

ción es fácil: hay que limitarse al "momento radiológico" que asegure categóricamente la no unión, o sea, cuando en una placa se vea que la decalcificación fracturaria es reemplazada por la calcificación, cuando la línea de fractura se ensanche, cuando los bordes se condensen o aparezca un opérculo escleroso, o bien aspecto quístico en plena fractura, etc., entonces es el momento, y ésto sólo lo dice una buena radiografía.

En el caso aportado pusimos el injerto por varias razones:

1.^a Si bien es verdad que presenta ligera artitis, es provocada por contacto de la zona avascular con el cartílago sano, y porque en suma es consecuencia—como en otras regiones—de la falta de inmovilización. Por lo tanto, suprimiendo la causa desaparecerá o mejorará el efecto.

2.^a Porque la extirpación del escafoides ocasiona profundas alteraciones arquitecturales en el carpo, que tardía e irrevocablemente determinan osteoartritis, dolores e impotencia.

3.^a Porque la necrosis aseptica nos parece una seria indicación de enclavijado óseo, que seguido de una inmovilización perfecta, produce siempre la rehabilitación por hueso vivo, igual que en otras zonas del organismo (necrosis avasculares del fémur, Perthes, etc.).

4.^a Porque en todos los enfermos, y especialmente en los sujetos dedicados a trabajos pesados, hay que tratar de conseguir la "restitución ad integrum". Para medidas heroicas siempre hay tiempo.

GORDON MURRAY, del Canadá, pone injerto óseo en 100 casos y obtiene 97 curaciones. En ellos había 15 necrosis avasculares, 8 del fragmento proximal, 6 de todo el hueso, uno del semilunar, 2 con cambios quísticos y uno con artritis. Ninguno de estos casos fracasó.

En este caso el injerto fué pequeño, debiera de haber sido mayor y más clavado, pero esto habla de la bondad del método por sí solo, porque a pesar de que la necrosis se acentuó al segundo mes, probablemente fué que al descubrir el hueso en el acto operatorio le privamos más aún de su riego, ya comprometido; pero la previa tunelización, el exiguo injerto y la adecuada inmovilidad fueron suficientes para abrir paso a nuevas vías vasculares.

Al tercer mes del tratamiento aparecen en hueso grande, ganchoso y semilunar, pequeñas zonas quísticas redondeadas, si bien más pequeñas que las vistas en un reciente trabajo de RODHOLM y PHEMISTER, descritas ya por BUNNELL en 1944, que éstos achacan a una degeneración ósea traumática, por trastornos en su riego sanguíneo (AXHAUSEN). Estudiada anatomicopatológicamente encontró áreas de hueso necrótico, que después de absorbido son invadidas por tejido fibroso con zonas de calcificación, que tarde o nunca son reemplazadas por hueso viviente. Análogas imágenes a las de PHEMISTER, BUNNELL y nuestro caso se observan en el Tratado de Böhler, quien las denomina cavida-

des traumáticas. Sin embargo es punto éste sobre el que carece de interés insistir aquí.

Recapitulando, creemos que la exéresis del escafoides sólo en contadísimas ocasiones se hará, mucho menos la artrodesis de la muñeca y nunca la extirpación proximal de los huesos carpianos.

CONCLUSIONES.

De una manera general son las siguientes:

1.^a Se pondrá injerto óseo en toda fractura de escafoides no consolidada, aunque exista necrosis de uno de los fragmentos, zonas quísticas u osteoartritis si no es muy intensa.

2.^a Cuando la pseudoartrosis es de más de dos y medio a tres años, hay marcada artritis degenerativa de todo el carpo y dolores, se encleará el escafoides.

3.^a Rarísima vez se llegará a la artrodesis de muñeca y nunca a la extirpación de la hilera proximal.

BIBLIOGRAFIA

- AXHAUSEN.—Arch. für Klin. Chir., 120, 325, 1922.
BARNARD y STUBBINS.—Jour. Bone. a. Joint. Surg., Am., 30, 98, 1948.
BÖHLER.—Técnica del tratamiento de las fracturas. 3.^a ed. Edit. Labor, 1941.
COBEY y WHITE.—Jour. of Bone and J. Surg., Am., 28, 757, 1946.
DWYER.—Jour. Bone and J. Surg. Brit. 31, 572, 1949.
MURRAY.—Jour. Bone and J. Surg. Am., 28, 749, 1946.
RODHOLOM y PHEMISTER.—Jour. Bone and J. Surg. Am., 30, 151, 1948.
SCHNEK.—Beitrag. z. Klin. Chir., 161, 129, 1935.
SOTO-HALL y HALDEMAN.—Jour. Bone and J. Surg., 16, 822, 1934.
SOTO-HALL y HALDEMAN.—Jour. Bone and J. Surg., 23, 841, 1941.
WATSON-JONES. — Fracturas y traumatismos articulares. Ed. Salvat, 1945.

ESTREPTOMICINA Y TUBERCULOSIS INTESTINAL

M. FUENTES GÓMEZ.

Beneficencia Municipal. Especialista de Aparato Digestivo del Seguro de Enfermedad. Mérida (Badajoz).

A pesar de ser ya abrumadora la literatura sobre estreptomicina, en la a nuestro alcance es muy rara la que se refiere a la aplicación de este antibiótico en la tuberculosis intestinal.

Refiriéndonos exclusivamente a este último aspecto redactamos la presente nota, basada en el estudio de tres casos de tuberculosis intestinal (T. I.) que hemos podido tratar con estreptomicina, sin otra pretensión que dar a conocer los resultados obtenidos sin entrar en detalles de historia, farmacología, aplicaciones, etc., del medicamento, datos que pueden recogerse en estudios de conjunto y, en lengua española, en el libro de SEGOVIA y PALACIOS.

Expondremos primero las historias clínicas y haremos a continuación algunas consideraciones de orden diagnóstico y terapéutico referidas a nuestros casos.

Caso núm. 1.—D. Alvarez, cuarenta y seis años, casado, propietario. Visto en nuestra consulta privada el 17-IX-49.

