

desenvolvimiento y actuación de estos factores. Y así, obsérvase como tras un período de calma y a seguida de un cuadro de hemoptisis repetidas y fenómenos dolorosos provocados con toda seguridad por la acción retráctil del tejido fibroso de las lesiones pleuromediastínicopulmonares, se perfila un cuadro de bronquiectasias infectadas que se agudiza progresivamente.

En un momento dado el proyectil emprende un movimiento de emigración a través de las estructuras pulmonares vecinas y coincidiendo con él se inicia el síndrome temible del absceso.

Tenemos el convencimiento de que el fin fatal de nuestro enfermo no hubiera tenido lugar si hubiese accedido a ser operado de acuerdo con nuestra indicación, y constituye éste un ejemplo afirmativo más, de la absoluta necesidad de ser intervenidos sistemáticamente estos casos en cuanto se inicia la pequeña sintomatología, heraldo de que comienza a abrirse paso el período de intolerancia.

RESUMEN

El enfermo objeto de esta comunicación es un caso de proyectil intrapulmonar absolutamente ignorado y tolerado durante más de tres años, al cabo de los cuales se inicia una sintomatología típica, al principio de tipo exudativo bronquial y hemoptoica que lentamente dibuja un cuadro de bronquiectasias infectadas para abocar finalmente a un absceso pútrido del pulmón de terminación mortal.

Se hace un estudio de los factores que actuando conjuntamente dan como resultado final el despertar del microbismo latente y se insiste en la conveniencia de actuar de un modo decidido en el sentido quirúrgico, tan pronto como se inician las manifestaciones de intolerancia que tarde o temprano suelen surgir y que abocan fatalmente al absceso del pulmón.

BIBLIOGRAFÍA

- ABELLÓ PASQUAL, F. — Rev. Esp. Tub., 199, 1934.
 GÓMEZ DURÁN. — Cirugía de guerra, 1, 177, 1938.
 ORSOS. — Brauers, Btr. Z. Clin. de Tbk., 70, 504, 1928.
 PARTARRROYO y BLANCO, R. — Colapsoterapia de la tuberculosis pulmonar, cap. 1.º.
 PARTARRROYO y BLANCO, R. — Archiv. de Tuberc. de la Enfermería de Chamartín, 2, 47.
 PRUNEDA y SUÁREZ CARREÑO. — Rev. Clín. Esp., 11, 426, 1943.
 TELLO VALDIVIESO. — Rev. Clín. Esp., 2, 67, 1941.

ILEO BILIAR CONSECUTIVO A LA INGESTIÓN DE UNA SOLUCIÓN CONCENTRADA DE SULFATO MAGNÉSICO

V. CANICIO GARCÍA
(Tortosa)

El haber leído en "Notas clínicas" de la *Revista Clínica Española*, un trabajo de E. ENRIQUE SÁNCHEZ, titulado "Rotura afortunada del colecisto con formación de una fístula vésicointestinal, al intentar resolver médicamente una obstrucción calculosa del colédoco", ha sido el motivo que nos ha decidido a publicar el presente caso, que creemos

algo interesante en estos momentos en que se va extendiendo cada vez más el tratamiento de la obstrucción calculosa del colédoco por medio de soluciones salinas hipertónicas introducidas en el duodeno ya directamente por ingesta o por medio de sonda duodenal.

En nuestro caso, se trata de una enferma que vimos en consulta con el compañero J. ALBIOL, cuya historia clínica es la siguiente:

Josefa S. T., de 52 años de edad, casada, natural de Aposta.

Antecedentes familiares. — Ha tenido cinco hijos: uno muerto a las pocas horas del parto; otro, al año, a consecuencia de una bronconeumonía, y tres que viven con buena salud. Ningún aborto.



Figs. 1 y 2

Antecedentes patológicos. — Desde muy joven, jaquecas frecuentes acompañadas casi siempre de estado nauseoso y vómitos biliosos.

