

encontrar megacariocitos normales y con tendencia a la formación de plaquetas.

No existe una serie patológica especial de megacariocitos propia de la enfermedad de Wermot. Las células de esta pretendida serie especial, que KLENLE llama histiocitarias, existe realmente, pero se encuentra una transición entre estas células patológicas y las normales de las que evidentemente derivan. Estas células que KLENLE llama histiocitarias, no tienen ningún parecido con los histiocitos.

En la enfermedad de Werlhof, se encuentran numerosos megacariocitos con núcleo de aspecto verdaderamente histiocitario, muy distinto de los que describe KLENLE.

La esplenectomía hace desaparecer las formas patológicas de la médula ósea así como las lesiones capilares.

CONTRIBUCION AL DIAGNOSTICO RADIOLOGICO DEL ABDOMEN AGUDO. — F. MANCHÓN AZCONA. A. MODOLELL MODOLELL.—(21-4-43).—Cada día adquiere mayor importancia la contribución de los datos objetivos que la radiología proporciona al médico y al cirujano en el diagnóstico del abdomen agudo. Al internista por precisar un síndrome confuso y todavía no diagnosticado. Al cirujano, por determinar la topografía y los caracteres del cuadro.

Bajo el nombre de «abdomen agudo» se agrupan un conjunto de entidades patológicas cuyo diagnóstico seguro es difícil y en los cuales la cirugía inmediata se concebía imprescindible. A pesar de las dificultades diagnósticas y de la gravedad de la intervención, estos enfermos se beneficiaban poco de la exploración radiológica, debido a que el médico general desconfía no efectuada en un centro radiológico, y a que el cirujano prefiere los datos inmediatos que le proporciona la laparotomía. La radiología, para muchos, es una pérdida de tiempo que retrasa la operación.

Dos casos pueden presentarse: 1.º El enfermo no diagnosticado, está en manos del internista. La exploración radiológica precisará la necesidad y urgencia de la intervención. 2.º El enfermo, con el cuadro del abdomen agudo reconocido, es enviado por el internista al cirujano. En estas circunstancias, sin retrasar apenas la intervención, proporciona importantísimos datos que dirigen o facilitan el curso de la misma.

El objeto de esta comunicación es presentar la práctica metodizada de estas exploraciones, las precauciones que deben tomarse y por último, su importancia diagnóstica en multitud de enfermedades, entre las cuales citamos la perforación, obstrucción, invaginación, los cólicos biliares y urinarios, procesos inflamatorios, perivisceríticos (vesícula, apéndice), traumatismo, shock, etc.

La exploración radiológica de urgencia requiere en primer lugar rapidez de ejecución para no retrasar la indicación quirúrgica y proporcionar al enfermo las mínimas molestias y fatigas.

Si el estado del enfermo lo permite debe indicarse la exploración por una radioscopia en posición vertical o ligeramente inclinada, para lo cual es suficiente incorporarlo en la misma cama. Si esta posibilidad es muy difícil, se substituye por la radioscopia lateral izquierdo en decúbito, que se practica con muy pocas molestias para el enfermo. La radioscopia se completa después de una radiografía.

Los datos obtenidos por este examen directo son muy importantes: 1.º Movilidad y situación de los diafragmas, que puede orientar hacia procesos sobrevenidos en su vecindad. 2.º Forma de las cúpulas. 3.º Neumonías basales ofreciendo, sobre todo en los niños, cuadros muy parecidos al del abdomen agudo. 4.º La participación pleural, denotando procesos supra o infradiaphragmáticos. Finalmente, dos síntomas esenciales en esta exploración que requieren explicaciones aparte: el neumoperitoneo y los niveles hidroaéreos.

Neumoperitoneo. Se presenta en forma de semiluna en un espacio comprendido entre la cúpula diafragmática derecha y el borde superior del hígado. Se ha calculado por diferentes clínicos la cantidad mínima de aire capaz de visualizar la imagen, y asciende a unos 80 cm. cúbicos. En decúbito lateral izquierdo también se percibe precozmente el neumoperitoneo, por el despegamiento del borde externo del hígado, en forma de claridad situada entre la viscera y la pared. Las personas obesas, con grasa subperitoneal abundante, pueden simular en parte un neumoperitoneo. Conviene recordarlo para evitar confusiones, ya que la imagen en el neumoperitoneo varía con la posición adoptada por el enfermo.

La existencia de aire en el peritoneo puede provenir de una neumo peritoneo terapéutico o diagnóstico.