Tiene una accidentada historia patológica que, resumida, es la siguiente: operado por ulcerus gástrico el año 1939, se le hizo resección. Desde entonces ha ido bien de su estómago, quedando sólo algunas molestias de tipo gastritis post-reseccional, con brotes de vez en cuando, originados por sus abusos dietéticos. Hace cinco años se le descubrió un proceso tuberculoso en pulmón izquierdo con hemoptisis. Le trataron con neumotórax con muy buen resultado. Estuvo bien cuatro años, comiendo con apetito, con estado nutritivo bueno y dedicado sin fatiga a una vida activa de negocios. Pero el año anterior sufrió nuevas hemoptisis y le descubrieron una localización en el otro pulmón, permaneciendo curadas las lesiones del primero. Esta vez ha hecho



Fig. 1

cura sanatorial varios meses, sin neumo, saliendo en perfecto estado y volviendo a su vida de intensa actividad.

Niega antecedentes hereditarios de tipo tuberculoso. Los personales son los reseñados, sin que haya tenido venéreas. Tiene ocho hijos, todos sanos, así como la esposa, que no ha tenido abortos. Es hombre de vida muy activa, bebedor de dos litros diarios de vino; muy fumador.

Consulta con nosotros por las siguientes molestias de vientre: al despertar, siente deseos de ir al retrete de manera imperiosa, con dolor, ruidos e inquietud abdominal muy molestos. Tras reiterados esfuerzos consigue evacuar gases y una deposición suelta, escasa, de la que no queda satisfecho, teniendo que repetir los intentos hasta conseguir quedar el vientre tranquilo. Esta crisis dura media hora o más y durante ella el enfermo nota, además de los ruidos, movimientos intestinales y hasta se palpa unos "bultos blandos que se mueven". El resto del día no vuelve a mover el vientre, pero a las tres o cuatro horas después de las comidas siente siempre un poco de dolor y retortijones en el bajo vientre. Lo mismo en estos momentos que durante la crisis matutina siente gran pesadez de cabeza y se nota muy cansado y deprimido.

Estas molestias datan de dos meses. Durante este tiempo, su apetito, antes muy bueno, ha disminuido moderadamente y desde luego ha perdido peso y se nota más cansado y sin ánimos, hasta el extremo de haber reducido bastante su trabajo ordinario de negocios. No sabe si le da fiebre, no se pone el termómetro, aunque dice que no se la nota.

Hombre en mediano estado nutritivo, color moreno algo pálido. Pulso, a 75 pulsaciones normales; temperatura, 37,2 en el momento de la exploración (mañana); la tarde del mismo día tiene 37,5. No se objetiva nada en tórax. Reflejos normales. Sensibilidades normales. Tensiones arteriales, 155-85. Boca normal, con prótesis dentaria. El vientre es de forma normal, blando, sin hallazgo palpatorio, salvo ligero empastamiento a nivel de fosa ilíaca derecha con dolor ligero a la palpación profunda. No hay chapoteos, ni rigideces, ni asas visibles, etc. El tacto rectal y la rectoscopia son negativos. Hay eczema perianal y por fuera de la comisura posterior se aprecia una úlcera alargada, algo profunda, de aspecto atóxico, ligeramente segregante y no dolorosa al contacto. Dice el enfermo que la tiene hace algún tiempo, que apenas le molesta y que la trata con una pomada anodina.

Exploración radioscópica: En tórax, campos indurados-fibrosos en ambos lóbulos superiores, más acentuado en lado izquierdo, sin verse cavitaciones. Silueta cardiovascular normal. Estómago: Resección tipo Billroth I, que evaca ritmicamente; asas yeyunales algo anchas, de pliegues gruesos bien marcados, móviles, no dolorosas. A las seis y media horas el contraste ocupa ileón pérvico, que ofrece su forma normal de conglomerado; es móvil pasivamente sin dolor; el asa ileal terminal se denuncia por un cordón rígido, apenas visible, muy doloroso en los intentos de movilización pasiva; después hay un "salto" que comprende ciego y parte de ascendente, donde apenas hay restos de papilla, con dolor palpatorio marcado a este nivel. En este momento se hace la radiografía número 1: Stierlin típico.

Laboratorio: Leucocitos, 8.700; neutrófilos, 71; eosinófilos 0; linfocitos 26; monocitos 2. Velocidad de sedimentación, 19-41. En orina hay intensa indicanuria, sin otros elementos anormales.

Diagnóstico: Tuberculosis ileocecal secundaria.

Conociendo la idiosincrasia del enfermo le advertimos la importancia de su lesión y le proponemos tratamiento con reposo, dieta adecuada, calcio por vías parenteral y bucal, vitaminas A, D y C; inyección de extracto hepático enriquecido en complejo B, y como tratamiento fundamental helioterapia y estreptomicina. Desde el principio opone dificultades a realizar el tratamiento. No acepta la helioterapia artificial y promete hacer la natural según normas de dosificación que le damos. Acepta la estreptomicina, de la que le recomendamos lleve hasta los 60 ó 70 gr., a gramo diario en dos inyecciones de medio gramo.

No conseguimos volver a ver al enfermo, el cual se conforma con darnos indirectamente noticias de su estado, que nos comunica es muy bueno y ha cambiado desde los primeros días de tratamiento. De éste sólo realiza las inyecciones de estreptomicina y calcio cada dos días; pero prescinde de todo lo demás, y al verse mejorado ha vuelto a su vida activa: bebe y fuma como de ordinario.

Conseguimos verle en consulta el 1-II-50. Tiene muy buen aspecto; ha engordado 7 kilos; está optimista y contento y asegura que no tiene ninguna molestia. Sus crisis desaparecieron a los diez días de inyectarse la estreptomicina, y como única molestia abdominal sólo tiene pesadez después de las comidas; pero sin retortijones, ni ruidos, etc. Hace solo una deposición diaria, que es normal. No le da fiebre, pero no ha hecho control de la temperatura. Su apetito es excelente. En fin, se mueve y trabaja sin fatigarse, aunque desde luego no tiene que realizar trabajos rudos.