Hace unos catorce años que, de tarde en tarde, presenta crisis a veces muy violentas de dolor en epigastrio, que se irradian a hipocondrio derecho, espalda y hombro del mismo lado con vómitos, muchas de ellas nocturnas, que duran horas y obligan a morfina. La orina subida de color después de las crisis. En dos o tres ocasiones fiebre de tipo seudopalúdico que acompañaba al cuadro anteriormente descrito. Nunca ictericia manifiesta.

Enfermedad actual. — Desde hacía un año aproximadamente se encontraba perfectamente bien. El 23-X-1943, habiendo reaparecido nuevamente una crisis de jaqueca acompañada de estado nauseoso, por consejo de un familiar tomó un purgante a base de una solución de 15 gramos de sulfato magnésico e inmediatamente empezó a quejarse de dolores violentos y difusos por toda la parte alta del vientre, con vómitos incoercibles, al principio biliosos y luego de tipo francamente yeyunal y fecaloideo. A los tres días de haber empezado la enfermedad y en vista de que el cuadro clínico no mejoraba, vimos a la enferma por primera vez, la cual a la exploración presentaba el cuadro siguiente:

Enferma obesa, pálida, con estado general bastante decaído, pulso de 110, temperatura 36.6°. Presión máxima, 11; mínima, 7. Abdomen: por inspección, no muy abultado, y a la percusión ligero timpanismo por toda la parte alta. Por palpación, dolor difuso por todo el vientre y algo más acentuado en vacío derecho, sin defensa muscular manifiesta. Persistían los vómitos y los retortijones de vientre, no había expulsado heces ni gases desde días anteriores y últimamente orinaba poco y muy concentrado.

Sentamos en principio el diagnóstico de oclusión intestinal alta, pero sin poder precisar la causa, pues si bien pensáramos en un posible íleo biliar, la poca frecuencia de estos casos y el no haber vivido personalmente ninguno hizo que no nos atreviéramos a sentar dicho diagnóstico en firme.

Trasladada la enferma a la clínica quirúrgica del compañero L. LLUCH, y sometida a lavados gástricos, suero salino hipertónico, etc., y habiendo ido mejorando el cuadro clínico, se fué demorando la intervención hasta que, a los siete días de haber empezado la enfermedad, expulsó por el ano dos cálculos biliares afacetados de tipo mixto, el mayor de los

cuales tenía el tamaño de un huevo de paloma y el otro un poco más pequeño (figs. 1 y 2), que pusieron término al proceso oclusivo.

La obstrucción intestinal por cálculos biliares es una complicación poco frecuente. En la literatura extranjera se habían descrito, según H. DUBOUDOR, unos quinientos casos hasta el año 1931. KEHER, solamente operó cuatro casos en veinte años de práctica quirúrgica. FANTINA, en cuatrocientas oclusiones intestinales solamente halló tres que fueran causadas por cálculos. En España, según J. BADOSA, se han publicado veintiséis casos en los últimos veinte años, descritos por mi maestro GALLART MONÉS, URRUTIA, GONZÁLEZ CAMPOS, RIBAS RIBAS, PRIM ROSELL y otros.

Precisamente la rareza de esta complicación hace que muchas veces no se piense en el cálculo biliar como causa posible del síndrome oclusivo y que muy frecuentemente sea el acto quirúrgico o la expulsión del cálculo por el ano, lo que aclara el diagnóstico.

El paso de cálculos biliares desde la vesícula al duodeno a través de las vías naturales capaces de producir un cuadro oclusivo intestinal, si bien es extremadamente raro, no deja de ser posible ya que debemos tener en cuenta que en el proceso obstructivo no todo es el cuerpo extraño sino que también influye en mucho el espasmo irritativo que se sobreañade.

En nuestro caso, por el tamaño de los cálculos, difícilmente se puede concebir que puedan pasar a través de un cístico y colédoco, por más que éstos se dilaten. Creemos más lógico suponer que en los años de evolución de la enfermedad litiásica, se fué fraguando un proceso de pericolecistitis con adherencia de la vesícula biliar al duodeno y luego por irritación, los mismos cálculos actuando de cuerpo extraño, produjeron, según la expresión de EPPINGER, una úlcera de decúbito en la mucosa vesicular que fué ganando lentamente en extensión y pro-

fundidad y en un momento dado, debido al hiperperistaltismo desencadenado por la ingestión de la solución de sulfato de magnesia se produjo una fístula vésicoduodenal y el paso de los cálculos a intestino con la aparición del cuadro oclusivo subsiguiente.

