

ningitis tuberculosa con rápida mejoría y curación hasta este momento, después de haber sido tratado durante tres meses y medio con una dosis total de estreptomycin de 99 gr.

Persiste aún ligera paresia de recto externo derecho.

No habiéndose establecido aún una pauta terapéutica valedera para todos los casos, deben ser publicados éstos, señalando siempre con precisión la técnica seguida y dosis empleadas, así como los efectos inmediatos y tardíos.

BIBLIOGRAFÍA

- ANDREU URRÁ, J.—Hisp. Med., 42, 587, 1947.
BOIX-BARRIOS, J.—Med. Esp., 103, 397, 1947.
BUGGS, C. W., MATHEW, F. y PILLING, A.—J. Clin. Invest., 25, 94, 1946.
COOKE, R. E., DURPHY, D. L. y BLAKE, F. G.—Yale J. Biol. and Med., 18, 221, 1946.
CARBONELL, M.—Med. Clínica, 9, 360, 1947.
CAIBUS, H., DUTHIE, E. S. y SMITH, H. V.—Lancet, 2, 153, 1946.
DE BAKEY, M. E.—Journ. Am. Med. Ass., 132, 205, 1946.
FINLAND, M., MURRAY, R., HARRIS, H. W., KILNAM, L. y MFADS, M.—Journ. Am. Med. Ass., 132, 16, 1946.
GÓMEZ PÉREZ y DOMENECH.—Bol. del Inst. de Pat. Med., 12, 252, 1947.
GONZÁLEZ PINTO, R., GONZÁLEZ LÓPEZ, R. y LÓPEZ ALBERCA, E.—Med. Clínica, 8, 407, 1947.
HINSHAW, H. C.—Journ. Am. Med. Ass., 132, 70, 1946.
KRAFCHIK, L. L.—Journ. Am. Med. Ass., 132, 375, 1946.
MILLER, C. P. y BOHNHOFF, M.—Journ. Am. Med. Ass., 130, 485, 1946.
REIMAN, H. A.—Arch. Int. Med., 76, 269, 1945.
SEGOVIA DE ARANA, J. y PALACIOS MATEOS, J.—Estreptomycin. Ed. P. Montalvo, 1, 108, 1947.
YOUNG, G. P., WILLINSON, E. H., FELDMAN, W. H. y HINSHAW, H. C.—Proc. Staff. Meet. Mayo Clin., 21, 126, 1946.

UN CASO DE SUPURACIÓN PULMONAR Y DIABETES MELLITUS

J. BARRÓN

Relatamos a continuación un caso de supuración pulmonar (S. P.) en un diabético descompensado que consideramos puede tener algún interés, más que por su rápida y total curación, por su posible etiología y curiosa imagen radiográfica.

Enfermo E. M., de cuarenta y cinco años, labrador y residente en Alvero Bajo (Huesca).

Fue visto por primera vez el 9-VI-945, no refiriendo más antecedentes patológicos que haber padecido paludismo a los veintidós años. Hace quince años que se dieron cuenta tenía glucosuria, siendo sometido a un tratamiento dietético-insulinico deficientemente controlado y ejecutado por el enfermo, que lo interrumpía temporalmente. Desde hace tiempo viene padeciendo astenia, estreñimiento y vómitos biliosos y casi constantemente la clásica triada sintomática diabética.

Desde hace quince días nota pérdida de visión, astenia intensa y pertinaz somnolencia. En la consulta se lamenta de dolores torácicos sin localización precisa y apenas tos y expectoración, que en los días siguientes se manifiesta con carácter purulento y fétido.

Exploración.—Sujeto pálido, de poca talla, regularmente nutrido y de piel intensamente pigmentada. En su

boca, abandonada, faltan piezas y la mucosa se presenta marcadamente seca. Temperatura axilar, 37,7°, 84 pulsaciones rítmicas y presión arterial 9—5,5 cm., por auscultatorio. En este primer reconocimiento no se aprecia nada anormal en la exploración clínica de tórax; palpación abdominal, normal, y por parte de sistema nervioso existe una atenuación de reflejos tendinosos, pupilas perezosas en ligera miosis y ligera obnubilación, manifiesta por la lenta ideación del enfermo.

