

RESUMENES BIBLIOGRAFICOS

EL QUISTE HIDATIDICO DEL HIGADO ABIERTO EN LAS VIAS BILIARES. —
Resumen Tesis Doctorado.

I. — Se expone el concepto de quiste hidático de hígado abierto en vías biliares (Q. A. V. B.). Se entiende por tal, a las condiciones que se crean cuando la vesícula hidática ha horadado la pared de un canal biliar estableciendo una simple comunicación, manifestación mínima; hasta cuando el contenido quístico ha pasado a la vía biliar provocando un síndrome obstructivo, manifestación máxima. En todas las etapas de este proceso patológico evolutivo, se considera que existe un Q. A. V. B. De acuerdo con este criterio, clínicamente hay dos grandes grupos: Q. A. V. B. sin obstrucción coledociana y con obstrucción coledociana.

II. — En el capítulo de Anatomía Patológica se estudia el complejo lesional que constituye el Q. A. V. B. Se dedica particular atención a la adventicia quística y sus modalidades patológicas evolutivas: la exfoliación, la calcificación y la cirrosis perihidática, las que constituyen en conjunto la «enfermedad adventicial». Se describen las lesiones biliares y hepáticas de origen infeccioso y alérgico. Se presenta la frecuencia relativa de esta complicación, en relación a la topografía hepática del quiste.

III. — En el capítulo de Patogenia se analizan los fenómenos dinámicos que determina el crecimiento expansivo del quiste, que llevan a su apertura en la vía biliar. Al síndrome de obstrucción hidática coledociana, que constituye la etapa más llamativa en el Q. A. V. B., se agregan otros dos factores patológicos: la infección y la alergia, esta última adquiriendo cada vez más jerarquía en la entidad nosológica que presentamos.

IV. — Se hace una agrupación sintomatológica en síndromes, basada en la patología de la enfermedad.

Se reconocen los siguientes síndromes: tumoral hepático (clínico-radiológico), de sufrimiento biliar, de migración hidática, de infección biliar, de obstrucción coledociana y biológico.

V. — Se analizan los principios que rigen las conductas quirúrgicas.

Se esquematizan los planes quirúrgicos generales:

Intervenciones bipolares o hepatobiliares que tratan el quiste y las vías biliares.

Intervención unipolar, hepática, trata solamente el quiste.

Intervención unipolar, biliar, trata la obstrucción coledociana.

Se hacen algunas puntualizaciones sobre conductas quirúrgicas particulares referentes al colédoco, a la vesícula y a la comunicación quisto-biliar.

Dr. MUZIO S. MARELLA



ESTADO ACTUAL DE LA TERAPEUTICA MEDICA DE LA POLIARTRITIS CRONICA PROGRESIVA. — L. J. Michotte, Rev. du Rhum. 24, 1, enero 1957, p. 35.

Comienza el autor exponiendo los hallazgos de BAUER y RAGAN de que en el 50,6 % de enfermos de P. C. P. se detiene su evolución sin que conozcamos la causa. Sobre este hecho pretende enjuiciar los modernos tratamientos esteroides, fenilbutazona, oro y derivados salicílicos.

Examina la corticoterapia basándose en un trabajo de la Asociación Americana de Reumatismo que agrupa 546 enfermos y observa que los resultados de esta terapéutica son sensiblemente iguales a los de los 624 de BAUER y RAGAN, que no siguieron tratamiento alguno. Al no influenciar sobre la evolución de la enfermedad la cortisona, por proporcionar articulaciones indolentes, hace que éstas sean sometidas a mayor trabajo, produciéndose destrucciones con mayor facilidad. Se pregunta el autor si viendo que únicamente alcanzamos un alivio del dolor estamos autorizados a utilizar esteroides, mas teniendo en cuenta que aun con la prednisona se han hallado cifras del 44 % de accidentes graves cuando se administra continuamente durante períodos de un año.

Respecto a la fenilbutazona aun cuando por cifras absolutas parece tener una influencia discretamente mejor sobre la evolución de la enfermedad, se demuestra estadísticamente que tampoco es así, por lo que rechaza esta terapéutica a la que imputa casos de grave toxicidad e incluso mortales.

En cuanto a la crisoterapia compara los resultados obtenidos en 571 enfermos a los que se trató durante períodos de uno a cinco años,

con un grupo de 618 testigos sin tratamiento alguno y con las citadas series de Bauer y Ragan, demostrando con ello que el oro es capaz de influir favorablemente sobre la evolución natural de la P. C. P., siendo además mínimos sus efectos tóxicos, razón por la que cree que es éste el medicamento de elección.