En la exploración no se encuentra nada anormal ni hay empastamiento ni dolor en vientre al palpar. La V. de S. es hoy 2-5. La radioscopía de tórax no difiere sensiblemente de la anterior, aunque es más limpia la imagen en ambos lados; en el derecho, prácticamente normal; en el izquierdo, hay bandas de fibrosis en el espá-

cio intercelidoiliar. Intestino: A las siete horas aparecen ocupados ileon, ciego y ascendente. Son normales de posición y forma, móviles sin dolor y no queda rastro del Stierlin. Radiografía segunda en este momento. Se aprecia en ella los datos indicados, con normalización casi total de la imagen, quedando únicamente cierta rigidez de las paredes del ciego. Radioscópicamente es de notar el retraso aún marcado del tránsito ileal, pues a las siete horas la papilla ocupaba aún buena parte del ileon.

En resumen, enfermo de tuberculosis ileocecal que, dados sus antecedentes, hacia presumir una evolución



Fig. 2

muy incierta. Con tratamiento estreptomicínico casi exclusivamente, sin reposo, sin dieta, sin helioterapia, se ha conseguido el resultado indicado, que no dudamos en considerar magnífico, si bien la imagen radiológica no se haya normalizado totalmente. Debemos indicar igualmente que la úlcera perianal ha curado totalmente, sin otro tratamiento que cuidados de limpieza y una pomada anodina, diciéndonos el enfermo que a los ocho o diez días de usar la estreptomicina había desaparecido. Creemos que esto indica su naturaleza específica. Tres meses después, el enfermo sigue perfectamente.

Caso núm. 2.—J. F. Sánchez, treinta y tres años, casado, negociante. Visto en la consulta privada el 16-II-50.

Dice que hace diez días tuvo un acceso febril alto, con quebrantamiento y dolor en vientre, sin vómitos; ese día tuvo diarrea. La fiebre persistió alta dos días; después bajó, no sabiendo si en los días sucesivos ha estado totalmente apirético; pero desde luego se nota desde entonces con el cuerpo pesado y destemplado, ha perdido el apetito y se siente incapaz de trabajar. La diarrea desapareció y hace diariamente una deposición que dice es normal. Le ha quedado un dolor sordo en lado derecho del vientre, con retortijones, ruidos y falsos deseos. No tiene ninguna molestia gástrica, sentándose bien lo poco que come (está sometido a dieta líquida y pastosa). Consulta por tenerse la sospecha de un ataque apendicular sobrepasado y para decidir o no lo intervención quirúrgica.

Sus antecedentes son: Su madre es asmática, su padre fué catarrroso crónico, sufrió cuatro neumonías y de una de ellas murió. Tiene cuatro hermanos que están sanos. Es bebedor y fumador; no acusa venéreo. Esposa sana, sin abortos. Tres hijos, dos viven sanos; otro mu-

rió a los doce meses de meningitis tuberculosa hace tres años. El padece frecuentes catarros que sobrelleva bien, sin obligarle a hacer cama ni a abandonar sus ocupaciones. Siempre ha tenido excelente apetito y nunca molestias gástricas; pero dice que desde hace meses tiene de vez en cuando unos días de deposiciones blandas y dolorcillos de vientre, sin precisar más detalles.

Picnico, con mediano estado nutritivo, color bueno de piel y mucosas. Boca normal. Pulso normal, a 78; temperatura a 36,5 (mañana) y 37,6 (tarde). Nada en tórax. Tensiones arteriales, 130-75. Reflejos normales. Vientre de forma y sonoridad percutoria normales. En lado derecho hay ligera defensa muscular, pero el hallazgo palpatorio es nulo. Hay en cambio sensibilidad viva en el punto de Mac-Burney y son positivos los signos de Rovsing y de Meltzer. No hay hiperestesia cutánea. El tacto es negativo. Con estos datos se piensa en probable apendicitis, aunque dudamos de la realidad de esta apendicitis por su modo de comienzo, sus síntomas y su evolución.

La exploración radiológica muestra en tórax tránsitos muy marcada en ambos campos, con hilios muy empastados, pero sin signos de lesión "fresca". Estómago en asta, de forma y tamaño normales, ortotónico y con peristalsis rítmica y eficaz. No presenta defectos ni puntos dolorosos de presión. Bulbo duodenal y asas yeyunales normales. A las siete horas y media aparece el contraste en ileon pérvico, que forma su conglomerado normal y no es doloroso en las maniobras de movilidad. No es visible el asa terminal. El ciego es estrecho e incompleto, desplazable, pero muy doloroso. No es visible el apéndice. Hay un gran salto que comprende parte de ciego, y ascendente, del que restan sólo algunos rastros



Fig. 3

lineales; después, desde ángulo hepático, el transverso, parcialmente ocupado, es normal. Radiografía en este momento (figura 3).

Laboratorio: Hematies, 4.900.000; leucocitos, 10.000; juveniles, 2; cayados, 14; segmentados, 54; eosinófilos, 0; linfocitos, 27; monocitos, 2. Velocidad de sedimentación, 7-16.

Diagnosticamos tuberculosis ileocecal y proponemos tratamiento con reposo, dieta de protección intestinal, helioterapia natural (por imposibilidad de hacer la artificial), inyecciones de calcio alternando con extracto hepático vitaminado (complejo B). Además, estreptomicina, un gramo diario si le es posible; en todo caso, por lo menos medio gramo diario.

A los quince días nos escribe el enfermo diciendo que se encuentra cambiado, que no tiene ninguna molestia, su apetito es excelente y que sigue el tratamiento rigurosamente.

Vuelve el 14-IV-50. Su aspecto es magnífico, ha engordado 12 kilogramos, su color es encendido y dice que se encuentra tan bien que no ha tenido paciencia y ha vuelto a la consulta antes del plazo que le señalamos. Ha hecho el tratamiento escrupulosamente, con reposo absoluto el primer mes y relativo el segundo. La helioterapia, rigurosamente dosificada, ha sido perfectamente soportada. Tiene un apetito voraz.