Tanto en radioscopia como en la radiografía (véase número 1) se aprecia una sombra marcada y recorta-

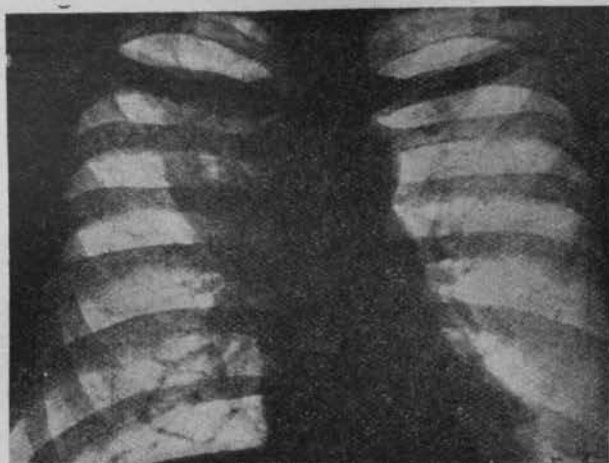


Fig. 1.

da en región infraclavicular derecha, adosada por dentro a la sombra mediastínica y de configuración algo triangular con el vértice hacia el hilio y la base, ocupando el tercio interno de la clavícula. En su parte central se destaca una claridad muy neta, sin nivel, de forma ovalada y circundada por una gruesa pared, densa, homogénea y de contorno preciso, caracteres que, unidos a la evidente elevación diafragmática y retracción costal, permiten afirmar existe una atelectasia de la "zona" correspondiente.

Datos de laboratorio.—Glucosuria de 20 gr. por litro, con acetona intensamente positiva; W. y de floculación, negativas; sedimentación de 75 mm. primera hora y leucocitosis de 10.800, con M., 6; E., 0,5; L., 13; Stk., 7, y Seg., 73,5. Por razones ajenas a nuestra voluntad no se hizo curva de glucemia. Espusos: células bronquiales, abundantes picocitos, flora copiosa con predominio de estrepto y neumococos y muy abundantes espiroquetas.

La sintomatología respiratoria, mínima el primer día, se acentúa en los siguientes, presentándose una expectoración purulenta y fétida, cuyo mal olor se percibe al entrar en la habitación del enfermo. Por lo expuesto, diagnosticamos una supuración pulmonar primitiva aerógena en un diabético descompensado, e instituímos seguidamente el régimen dietético con insulina a grandes dosis, que en muy pocos días hace desaparecer la acetonuria y reduce a indicios la glucosuria, con la mejoría correspondiente en el estado general y psíquico del enfermo. Valorando la abundancia de espiroquetas en sus espusos, se inicia un tratamiento con Neo en dosis de 0,30 gr. en días alternos, que se prosigue en vista de su buena tolerancia, con dosis progresivamente mayores, hasta alcanzar un total de 6,60 gr. Empezó también a tomar sulfatiazol, que por mala tolerancia gástrica suspendió en seguida el enfermo, por lo que no podemos atribuirle valor curativo alguno.

En radioscopias sucesivas se pudo comprobar la desaparición de la imagen atelectásica, sustituida por una más extensa, pero menos precisa, que ulteriormente fue tomando un aspecto estriado y regresivo. Como el enfermo realiza el tratamiento en su residencia y mejora rápidamente hasta llegar a un completo bienestar, no se presenta nuevamente a nosotros hasta más de un mes después de terminado el tratamiento con Neo, y en-

tonces (10-IX-945), con una ausencia total de sintomatología respiratoria y compensación de su diabetes, comprobamos la entera desaparición de su primitiva imagen pulmonar (radiografía núm. 2), con restitución absoluta a la normalidad del territorio pulmonar que se hallaba afecto.