Nuestra intención al publicar el presente caso no ha sido otra que señalar que si bien la cura expulsiva de cálculos enclavados nos da a veces resultados brillantes, evitando la intervención quirúrgica que parecía obligada, no puede considerarse en manera alguna exenta de peligros, tal como se viene pregonando, pues la ingestión de soluciones concentradas de sales sódicas o magnésicas en enfermos litiásicos pueden producir cuadros como el publicado últimamente por E. ENRIQUE y el nuestro, en los cuales la consecuencia fué la rotura de la vesícula biliar y menos mal que, gracias en parte al factor suerte, ambos se resolvieron favorablemente.

RESUMEN

Se describe un caso de íleo biliar consecutivo a la ingestión de una solución concentrada de sulfato magnésico, que se resolvió espontáneamente con la expulsión de dos cálculos, uno de ellos de gran tamaño, y se hace notar que no siempre debe considerarse exenta de peligros la cura expulsiva de cálculos biliares con la ingestión de soluciones concentradas de sales sódicas o magnésicas.

BIBLIOGRAFÍA

- ENRIQUE, E. — Rev. Clín. Esp., 11, 123, 1943.
 BADOSA, J. — Medicina Esp., 10, 516, 1943.
 EPPINGER, H. — Enfermedades del hígado, 764, 1941.
 PRIM, J. — Pat. abdominal clínica, pág. 437, Salvat Ed., S. A., Barcelona, 1943.
 BRIGMANN. — Trat. de medicina interna, 3, 1.469, 1943.
 RIBAS, E. — Lib. de actas, II Congr. Nac. de Pat. Dig., 284, 1934.
 RUIZ, A., y PADRÓN, R. — Lib. de actas, III Congr. Nac. de Pat. Dig., 649, 1942.
 GONZÁLEZ CAMPO, J. — Accid. graves en pat. dig., 102, 1943.
 GIMENO MÁRQUEZ. — Lib. de actas, III Congr. Nac. de Pat. Dig., 525, 1942.

RESUMEN TERAPÉUTICO DE ACTUALIDAD

EL TRATAMIENTO DEL PALUDISMO

T. MARTÍNEZ SÁNCHEZ

SUMARIO: 1. Estudio de los antipalúdicos: A) Quinina, B) Plasmoquina, C) Atebrina, D) Azul de metileno, E) Arsénico, F) Adrenalina, G) Efedrina, H) Sulfamidas, I) Otros productos. — 2. Antipalúdicos y malaria: A) Breve historia hasta la quinina y Laverán, B) Diferenciación de las distintas clases de paludismo, C) Acción de los antipalúdicos en las distintas formas del paludismo, D) Asociaciones y métodos terapéuticos, E) Medicaciones coadyuvantes. — 3. Tratamiento del paludismo: A) Profilaxis, B) Ataque agudo primario, C) Reinfeciones, recaídas y recidivas, D) Malaria crónica, E) Casos especiales.

El estudio, en general, del tratamiento del paludismo: de las distintas modificaciones que hay que

introducir en el mismo, según los casos especiales, ante los que nos encontremos, bien por las distintas formas de paludismo, los diferentes estadios de una misma forma, o bien por los distintos sujetos afectados de paludismo a tratar, debe ir precedido de un estudio, siquiera sea somero de los medicamentos conocidos de acción antipalúdica, estudio, que aunque poco extenso, no excluya las acciones secundarias de los mismos con respecto a la Malaria, en algunos casos, muy importantes, por los casos especiales ante los que hemos de actuar. Así, pues, seguiremos el orden indicado en el sumario y comenzaremos por el antipalúdico más antiguo, que ni los modernos han logrado desterrar, ya que tiene sus indicaciones precisas, es decir, comenzaremos por la quinina.