La exploración clínica es negativa. La velocidad de sedimentación, 2-6. La exploración de tórax da la misma imagen que la vez anterior. Intestino: A las seis horas, la papilla ha pasado totalmente a ciego, ascendente y mitad de transverso. La imagen aparece plena, siendo dichos segmentos aparentemente de forma normal, contornos regulares, replección uniforme, móviles pasivamente sin dolor. Pero en la radiografía hecha en este instante (fig. 4) se advierte aún el fondo cecal estrecho,

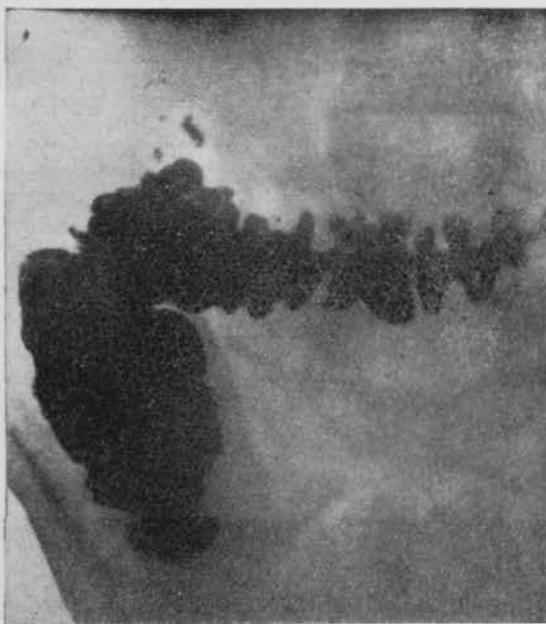


Fig. 4

ligeramente irregular y rígido, siendo normal el resto de la imagen. No ha habido retraso en el tránsito ileal, signo que hemos encontrado en todos los casos de tuberculosis ileocecal que hemos observado.

Podemos considerar como muy buenos los resultados conseguidos en este enfermo dado el escaso tiempo de tratamiento. Clínicamente está curado. Radiológicamente, queda una imagen cecal sospechosa, y por ello, dado que el tratamiento, aunque muy bien llevado, es muy escaso, aconsejamos siga con estreptomicina hasta completar los 60 gr., y con helioterapia en las dosis de dos horas de exposición, para volver a verle transcurridos otros dos meses.

Caso núm. 3.—M. Trenado, veintisiete años, casado. Visto en nuestro Servicio de Aparato Digestivo del Seguro de Enfermedad el 12-XI-49.

Como antecedente de interés refiere haber padecido un quiste hidatídico pulmonar hace varios años, que curó por vómito. Niega otros antecedentes personales y familiares. No es fumador ni bebedor. Esposa sana, sin embarazos.

Actualmente está en tratamiento en el Servicio de Pulmón y Corazón del Seguro por lesión tuberculosa bilateral. El informe del doctor SANABRIA, jefe de dicho Servicio, dice: "... proceso tuberculoso formado por infiltraciones alrededor de focos calcificados y con tractus fibrosos, del que viene siendo tratado desde hace siete meses, con mejoría progresiva. Baciloscopía positiva".

Consulta con nosotros por diarrea, que tiene desde hace cinco o seis meses; diarrea líquida, tenaz, con ruidos y dolorcillos intestinales, en número de tres o cuat-

tro deposiciones diarias; de color pardo y olor agrio, sin moco ni sangre visibles. Tiene también molestias gástricas en forma de dolor precoz, ardor, peso, flatulencia; calman con ingesta, no con alcalinos. Conserva el apetito; pero no se recupera ni en peso ni en estado de fuerzas, a pesar de que su estado lesional pulmonar ha mejorado progresivamente.

Asténico, hábito tísico marcado, palidez blanca, muy enflaquecido; pesa 54 kilos para una talla de 1,67. Taquicardia. Temperatura subfebril vespertina (no lleva control diario). Boca séptica. Vientre plano, blando, con gorgoteo en fossa iliaca derecha, donde se aprecia ligera resistencia y dolor a la palpación profunda. Auscultación pulmonar positiva en ambos lados. Tonos cardíacos blandos. Reflejos normales.

Datos de laboratorio: Jugo gástrico (Boas, a los 45); clorhidrónico libre, 1,26; acidez total, 1,83; moco positivo; no bilis ni sangre.

Velocidad de sedimentación, 60 mm. a la hora; índice, 51.

Exploración radiológica: "Estómago de forma en anzuelo, con pliegues normales, ortotónico, peristaltismo eficaz. Bulbo duodenal normal. A la hora de ingerir el contraste, éste ocupa ya el ileon pélvico y ha pasado en parte a ciego y colon, habiendo rastro de papilla hasta el ángulo esplénico. Conglomerado pélvico indiferenciado. Asa terminal de ileon, normal. Es visible apéndice. El ileon evaca bien a ciego, pero éste no retiene la papilla, sino que la expulsa rápidamente a colon. Este adopta una forma acintada por la que pasa el contraste rápidamente, en un trayecto de 14 ó 15 cm., de forma acodada, que comprende el ascendente y parte del transverso. Dolor intenso a la presión a todo este nivel. El ciego presenta un espolón en su borde interno y dos escotaduras en su mitad superior." (Informe del Servicio radiológico: doctor SOLÍS.)

Se hace la radiografía adjunta (fig. 5). En ella es



Fig. 5

visible un signo del salto grande, que comprende ciego y ascendente. El colon transverso, en su mitad proximal, cae sobre el conglomerado pélvico, no siendo posible diferenciar asas de éste. El resto del colon visible aparece espástico y con relieve mucoso marcado.

Diagnóstico: Tuberculosis intestinal úlcero-hiperplásica, que afecta a ciego y colon y casi seguramente a ileon terminal.