Es de antiguo sabido que el terreno diabético es campo abonado para la implantación y proliferación bacteriana, que perjudica gravemente el alterado recambio hidrocarbonado del enfermo diabético, y JIMÉNEZ DÍAZ aconseja estar ojo avizor en toda infección respiratoria de un diabético, aun antes de que se manifieste sintoma-

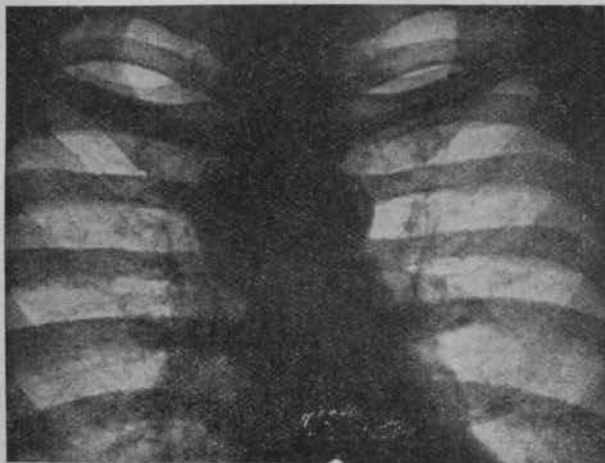


Fig. 2.

tología pulmonar, precisamente por el peligroso carácter necrótico que puede adquirir; sin embargo, aunque SAUERBRUCH cita como más frecuente la incidencia de S. P. en los diabéticos, no es frecuente dicha asociación en la clínica, y BLANCO SOLER manifiesta no haber visto más que un caso de gangrena pulmonar en su estadística de diabéticos. No es nuestro propósito considerar las discusiones habidas sobre la diferenciación clínica y anatomopatológica entre abscesos y gangrena de pulmón, procesos bien estudiados por JIMÉNEZ DÍAZ, y que en el Congreso Internacional de Cirugía celebrado en Madrid en 1932, se convino unificar clínicamente con la denominación de "supuraciones pulmonares". El carácter necrótico de nuestro caso es indudable por la fetidez intensa de la expectoración y aliento del enfermo. A nuestro juicio, su interés reside en la localización precisa y en su posible etiología espirilar.

En los últimos años, y por autores de diferentes países, se han realizado estudios anatomoclínico-radiológicos sobre la división del pulmón en segmentos o "zonas", ventiladas por un bronquio-rama del lobar y dotadas de cierta independencia funcional, e incluso con límites anatómicos más o menos precisos. Los autores franceses LUCIEN y WEBER, de la escuela de NANCY, describen hasta 15 zonas en cada pulmón, sin más diferencia del uno al otro que corresponder las dos zonas del lóbulo medio derecho al superior

izquierdo, ya que los bronquio-ramas que las ventilan proceden en este lado del bronquio lobar superior.

El argentino E. DE PABLO, mediante inyecciones intrabronquiales en cadáveres formolizados de una sustancia de tipo celuloide que denomina "marfilina", hace meticolosos estudios de disección y obtiene bellos moldes bronquiales, describiendo igualmente unos segmentos pulmonares sublobulares de forma aproximadamente piramidal, de caras curvas y vértice hiliar, con su bronquio sublobar y arteria independiente, que encuentra separados de los segmentos contiguos por unos tabiques conjuntivos, que llama "diseables", unas veces poco marcados y otras formando verdaderas cisuras, que constituyen los llamados lóbulos accesorios. Estos segmentos o zonas pulmonares, estudiados por otros muchos autores y por los alemanes desde un punto de vista más bien funcional que anatómico (neumonías segmentarias), es natural que en clínica no se ponen de manifiesto radiológicamente más que cuando existen procesos patológicos localizados en una o varias zonas contiguas y pueden explicar ciertas imágenes, precisamente limitadas, dentro de un territorio lobar, como sucede con ciertos focos neumónicos y fenómenos atelectásicos sublobares, y como observamos en la imagen del caso que nos ocupa. Presenta nuestro enfermo una indudable atelectasia "zonal", que, siguiendo las ideas de CORYLLOS, TAPIA, JIMÉNEZ DÍAZ y otros autores, ha sido probablemente el primer paso para la implantación y proliferación de los gérmenes buco-faríngeos transportados por los conductos normales y actuando en nuestro caso sobre un terreno favorable.

