

trabajos recientes sobre el tema de MANZANOS y BUSTOS, de Buenos Aires, defendiendo cada una dichas teorías opuestas, demuestran que todavía hoy no está resuelto el problema de la apendicitis crónica.

Escuela de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona

Director: F. Gallart Monés

## Tuberculosis anorrectal

Dr. A. GALLART-ESQUERDO

Sesión clínica del día 27 de febrero de 1947

Puede ser *primitiva* y *secundaria*. La primera es de extrema rareza, y la segunda muy poco frecuente; esta última suele ser consecutiva a la tuberculosis pulmonar y menos veces a la de los otros órganos de la economía.

El diagnóstico de tuberculosis anorrectal no debe establecerse en ningún caso por el aspecto clínico de las lesiones; para sentarlo con seguridad se necesita recurrir al laboratorio, y como mínimo tiene que ser positivo uno de los tres exámenes siguientes: a) hallazgo del bacilo de Koch en las lesiones rectales o en los raspados de la lesión; b) tuberculización del cobaya por la inyección de estos productos; c) existencia de lesiones microscópicas típicas en los tejidos biopsiados. De estos tres análisis, el de más valor para nosotros es el último.

La *tuberculosis del ano* puede adoptar diferentes formas anatomoclínicas: lupoides, verrugosa, vegetante e infiltrante, miliar y ulcerativa.

La *tuberculosis del recto* puede ser: ulcerativa, miliar e hipertrófica. De esta última variedad, el autor ha visto dos casos típicos, de los cuales uno había sido diagnosticado anteriormente de estenosis rectal linfogranulomatosa, y el otro de sarcoma. En ambos casos fueron positivos los tres exámenes de laboratorio anotados más arriba, por cuyo motivo el diagnóstico de tuberculosis hipertrófica del recto no ofrece la menor duda.

Escuela de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona

Director: F. Gallart Monés

## Un caso de xantomatosis visceral

Dres. F. GALLART MONÉS y A. PINÓS MARSALL

Sesión clínica del día 20 de febrero de 1947

Por su extrema rareza creemos de interés presentar el siguiente caso. Su historia clínica, exámenes de laboratorio y biopsia de la piel nos permiten clasificarlo como un caso de xantomatosis primitiva hepatoesplenomegálica.

A. C. E., de 25 años, soltera, de profesión sirvienta. Sin antecedentes familiares y personales dignos de nota.

**Enfermedad actual.** — Hace cuatro meses, ictericia, coluria y acolia ligeramente progresiva; a los pocos días desaparece la acolia y tiene desde entonces 2 a 3 deposiciones diarias pastosas. Astenia y postración muy acentuadas. Estado náuseoso frecuente después de las comidas, sin acompañarse de vómitos. Prurito ligero en el vientre, de preferencia nocturno. Tendencia a gingivorragias. Amenorrea desde hace dos meses.

**Exploración.** — Enferma longilínea con delgadez acentuada, principalmente en extremidades y cara. Ictericia moderada de piel y conjuntivas. Tórax raquítico. Vientre ligeramente abultado de forma irregular, más prominente en región supraumbilical derecha. Por percusión y palpación se aprecia gran hepatoesplenomegalia, de borde y superficie regulares y de consistencia ligeramente aumentada. No tiene ascitis.

**Exploraciones complementarias.** — Sangre: hematies, 3.380.000; valor globu-