendo también de pequeñísima influencia sobre el proceso, y,

sobre todo, sobre el síndrome doloroso, que era el que más preocupaba al enfermo.

Ante nuestra insistencia de que debiera ir a hacerse una radioterapia, se trasladó a Valencia, pero, desgraciadamente para él, fué a consultar a otro clínico, el cual, no hallándose conforme con nuestro diagnóstico, le propuso una intervención quirúrgica (esto fué en abril de 1945), la cual, según me explicó a "posteriori" el enfermo, era "cortarle unos nervios que van al brazo y que estaban comprimidos por las vértebras" (radiotomía braquial? !!!!!), la cual le fué practicada, y de la cual nosotros únicamente vimos la incisión cutánea paravertebral alta, izquierda, y la cual *no le produjo alivio ninguno*, sino que más bien a las pocas semanas de practicársela le agudizó los dolores de tal forma, que estos últimos meses tenía que usar y abusar de los antídolorosos, cuyo efecto lo duraba diez o quince minutos, y que cuando hace un par de meses que volvimos a verle se le habían agudizado de modo intolerable, tanto en la actitud erecta, que no podía soporlar como en la cama, en donde le *exploramos*, y encontramos una *atrofia* de miembro superior izquierdo en total, con pérdida de masas y relieves musculares e incapacidad de movimientos; en cambio, el dolor irradiado continuaba y la sensibilidad táctil y térmica persistía. Además, su estado general había empeorado considerablemente, pudiendo hablarse de *caquexia*, en parte, y verosímilmente debido a su proceso *tumoral* (el cual ya apuntaba PANCOAST y JIMÉNEZ DÍAZ la produjo), y en parte por la situación de vida intolerable en que dicho enfermo se encontraba.

Lo curioso del caso es que *antes de operarlo* le hicieron la radiografía núm. 2 (cuya copia está invertida y parece que pertenece a un proceso derecho), en la cual a nuestro entender se sigue apreciando el proceso, ya más acentuado, pues además de persistir la pérdida de la segunda costilla se ve la desaparición de apófisis transversa y la invasión de la tercera. Sin embargo, le operaron.

Bueno; en estas circunstancias, nosotros volvimos a insistir en lo de siempre: *radioterapia*, a pesar de advertir a los familiares que había pasado un año y muchas cosas, que, claro está, el resultado era más remoto. La familia decidió llevarlo a Valencia nuevamente, y nosotros estuvimos de acuerdo en llevarle a consulta de nuestro querido amigo el Dr. J. BERENGUER, con el cual estuvimos conformes, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Por indicación de este colega se le hizo la radiografía núm. 3, la cual es muy interesante, ya que marca la marcha invasora del tumor, pues en ella vemos que ya han desaparecido la primera, segunda y tercera costillas izquierdas, con apófisis vertebrales correspondientes.

El enfermo se sometió a la *radioterapia*, y después de unas sesiones ha vuelto a nosotros, en fase de descanso, pudiendo apreciarse que subjetivamente el síndrome doloroso ha disminuido, ya que, según una frase muy gráfica del enfermo, ahora "una pastilla de Cibalgña le dura su efecto cuatro horas" y antes era de diez-quince minutos!

Como dato interesante conviene hacer constar que durante toda la marcha del proceso no ha habido *reacciones ganglionares* intra ni extrapulmonares, y que la adenitis axilar de que hablan otros autores no la hemos podido hallar. Tampoco hemos podido apreciar *ninguna metástasis*, a pesar del tiempo prolongado de afección, y de las maniobras existentes de tipo quirúrgico a que ha sido sometido.

Y nada más sobre este caso, sino presentar modestamente nuestra opinión de conformidad absoluta con lo ya establecido de que lo único eficaz es la *radioterapia*, puesto que las varias cosas que a este hombre se le han hecho no le han producido efecto alguno, y las de tipo quirúrgico creemos que le han perjudicado.

BALANCE SULFAMIDAS-PENICILINA EN LA MENINGOCOCIA INFANTIL

J. RODRÍGUEZ DE ALARCÓN

Puericultor de la "Obra 18 de Julio".

I

Siempre hemos pensado que la penicilina llegó demasiado pronto, y precedida de un exceso de propaganda, que ha desviado por moda y por deseo de experimentarla la ya estable terapéutica quimioterápica de los bacteriostáticos. En este pasarse a otro campo han influido factores que debemos tener en cuenta.

- 1.º La penicilina actúa sobre los mismos grupos nosológicos que las sulfamidas.
- 2.º No tiene toxicidad ni produce fenómenos secundarios.
- 3.º No presenta ante los gérmenes tributarios penicilino-resistencia.
- 4.º Actúa sobre cepas sulfamido-resistentes.

Es decir, no sólo supera en el ataque a la infección, sino que extiende su campo de acción al propio terreno en donde fracasa la sulfamida, y, sobre todo, es inocua en su aplicación. A la vuelta de dos años largos de su manejo profuso ya nos podemos permitir un cierto criterio autónomo y divulgar una serie de lo que para nosotros han sido enseñanzas, esperando corroborar semejantes conclusiones, a lo que igualmente habrán llegado otros compañeros.

Esta primera comunicación se reduce a presentar unos datos terapéuticos de un grupo de meningococias recaídas en lactantes (cinco meses a catorce) y niños hasta catorce años. La recopilación se inicia con historias clínicas del año 1944, y se cierra con un caso de febrero de 1947, totalizando un número de 32, distribuidas de la siguiente forma:

	1944	1945	1946	1947
Enero	1		2	3
Febrero		1		4
Marzo			5	
Abril	2	1	4	
Mayo	1	2		
Junio				
Julio				
Agosto				
Septiembre			1	
Octubre		2		
Noviembre			1	
Diciembre		2		