En cuanto a su etiología, recordemos que desde que RONA, en 1905, concedió importancia causal a un espiroqueta hallado en el pus de un absceso pulmonar, han sido numerosos los autores que han hecho semejantes hallazgos y que han demostrado la importancia de la asociación fusoespirilar de VINCENT. Recientemente, TELLO VALDIVIESO, de 8 casos de gangrena pulmonar encuentra espiroquetas en 6, y de los dos negativos, uno es de mecanismo embólico, y examinando frotis de encía en enfermos respiratorios, encuentra en porcentaje muy elevado de casos, espiroquetas; pero de los positivos, sólo en la cuarta parte el hallazgo es también positivo en sus esputos, y, por tanto, no siempre toman parte activa en el proceso respiratorio. En los esputos de nuestros enfermos, siempre se investiga si existen o no espirilos, y aunque no podemos dar cifras precisas, sí podemos afirmar que son muy excepcionales los casos en que se hallan, y casi siempre en enfermos bronco-pulmonares, no tuberculosos.

Por lo resumidamente expuesto creemos que, en este caso, han desempeñado importante papel etiológico los espiroquetas encontrados en los esputos del enfermo, y que a ello se debe, además de a la compensación de la metabolopatía diabética, el feliz resultado de la terapéutica arseni-

cal, recomendada hace ya muchos años por PERRIN y BRAUNER, PARISSET y CAUSADE y otros autores, y que de no habernos llamado la atención la abundancia de espiroquetas en el examen de esputos, hubiésemos utilizado la actual de sulfamidas-penicilina.

RESUMEN.

Se relata un caso de S. P. en un diabético descompensado, cuyo interés reside en la curiosa imagen radiológica, que parece demostrar la existencia de zonas pulmonares sublobares, dotadas de cierta independencia anatomofuncional, y en su posible etiología espirilar.

CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO DE AGRANULOCITOSIS

J. M. PADILLA y J. MATEAS

Médicos de la Armada.

Presentar con esta fecha y sin más comentarios un caso de agranulocitosis grave, tratado con éxito mediante el empleo de la penicilina, nos parece algo tan pueril como si nos ufanásemos por haber administrado quinina a un palúdico.

Es, pues, necesaria una justificación previa. Y para justificarnos en este caso, vamos a invocar nada menos que esas dos magnitudes, cuya relatividad tanto se discute, y que se llaman el espacio y el tiempo.

Nuestro caso se presenta a bordo del buque escuela "Juan Sebastián Elcano" el 25 de febrero del 47, cuando nos encontrábamos en la 20 singladura de Funchal (Islas Madeira) a Ciudad Trujillo (República Dominicana), en plena zona tropical, a unas 600 millas al E. de la isla del Sombrero (Pequeñas Antillas).

Desde el mes de junio del 46 habíamos estado navegando casi sin interrupción, alejados, por tanto, de centros científicos y sus comunicaciones. Por eso si utilizamos la penicilina a las pocas horas de iniciarse la enfermedad fué un poco empíricamente, impresionados por el aspecto "septicémico" de nuestro enfermo.

Tan es así, que cuando el caso se resolvió favorablemente, creímos ser los primeros en España en haber tratado con fortuna una agranulocitosis con penicilina. Error del que nos sacó la lectura—a nuestro regreso a la Península—del artículo que los Dres. GERARDO TORRES y DIEZ MELCHOR (Agranulocitosis y Penicilina) habían publicado en la Revista "Medicamenta", de fecha 16 de septiembre del 46.