Es constante en los post-operados de vientre y en las insuflaciones tubáricas con trompas no obstruidas. En tales casos carece de significación patológica. Todavía existen otras causas de error: La interposición de una asa cólica entre hígado y diafragma y la peritonitis neumocística, enfermedad muy rara con for-

mación de quistes gaseosos, más o menos agrupados en racimo y distribuidos irregularmente. El diagnóstico radiológico no es difícil.

Cuando no existe ninguna de las causas anteriores la presencia de un neumoperitoneo significa perforación de algún segmento del tramo digestivo con paso de gases a través de la misma a la cavidad peritoneal libre. Si la perforación se establece en cavidad cerrada por tabicamientos, al no poderse desplazar los gases a las porciones altas del abdomen, no se forma la imagen de neumoperitoneo. Igualmente en el caso de estómagos hipertónicos, con escaso contenido aéreo, el síntoma puede faltar. No obstante, su frecuencia es grande en la perforación y se calcula de un 50 % (Stoker) a un 80 % (Gudine) los casos en que su presencia confirma el diagnóstico.

Niveles hidro-aéreos. Son imágenes hidroaéreas en las cuales la separación de líquido y gas aparece en forma de nivel horizontal. Para obtener este síntoma es preciso que la exploración se practique en condiciones determinadas: El rayo incidente debe recorrer el mismo plano del nivel y, por lo tanto, cualquiera que sea la posición del enfermo, los rayos han de tener una dirección horizontal. Antero-posterior en posición vertical y en los decúbitos laterales; transversal, en el decúbito supino o prono. Su forma y situación son variables y depende de la localización y distensión de los tramos digestivos afectados.

Los niveles hidroaéreos están en relación con la obstrucción y en su patogenia intervienen diferentes factores: Dilatación de los segmentos situados por encima de la estenosis, al interrumpirse la progresión del contenido intersticial. Fluidificación de las heces por hipersecreción irritativa de la mucosa. Procesos fermentativos y de putrefacción con abundante formación de gases. Una vez constituido el síndrome, su situación en el cliché tiene importancia para la localización topográfica de la obstrucción.

La presencia de gases en intestino delgado puede ser normal en los niños pequeños, por insuficiencia de la válvula ileocecal y retroceso de los gases cólicos, el intestino delgado adopta dos imágenes típicas: Las imágenes de «escalera» y los «tubos de órgano». Las primeras se caracterizan por asas muy dilatadas en las cuales se hacen visibles los pliegues de Kerkring. Los tubos de órgano son imágenes hidroaéreas de dirección más o menos vertical y reunidos en grupo de cantidad variable. Esta multiplicidad les distingue de las dilataciones de intestino grueso que se presentan más aisladas.

La localización de la estenosis de intestino delgado no es siempre precisa. No obstante, la aparición de niveles hidroaéreos en el ángulo superior izquierdo declina el diagnóstico hacia la estenosis alta. La distribución por todo el intestino o su predominancia en la región central y derecha indica la estenosis baja.

La obstrucción del intestino grueso se manifiesta por la distensión y localización periférica de las cámaras hidroaéreas, careciendo este síntoma del valor patognómico que tiene en el intestino delgado, por contener normalmente gases. En los ilios paralíticos las asas cólicas pueden estar muy dilatadas. En cuanto a la localización de las estenosis: las rectosis miodeas, acostumbra a producir: primero, una cámara hidroaérea en ciego, por retroceso del contenido ilíaco.

Segunda: Cámara hidroaérea izquierda, en el colon descendente y tercero algunas veces otra cámara de nivel ancho, en el transverso o bien una segunda cámara en arco, en los casos de gran tonicidad.

Si la obstrucción está en la segunda mitad del transverso y ángulo esplénico se forma un nivel en ciego al igual que en el caso anterior y casi siempre, por dificultad de forzar la válvula ileo-cecal, niveles hidroaéreos en intestino delgado.

La obstrucción en el ciego es completamente imposible de distinguirla de las estenosis de intestino delgado.

La práctica del enema opaco es muy importante en tales casos. No sólo porque es inocua, sino porque diagnostica inmediatamente el lugar de la obstrucción y muchas veces su etiología. La única causa de error estriba en las oclusiones valvulares, en las cuales el paso ascendente de la papilla está permitido y en cambio es difícil su retroceso. En este caso debe repetirse la exploración después de la evacuación de la papilla. De existir una estenosis valvular quedará retenida la parte de papilla situada por encima de la obstrucción.

En cuanto a la ingestión de papilla por vía oral no la consideramos indicada en los casos agudos porque el seguir su tránsito requiere un tipo de exploración que retarda la intervención. No obstante, en los casos en que la indicación operatoria no es inmediata, la hemos administrado en solución diluida y a cucharadas con intervalo de un cuarto de hora sin que hayamos observado alguna complicación.