Tratamiento: Ya viene haciendo calcio y vitaminoterapia. Se le ordena régimen alimenticio adecuado a su diarrea, pero ricamente calórico y proteico; helioterapia artificial siguiendo la pauta de dosificación de Brown;

estreptomicina, un gramo diario en dos dosis. Se fuerza la terapéutica vitamínica, sobre todo en complejo B. No puede hacer nada más que reposo relativo y se contempliza con ello.

Resultados: A los ocho días la diarrea ha desaparecido totalmente. El apetito ha aumentado mucho y no hay fenómenos dispépticos. La helioterapia y la estreptomicina son perfectamente soportadas. Se le hacen veinticinco sesiones de helioterapia y se le inyecta diariamente un gramo de estreptomicina, hasta veinte; después, medio gramo diario, hasta completar otros veinte. A los quince días de estreptomicina se ha añadido, por consejo del tisiólogo, el Tb I, a la dosis de tres pastillas diarias. Tenía mala tolerancia para este medicamento, por lo que había que suspenderlo de vez en cuando; pero de todos modos ha llegado a tomar 100 pastillas en total. Las medidas terapéuticas restantes se han hecho rigurosamente.

A los veinte días, la baciloskopía se hizo negativa y así sigue en la actualidad. La velocidad de sedimentación bajó a 7 mm. el día 27-XII-49. El día 4-II-50 se elevó a 16. Actualmente es de 13 mm. Un recuento hecho al principio del tratamiento daba 8.300 leucocitos con 79 neutrófilos; otro hecho al terminar el tratamiento estreptomicínico arroja 5.900 leucocitos con 43 neutrófilos, 49 linfocitos, 5 monocitos y 3 eosinófilos.

El examen radioscópico hecho el 6-II-50 muestra, a las siete horas de tomar la papilla, ocupados el ileon, ciego ascendente y parte del transverso; el Stierlin ha quedado reducido a asa ileal terminal y parte del ciego: ambos se presentan estrechos, con bordes corroidos, pero se desplazan sin dolor; ascendente y transverso normales.

A la vista de estos resultados, aunque el estado general ha cambiado completamente en sentido favorable, se aconseja seguir tratamiento con medio gramo de estreptomicina y nuevas sesiones de helioterapia. De aquella se pone 20 gr. más. Se hacen otras veinte sesiones de lámpara de cuarzo.

Actualmente, el informe del tisiólogo es: "... en pulmón derecho tiene una pequeña cavidad de intervalo a nivel de la cuarta costilla, plano posterior, y por debajo un grueso nódulo calcificado. Por encima de la sexta costilla, plano posterior, otro nódulo análogo, y entre ambos fuertes tractus fibrosos en espacio intercleidilliar". En intestino, a las seis horas ocupa el contraste ciego, ascendente y parte del transverso; el ileon aparece vacío. Aparentemente su forma son normales, no hay salto y son móviles sin dolor; pero aún aparece el ciego estrecho y en hipertono. Dos días después se obtiene la radiografía (fig. 6), en la cual se ve bien que la imagen dista aún bastante de ser normal, pues se observa un asa ileal corroida, rígida, que sin diferenciación se continúa con el ciego, también de bordes corroidos.

Sin embargo, clínicamente el estado del enfermo ha sufrido un cambio sorprendente: pesa 12 kilos más, tiene gran apetito, come de todo y no tiene el menor trastorno intestinal, no ha vuelto a haber fiebre, la baciloskopía ha sido reiteradamente negativa y el enfermo se siente profundamente optimista. Sin dejar de registrar este estado en su estado general, indudablemente debido al tratamiento intenso que se ha hecho, no podemos, a la vista de su estado lesional, sentirnos muy optimistas sobre el futuro de este enfermo. Le aconsejamos que reitere el tratamiento, pero no sabemos si podremos conseguir en él más de lo conseguido. No obstante, antes del tratamiento estreptomicínico hubiera sido ilusorio obtener en cinco meses de tratamiento el resultado que en este enfermo queda reseñado.

El diagnóstico de la T I debe ser hoy una tarea fácilmente asequible al especializado y al internista, dado los recursos con que se cuenta para llegar a él. Desde luego, la clínica de dicha enfermedad no deja de ser insuficiente, dado su polimorfismo, sobre todo en los modos de co-

mienzo. Pero aun clínicamente, hay siempre indicios que nos permiten sospechar el proceso y ponernos en camino de su identificación.

En primer lugar, si tenemos en cuenta que la T I es una enfermedad prácticamente siempre secundaria, pues su forma primitiva sólo es de admitir en la infancia, donde la infección tuberculosa puede realizar un complejo primario de localización intestinal, tenemos el primer elemento de juicio para poder sospechar la enfermedad: en todo enfermo tuberculoso, sobre todo pulmonar, cuyo funcionalismo digestivo se haya modificado, es obligatorio pensar en una localización intestinal, sin acogerse al cómodo recurso de la dispepsia hipoacida con su diarrea consecutiva o a la impregnación tóxica del or-

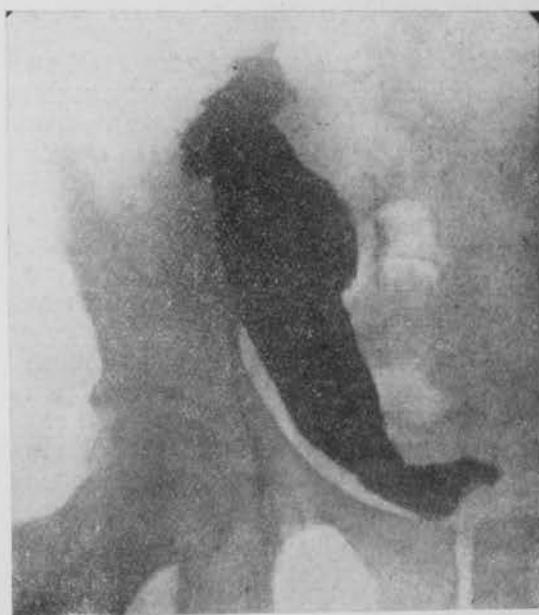


Fig. 6

ganismo con su repercusión sobre el tubo gastrointestinal. En nuestros casos queda confirmada la regla: uno, tuberculoso antiguo; otro, con un proceso pulmonar en actividad; y si el otro negaba todo antecedente en este sentido, la anamnesis machacona y la exploración dieron datos más que suficientes para afirmar su categoría de tuberculoso ignorado. De esto es fácil deducir la regla ineludible de explorar detenidamente a todo individuo tuberculoso o con antecedentes sospechosos de serlo o haberlo sido, cuando nos consulte por trastornos digestivos, sobre todo intestinales, y la necesidad también de una íntima colaboración entre tisiólogos y digestopatólogos para que por el primero se dé el primer paso para poner en marcha aquella exploración.