Teniendo en cuenta estas "circunstancias", y

creyendo que el caso clínicamente tiene interés, ya que no es frecuente en la literatura la referencia de aquellos en que, como en éste, el número de leucocitos desciende hasta la inquietante cifra de 200, es por lo que no nos parece tiempo perdido dedicarle unas líneas.

HISTORIA CLÍNICA

J. S. S., de treinta años, soltero, oficial de la Armada.

Antecedentes familiares.—Sin interés. Padre, muerto afección cardiorenal. Madre, ídem del corazón. Han sido 19 hermanos; dos murieron primera infancia; el resto, sanos.

Antecedentes personales.—Enfermedades de la infancia, sin precisar bien. Anginas frecuentes. Urticaria alimenticia. Hace cuatro años, reumatismo con fiebre elevada y dolores articulares muy intensos, que le obligan a guardar cama durante cuarenta días. Diagnosticado de reumatismo focal, es tratado con salicilato sódico, y después, amigdalectomía y extracción de varias piezas dentarias. Con posterioridad, y en diferentes ocasiones, dolores reumáticos. Por este motivo se somete periódicamente a un tratamiento salicílico, que tolera bien. Hace un año tiene que suspender un tratamiento de sales de oro, porque la primera dosis le provoca reacción febril, que dura varios días; erupción de piel, quedando pálido y sin fuerzas una temporada.

Enfermedad actual.—El 23 de febrero, a los diez días de iniciar un tratamiento con salicilato sódico (6 gr. diarios por enema rectal) y vacuna antirreumática, y coincidiendo con la cuarta dosis de ésta, tiene una reacción febril de 38°, quedándole una ligera febrícula al día siguiente. El 25 por la mañana encontramos a nuestro enfermo en un estado de gran obnubilación, con fiebre de 40,8°, aspecto pastoso de la cara e intenso tinte icterico de piel y mucosas. En el cuello se observan unas pápulas urticariales.

Creyendo encontrarnos ante un caso de septicemia aguda, se le practica inmediatamente un recuento leucocitario, que arroja la cifra de 400 leucocitos; en la extensión sólo se ven escasos linfocitos. Queda así hecho el diagnóstico de agranulocitosis aguda, y decidimos iniciar un tratamiento con penicilina, inyectando 20.000 unidades cada tres horas, que posteriormente elevamos a 30.000.

Por la tarde aumenta la postración del enfermo, que cae en un estado comatoso, tiene fiebre de 41° y 140 pulsaciones. Las pápulas de urticaria del cuello pierden elevación y adquieren un color rojizo, tomando el aspecto de un exantema. Un nuevo recuento nos da 200 leucocitos. No se efectúa una transfusión que se tenía proyectada, ante este cuadro que hace temer un rápido y fatal desenlace, y se continúa con penicilina.

A la mañana siguiente se acusa una marcada mejoría. La fiebre desciende a 39,5°, ha desaparecido la obnubilación y se queja de intenso dolor en la garganta, en la que se observan unas zonas necróticas recubiertas por un exudado consistente hemorrágico, que desde los pilares anteriores se extiende hacia la mucosa gingival. Fetidez de aliento.

Análisis de sangre. — Hematíes, 2.800.000. Leucocitos, 600. En la extensión se ven sólo linfocitos y algún monocito.

Se continúa el tratamiento con 30.000 unidades de penicilina cada tres horas. Y se complementa, a partir de este día, con extracto hepático y vitaminas A y C en gran cantidad. (No se le administran pentanucleótidos por no haber ningún preparado a bordo.) Transfusión de 500 c. c. de sangre, que se repite a los dos días con 300 centímetros cúbicos. (Para las transfusiones se escoge a un dador universal del grupo de estos que se seleccionan antes de iniciar un viaje. Se utiliza el aparato de Cardis; no tuvo reacción en ninguna de las dos transfusiones.)

A partir de este segundo día, el estado general del enfermo es bueno. La fiebre va descendiendo en lisis rá-