No es siempre posible hacer el diagnóstico de la naturaleza de la obstrucción. Muchas veces lo hemos conseguido, en casos de ileobiliar, obstrucciones por neo, adherencias periapendicéas, etc., que tienen una sintomatología radiológica típica.

HIPERSENSIBILIDAD TUBERCULINICA Y FORMAS CLINICAS DE ASMA TUBERCULOSO.—R. ALEMANY VALL.—(12-5-45).—Empieza por hablar de la hipersensibilidad tuberculínica por sí sola, siempre variable tanto en extensión e intensidad como aun en calidad. Hipersensibilidad que, en ciertas ocasiones, ceden sus efectos a la medicación específica dada por vía parenteral, y en cambio en otros su potencia morbosa inicial es tal que la misma medicación dada por idéntica vía hipersensibiliza aún más el organismo.

Describe esta hipersensibilidad en enfermos tuberculosos simples y en asmáticos tuberculosos. Así Mantoux negativo en período de acné de pleuresias en sujetos pálidos, asténicos, y con apenas febrículas haciéndose luego francamente positivo al mejorar el estado y las lesiones del sujeto. Mantoux hemorrágico en período de declinación pleurítica; en otro positividad congestiva que desaparece bruscamente al iniciarse la menstruación que puede así ser precipitada, etc., etc. En asmáticos puros, esenciales y de evidente sensibilización externa al Mantoux es negativo, en asma propiamente bacterianos puede alguna vez ser positivo franco, trátase de un fenómeno de para alérgica; en asma de etiología tuberculosa el Mantoux es usualmente positivo, a veces se acompaña de flictenas o de reacción febril determinando esa positividad la aparición o desaparición de las crisis disnéicas; desaparecían por espacio de meses y aún años, mejorando el aspecto de los individuos; en ciertos sujetos dolores reumatoides acompañados de infiltración edematosa más o menos persistente, etc.

Como formas clínicas de tuberculoso establece varios tipos, entre los dos extremos; asma por pequeñas fibrosis sin eosinofilia en esputos y en sangre sedimentación baja y negatividad a la prueba en suero y plasma de la formol y lacto gelificación, etc.; y aquellos asma más bien de disneas asmatiforme, con algunos eosinófilos en esputos y con eosinofilia sanguínea inconstante, en que hay pronunciadas lesiones fibrosas e incluso fibro-ulcerosas estacionarias.

1.º Asmas con crisis pequeñas, sedimentación normal, en sujetos que hacen vida ambulatoria y cuya edad no ha llegado a la media de la vida, etc.

2.º Asmas con dolores reumatoides, alguna febrícula, retracciones diversas en pared torácica, catarros nasales descendentes que tienen otro tipo de los regulares o de aquellos originados por sinusitis; asma que se acentúa en los días premenstruales, con reglas irregulares y aún suspendidas y con crisis que se exacerban aún durante la época de esta suspensión, etc., etc. Algunas tiene malformaciones de tabique, de poco valor como causa real o refleja del asma.

3.º Asmas más acentuados, predominante quizás en el sexo femenino individuos delgados, anémicos, asténicos fibróticos; cuentan historia de trastornos intestinales o gástricas; pesadez en el epigastrio, vómitos, ventosidades, constipación, relaciones cólicas de localización cecal, paso rápido por el delgado y retardo en el colon sin que haya albúmina disuelta ni Koch en los excrementos. A veces y a intervalos, pueden encontrarse el Koch en los esputos, que luego desaparecen y las lesiones no siguen la evolución fímica, etc.

Asma de la sensibilización tuberculínica y a hongos, de la sensibilización tuberculínica y poliposis nasales, etc.

4.º De las asma con lesiones tuberculosas (estertores húmedos consonantes, etcétera), con tos quintosa, expectoración abundante, catarros de pecho, disnea de esfuerzo, etc.

5.º De las asma, asociados a veces con lesiones tuberculosas; con tórax rígido, espaldas elevadas irregularmente, tiraje inspiratorio uni o bilateral, el corazón puede conservar su talle, etc.

6.º De aquellas respiraciones asmáticas aparecidas en sujetos de más allá de 50 años, sin presión arterial elevada, con corazón clínicamente normal, en que no hay historia alérgica, etc., etc.

Establece en diagnóstico diferencial, y por fin la evolución hacia la tisis, que puede ser aguda, subaguda o bien crónica, en individuos que habían mejorado con la tuberculina o bien que no habían tomado nunca tuberculina y con anterior campo pulmonar al parecer indemne. De la evolución cardíaca, que puede ser relativamente precoz o bien más tardía como en los pneumoconióticos con venas yugulares bien visibles en las crisis y entre sus intervalos.