Es posible, como indica MARINA FIO, que a veces, en tuberculosis en curso de tratamiento, no haya trastornos digestivos, sino otros de orden general, tales como anorexia rebelde, astenia, fiebre, persistencia de eritrosedimentación elevada, etc., todo ello en contraste con la bue-

na marcha que parecen seguir las lesiones pulmonares. Estos fueron, en parte, los motivos que obligaron a consultar a nuestro enfermo tercero. Si estos signos generales antes señalados se acompañan de modificaciones del funcionalismo intestinal, cual ocurría también en el mismo enfermo nuestro, la sospecha se impone de modo imperativo.

Otras veces, la invasión intestinal se acusa por síntomas desusados y nada frecuentes, que desvían la atención en sentido distinto. Así, en nuestro caso primero se realiza un síndrome seudo-occlusivo reiterado, leve, sin afectación del estado general, sin perturbar apenas su género ordinario de vida. Si no hubiera sido por sus recargados antecedentes tuberculosos, no se hubiera pensado al principio en la naturaleza fímita del cuadro intestinal.

Una forma muy interesante de denunciarse la afectación intestinal, en estas formas ileocecales, es la presentación de un cuadro apendicular que, de momento, desorienta completamente al clínico. Si además el sujeto no es tuberculoso, o no sabe que lo es o que lo ha sido, las dificultades suben al máximo. MARINA FIOL ha tenido casos de esta naturaleza y señala sus dificultades diagnósticas. Nosotros, además del caso segundo reseñado, tuvimos otro anterior que realizó un cuadro análogo y que llegó a ser apendicectomizado. Las dificultades aumentan por encontrarse una velocidad de sedimentación casi siempre bastante alta y un hemograma con leucocitosis y neutrofilia. MARINA FIOL dice que le ha sorprendido en estos casos el escaso porcentaje de formas inmaduras, pero en el caso que reseñamos había relativa abundancia de ellas.

Se ha discutido si esta crisis apendicular está originada por una auténtica inflamación específica del apéndice o si traduce sólo la agudización de las tiflitis e ileítis, siempre presentes en estos casos. Desde luego, la existencia de una apendicitis tuberculosa aislada es casi unánimemente negada. Pero el hecho es que estos cuadros plantean un delicado problema terapéutico, pues aunque abandonados a sí mismo se los vea remitir en los días sucesivos, como ocurrió en nuestro enfermo, y esto es lo que los caracteriza, también se corre el temible riesgo de dejar evolucionar espontáneamente una apendicitis que pudiera ser auténtica, y en esta disyuntiva sólo cabe decidirse por la intervención, que aunque deje tranquila nuestra conciencia, puede no beneficiar nada al enfermo y hasta no ser inocua, según indica HERNANDO, por la posibilidad de que la apendicectomía vaya seguida de una fistula estercorácea grave. De todas formas, al juzgar estos casos, siempre aconsejará el buen sentido no olvidar que una crisis apendicular en un tuberculoso puede ser tan auténtica *appendicitis* como en un sano, y que ante la duda no es lícito exponer al enfermo al grave riesgo de la evolución espontánea del ataque para confirmar en la exploración ulterior nuestras sospechas de seudoappendicitis tuber-

culosa. Sólo una vigilante expectación armada en condiciones ambientales idóneas, entendemos que puede en estos casos justificar la abstención.

Otras varias formas de exteriorizarse clínicamente puede adoptar la T I en sus comienzos, pero no las mencionamos por no salir de los límites en que nuestros casos se han manifestado.

La exploración clínica no suele ser pródiga en estas primeras fases. Aparte de los signos de impregnación bacilar o de toxemia, a veces apenas manifiestos, poco se puede objetivar. Es frecuente hallar dolor y empastamiento en la fossa ilíaca derecha correspondiendo con la localización ileocecal del proceso; en nuestro segundo enfermo había también ligera defensa local. Tumoración palpable sólo se halla en los casos bien manifiestos de tuberculoma.

Los datos de laboratorio tampoco aportan grandes elementos al diagnóstico. La velocidad de sedimentación es lo corriente que esté elevada, a veces notablemente. Pero su normalidad no implica la negación de T I y en ello insiste MARINA FIOL. En nuestro caso segundo era también normal, y es la primera vez que encontramos tal hecho en un enfermo de T I, pues siempre la habíamos visto elevada.

La presencia de bacilos en las heces sólo puede tener valor en casos muy limitados, pero no en enfermos tuberculosos que degluten sus estertores. Las hemorragias visibles en heces son muy raras, salvo en casos muy avanzados con grandes ulceraciones; las ocultas tienen muy escaso valor al poder ser producidas por una simple enteritis inespecífica. La reacción de Triboulet, a la que BROGGI da gran valor, sólo señala la presencia de ulceraciones intestinales y sus resultados no son constantes. Los caracteres hematológicos carecen de especificidad también: suele haber leucocitosis discreta con neutrófilia; y en cambio es característica de otras ileítis la linfocitosis, sobre todo de la forma follicular (MARINA FIOL). Finalmente, HERNANDO señala la frecuente presencia de parásitos intestinales en las heces de estos enfermos, sobre todo lamblias y amebas.

