primero se trataba de un defecto de replesión antral y en la intervención se encontró estómago normal. En el segundo el examen histológico demostró que se trata de una úlcera benigna. En el tercero se puso de manifiesto un pequeño carcinoma proliferante del tamaño de un garbanzo, yuxtapilórico. La enferma sigue en perfectas condiciones dos años después de intervenida.

Estos resultados no modifican en absoluto nuestro criterio intervencionista ante lesiones sospechosas.

Urticaria y manifestaciones digestivas

Dres. FROUCHTMAN, BADOSA GASPAR y VALLS COLOMER

COMENTAN la historia clínica de un enfermo con antecedentes tuberculosos (neumotórax terapéutico), que desde hace cuatro meses presenta como síntomas fundamentales: urticarias, crisis aguda de dolor abdominal y diarrea. La diarrea es fétida y en número de dos a tres deposiciones líquidas o pastosas; el dolor es paroxístico y coincide con la aparición de la urticaria. Las crisis agudas dolorosas y la urticaria ceden conjuntamente, obedeciendo a la terapéutica adrenalítica, mientras que la diarrea persiste con este fármaco. Este síntoma mejora sin embargo con el empleo de una dieta a base de carne de pollo, verduras, frutas y pan blanco. No han podido utilizarse vacunas en la terapéutica (autovacunas) porque este intento fué seguido de una exagerada reacción general y local, aun empleando diluciones a alto título, por lo cual se han utilizado para el tratamiento vacunas standards.

Se tuvo la ocasión de poder estudiar radiológicamente (doctor Valls Colomer) el intestino delgado de este enfermo, precisamente en el momento en que sufrió una de sus crisis paroxísticas dolorosas. Los síntomas radiológicos obtenidos son explicados detalladamente sobre las radiografías. Llamó la atención un espasmo muy persistente de la parte medio del bulbo duodenal de tipo ulceroso pero sin nicho visible. Retardo en la evacuación gástrica y distonia yeyunoileal con algunas zonas de pliegues edematosos.

En realidad en el intestino se pone en evidencia el mismo trastorno vasomotor con que se desencadena la crisis de urticaria; por este motivo los dolores ceden como aquélla a la administración de adrenalina. En el caso concreto de este enfermo la etiología es dudosa y sólo tenemos como dato para una orientación el hecho de haber resultado positiva la intradermorreacción al colibacilo.

Discusión. — Dr. Barberá Voltá: Cita dos casos de urticaria con trastornos intestinales, producidos uno de ellos por la tenia solium y el otro por ascaris, curando ambos con la terapéutica antihelmíntica.

Dr. Gallart Monés. — Resume los trastornos intestinales que se presentan en los tuberculosos, especialmente los que aparecen en enfermos en los que no existen localizaciones tuberculosas intestinales y que cree pueden catalogarse como enfermos de colon irritable. Recuerda que este enfermo es tuberculoso y que este tipo de enfermos son individuos sumamente lábiles en los cuales es más fácil que en otros sujetos la aparición de manifestaciones consecutivas a la presentación de disrreaciones neurovasculares. Se refiere a unos antiguos trabajos personales sobre eosinofilia enterógena intermitente, y, relacionándola con ellos, comenta una historia recientemente vivida, referente a una enferma con nicho gigante ulceroso en cara gástrica posterior, con desaparición y reaparición de la imagen ulcerosa a Rayos X, coincidiendo con la presencia o ausencia respectivamente de manifestaciones edematosas labiales e hidrartrosis de evidente etiopatogenia alérgica.

Tratamiento de las estenosis múltiples tuberculosas del intestino delgado

Dres. J. PI-FIGUERAS y P. GARRIGA-BARBARA

PRESENTAN tres casos de estenosis múltiples tuberculosas del intestino delgado, que motivaron la intervención quirúrgica por provocar cuadros de oclusión.

Primer caso: enferma de 16 años sin antecedentes familiares ni personales, de tipo específico. Comienza con diarreas intensas y rebeldes al tratamiento; después presenta un cuadro de suboclusión que se va acentuando hasta llegar a constituir una oclusión completa. Después de intubada con sonda intestinal de perdigones y practicada aspiración continua se interviene, encontrándose con cuatro formaciones anulares en íleon, que estenosan la luz intestinal, sin que se observen lesiones específicas en mesenterio ni en el resto de la cavidad abdominal. Resección amplia de la zona lesionada (90 centímetros); anastomosis términoterminal. El examen histopatológico confirmó la etiología fímica de las lesiones. Curso postoperatorio normal. Alta a los quince días.

Segundo caso: enferma de 22 años, que comenzó con un infiltrado pulmonar específico seguido de un cuadro abdominal suboclusivo. Fué tratada con 50 gr. de estreptomicina mejorando las lesiones torácicas y el cuadro general, pero continuando el estado suboclusivo cada vez más intenso.

Después del mismo tratamiento que en el caso anterior se laparatomiza, encontrándose catorce zonas de estenosis incompleta a lo largo del íleon, llegando las lesiones hasta la válvula íleocecal y sin que se observen tampoco