Los datos fundamentales para el diagnóstico de T I pertenecen hoy sin discusión a la exploración radiológica. Desde que STIERLIN describió su famoso signo en 1911, los progresos de la técnica radiológica han dado un impulso formidable al diagnóstico de las lesiones tuberculosas intestinales, y el mejor conocimiento de la radiología del intestino delgado ha hecho posible que el diagnóstico se base hoy no ya en alteraciones funcionales, sino que es posible objetivar muy desde el principio las alteraciones anatómicas, sus caracteres y localización exacta. En España, los trabajos de MARINA FIOL sobre radiología del intestino delgado en general, y los múltiples que ha dedicado al diagnóstico precoz de las lesiones tuberculosas intestinales iniciales, constituyen una inestimable fuente de

información para el interesado en estos problemas.

La base del tratamiento de nuestros tres enfermos ha sido la estreptomicina. En uno, exclusivamente; en los otros dos, asociada al proceder clásico: reposo, dieta, calcio, vitaminoterapia, helioterapia. En los tres casos, los resultados conseguidos han sido óptimos, incluso sorprendentes por su rapidez y su firmeza hasta ahora. Como el primer enfermo prescindió de toda otra medida que sus dos inyecciones diarias de estreptomicina, incluso del reposo y normas dietéticas, hay que atribuir al tratamiento estreptomicínico casi totalmente los beneficios conseguidos.

Las dosis empleadas han quedado reseñadas en cada caso. El primero, usó un gramo diario durante sesenta días. En los otros dos, empezamos por un gramo, para quedar en medio al poco tiempo, tanto por razones económicas como por dificultades de adquisición del producto. La dosis diaria se distribuyó siempre en dos dosis parciales iguales, con intervalo exacto de tiempo entre ambas.

La tolerancia ha sido perfecta, sin que se presentaran ninguno de los síntomas de toxicidad que se han descrito en las primeras épocas del uso de la droga, sin duda por la cuantía de la dosis empleada.

El medicamento ha mostrado su acción desde las primeras dosis. En los dos enfermos con diarrea, ésta desapareció en la primera semana, sin tener necesidad en ninguno de ellos de recurrir a opiáceos o astringentes. La fiebre y el dolor no fueron más resistentes: aunque no conseguimos un control riguroso de la temperatura en ninguno, los tres enfermos coinciden en afirmar que a los ocho o diez días dejaron de ponerse el termómetro porque ya no tenían décimas. El dolor fué tan rápido en desaparecer como la diarrea: sólo siguió algún tiempo manifestándose el reflejo cólico en forma de algún retortijón o dolorcillo después de las comidas, pero sin despeño concomitante. El apetito se restableció también muy rápidamente o aumentó si sólo estaba disminuido: a los quince días se había recuperado totalmente y el enfermo segundo nos dice que desde entonces tiene un apetito voraz. De esta forma, fué rápida la recuperación del peso, sobre todo en los casos segundo y tercero, donde la disminución de aquél era muy llamativa; quizá influyera también en ello el tratamiento coadyuvante con vitaminas del complejo B que estos dos enfermos hicieron, así como el reposo bien conducido en ambos. Finalmente, el estado psíquico ha sufrido un cambio radical en relación con la mejoría obtenida. De aquel estado de malhumor, de depresión e irritabilidad en que se encontraban, estado psíquico tan certamente señalado en estos enfermos de T I por STEWART—y que no es otra cosa que la repercusión que sobre el psiquismo ejerce cualquier afección abdominal—, han pasado a una situación de bienestar y contento, quizás

exagerado, al comprobar por sí mismos el renacer de sus energías y la desaparición de sus molestias.

A la vista de estos resultados se puede afirmar que con la estreptomicina se ha abierto un camino lleno de halagadoras posibilidades en el tratamiento de la T I. No puede ocultársenos que tres casos son muy pocos y el tiempo transcurrido aún es escaso para poder dar como definitivamente curados a nuestros enfermos. Pero lo indudable es esa acción brillante y rápida conseguida sobre el cuadro clínico, testificada por las correspondientes modificaciones humorales y radiológicas, si bien con un rígido criterio estas últimas no deban considerarse aún totalmente normalizadas. Unase a ello el efecto moral que sobre los enfermos ejerce esta mejoría tan rápida, este cambio profundo en su estado, tratándose, genéricamente, de enfermedad que tan mal crédito tiene entre el vulgo. Esto hacen que cooperen con entusiasmo en el tratamiento, factor de la mayor importancia en la conducción del mismo.

Si comparamos estos resultados con los conseguidos con el tratamiento clásico, no malos ciertamente, pero sí más lentos, con más irregularidad en su presentación y, a la larga, más costosos para el enfermo, se comprenderá el optimismo con que el mismo enfermo asiste al cambio de su estado. Sin embargo, creemos que no debe el médico, hoy por hoy, entregarse también a un optimismo que pudiera resultar imprudente. Sobre estos enfermos de T I pesa siempre su pasado tuberculoso, y aunque las lesiones primitivas hayan evolucionado también favorablemente con el tratamiento estreptomicínico, mientras el tisiólogo no las dé como totalmente curadas, no sólo latentes, siempre habrá el temor de un nuevo brote intestinal. No se olvide que, según señaló en sus conclusiones el Consejo de Farmacia y Química de los Estados Unidos, la localización intestinal de la tuberculosis es de las más vulnerables por la estreptomicina y por eso en ella los resultados son brillantes y espectaculares; pero, por desgracia, hasta hoy no se puede decir lo mismo de otras varias y muy frecuentes localizaciones de la enfermedad tuberculosa. En tal sentido, son profundamente aleccionadoras las siguientes palabras de CORNUDELLA, que ha estudiado el problema desde el punto de vista de la tuberculosis pulmonar: "Es conveniente que para evitar desviaciones interpretativas, conceptos exagerados, usos sistemáticos y hasta perjudiciales..., digamos que la estreptomicina es un medicamento formidable, pero no representa aún para la tuberculosis lo que el arsénico para la lúes o la quinina para el paludismo." Y aconseja que no se prescinda de los remedios ya consagrados en la lucha contra la enfermedad. Por eso creemos que en la T I, aun contando con la brillante acción de la estreptomicina, no se debe prescindir de los otros recursos ya clásicos: cal-

cio, vitaminas, reposo, dieta, helioterapia, etc., y así procedimos en los casos que hemos estudiado en esta nota.

BIBLIOGRAFIA

- SEGOVIA Y PALACIOS.—Estreptomicina. Edit. Paz Montalvo, 1947.
 MARINA FIOLO.—Rev. Clín. Esp., 11, 81, 1943.
 MARINA FIOLO.—Rev. Clín. Esp., 19, 377, 1945.
 MARINA FIOLO.—Rev. Clín. Esp., 21, 342, 1946.
 HERNANDO.—Rev. Esp. de Enf. del Ap. Dig. y de la Nut., 8, 95, 1949.
 BROGGI.—Med. Clin., 13, 381, 1949.
 STEWART.—Cit. BROGGI, loc. cit.
 CORNUDELLA.—Med. Clin., 12, 206, 1949.
 CORNUDELLA.—Med. Clin., 14, 220, 1950.
 MARINA FIOLO.—Estudio radiológico del intestino delgado. Edit. Paz Montalvo, 1949.

LOBECTOMIA POR QUISTE HIDATIDICO SUPURADO EN UNA EMBARAZADA

C. P. SONZINI ASTUDILLO.

Córdoba (Argentina).

Instituto de Tisiología de la Universidad Nacional de Córdoba (República Argentina).

El tratamiento de los quistes hidatídicos supurados del pulmón configura, al igual que los abscesos de este órgano, un problema que los autores solucionan total o parcialmente con técnicas diversas. En efecto, algunos cirujanos se inclinan por la evacuación y drenaje simple de los restos hidatídicos por toracotomía en uno o dos tiempos. Este método adolece, a nuestro criterio, de los siguientes inconvenientes:

1) Es incompleto por cuanto es frecuente la persistencia de cavidades residuales que posteriormente constituyen punto de partida de nuevas supuraciones pulmonares.

2) Es imperfecto en su técnica y en sus resultados, ya que el tratamiento postoperatorio, especialmente las curaciones, se prolongan a veces por tiempo indeterminado con las consiguientes molestias para el enfermo, sobre todo para aquellos en los cuales existen otros trastornos que significan un "Locus minore resistance" a la infección, como el caso que presentamos, enferma portadora de una gravidez de cuatro meses.

3) En tercer lugar, la técnica del drenaje simple es susceptible de provocar complicaciones a veces graves, tales como hemoptisis más o menos copiosas, en enfermos predisponentes como en nuestro caso, abscesos a distancia, siembra hidatídica de la cavidad pleural, etc.

Creemos que en la actualidad el tratamiento de elección es el de las resecciones pulmonares, ya que el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas y de la anestesia hacen de esta intervención una verdadera panacea para el tratamiento radical de una serie de afecciones pulmonares, en otrora de difícil solución.

Los cirujanos americanos y europeos, entre los cuales citamos a OVERHOLT, KENT y ASHBURN, SHAW y PAULSON, CRAFOORD, TRAVERSAC, etcétera, son energicos defensores de este criterio.

Veremos a continuación algunos detalles de la técnica utilizada por nosotros: En el preoperatorio, es indispensable colocar al paciente en condiciones orgánicas de soportar una intervención de la envergadura de la propuesta, siendo controlados los distintos aaratos por los especialistas, quienes indican las medidas terapéuticas en cada caso.

La anestesia que utilizamos es la general gaseosa e hiperventilación. Hasta el presente no hemos utilizado la intubación unilateral, que según hemos podido comprobar asistiendo a una

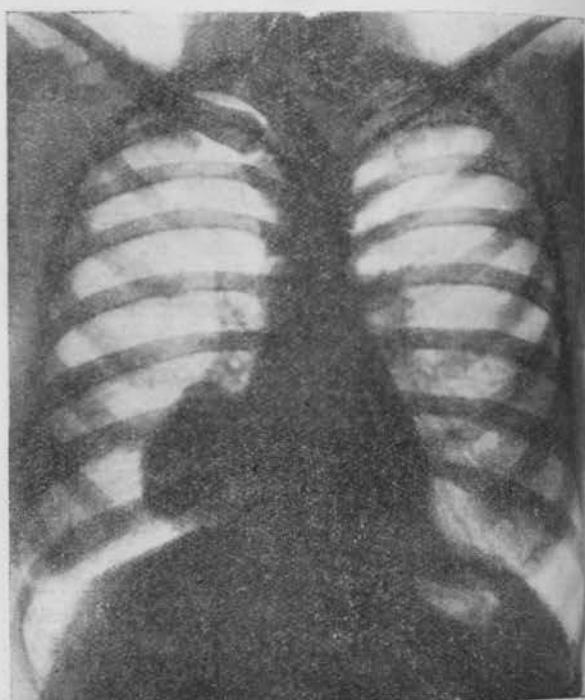


Fig. 1. — Radiografía tomada el 25-VII-47. Obsérvese la imagen del quiste en base pulmonar derecha.

intervención del profesor doctor CRAFOORD, brinda un sinnúmero de ventajas, entre ellas, impide la propagación de secreciones hacia el bronquio sano, a más de la gran ventaja de orden técnico que significa la supresión del bailete del pulmón sobre el cual se opera.

Respecto a la posición operatoria, nos ha permitido abordar cómodamente los distintos pedículos, la posición intermedia entre la ventral o decúbito prono de Overholt y la lateral, esto es, lo que nosotros llamamos decúbito "interlateroventral" o simplemente oblicuo. La posición de Overholt, suponemos, brindará ventajas sólo cuando se dispone de la mesa del autor.

En lo que respecta a la toracotomía, utilizamos el abordaje posterolateral común sobre la séptima costilla cuando el proceso asienta en el lóbulo inferior y sobre la sexta o quinta cuando se desea abordar el lóbulo medio o el superior. Se han descrito un sinnúmero de incisiones. En