Finalmente, examina los salicilados, a los que atribuye un mecanismo periférico desconocido capaz de disminuir la congestión articular y calmar los dolores de la P. C. P. Según un trabajo del Empire Rhumatism Council, su efecto es superponible al de la cortisona y por lo tanto, igual que ella, no influye sobre la evolución de la enfermedad, facilitando asimismo las destrucciones articulares por sobrecarga.

Concluye, pues, el autor que de entre los agentes terapéuticos conocidos sólo el oro es capaz de influenciar beneficiosamente la evolución de la P. C. P., por lo que debe ensayarse en todo enfermo de esta naturaleza, al que aparte de toda otra clase de medidas higiénico-dietéticas y ortopédicas, estará sólo permitido el uso de la asociación de salicílicos y cortisona y aun fenilbutazona cuando fracase la crisoterapia, no pretendiendo jamás alcanzar con esas terapéuticas un resultado espectacular, sino la acción sedativa mínima compatible con una actividad proporcionada a las necesidades sociales del enfermo.

Dr. C. ALEGRE-MARCET

OSTEOPOROSIS Y NEURO-ARTRITIS. — Y. Piette, Jour. Belg. Med. Phys. et de Rhum. 11, 4, julio-agosto 1956, p. 135.

El autor ha clasificado en tres grupos las alteraciones osteoarticulares según el síntoma neurológico predominante, abarcando el primero aquellas complicaciones del aparato locomotor secundarias a afecciones del sistema nervioso sensitivo, incluyendo en el segundo a las que acompañan a enfermedades del sistema nervioso motor, y, finalmente, en el tercero se agrupan las resultantes del sistema nervioso vegetativo aun cuando en la mayoría de ocasiones la sintomatología neurológica es mixta. Los tres grupos de alteraciones osteoarticulares poseen clínica y aspecto radiológico claramente diferenciables entre sí. En el primero se encuentran las artropatías de la tabes y de la sirin-gomielia, en el segundo las alteraciones articulares de la hemiplegia, de la enfermedad de Parkinson, de la poliomiелitis y de las lesiones

nerviosas periféricas. El tercer grupo comprende un conjunto de afecciones de etiología diversa caracterizadas principalmente por la desmineralización ósea, rigidez articular, dolor, edema y alteraciones vasomotoras habiendo recibido los nombres de algo-distrofias simpáticas, reumatismo neutrófico, síndrome fisiopático post-traumático de Babinski y Froment, algias post-traumáticas de Sudeck-Leriche e incluso causalgia de Weir-Mitchell.

Se hace un breve resumen de las artropatías tabética y siringomiélica y de su explicación patogénica, así como de las del segundo grupo en las que es característico hallar un grado mayor o menor de osteoporosis. Respecto a las afecciones encuadradas en el tercer grupo hace notar el autor que son aquéllas en donde más se aprecian los síntomas osteoarticulares que predominan francamente sobre los neurológicos como ocurre en el síndrome hombro-mano y en la osteoporosis post-traumática.

Fisiopatológicamente se ha querido explicar la alteración osteoarticular por lesiones o trastornos del sistema nervioso vegetativo y realmente así parece ser en las afecciones del tercer grupo, pero no en los otros dos donde si así fuera debieran verse las mismas lesiones osteoporóticas, observando por el contrario cómo en el primer grupo hay verdaderas lisis de una cabeza femoral o humeral, pero a su alrededor osteoesclerosis y en el segundo una osteoporosis simple, pero jamás con las vacuolas características del tercero. El criterio del autor es que en la aparición de las imágenes del primer grupo intervienen de forma esencial los traumas y microtraumas con ausencia de reacción defensiva debido a la indolencia articular, mientras que en las del segundo sería la causa la parálisis de la neurona motora al inactivar el tono muscular y por ende disminuir la actividad osteoblástica.

Dr. C. ALEGRE-MARCET



LOS CANCERES SECUNDARIOS DEL PULMON Y DE LA PLEURA (Tratamiento médico). — Ch. Mattei, P. Laval, J. Vigne, P. Balozet. Journal français de Médecine et Chirurgie Thoraciques, 1956, t. X, n.º 6, pág. 638.

Basándose en su experiencia de 67 casos, los autores hacen una revisión de los métodos terapéuticos y de sus indicaciones.

A) *Agentes físicos*. — Pueden ser utilizados con dos intenciones diferentes:

a) Acción local sobre el tumor: ante todo con la radioterapia centrada y la cicloradioterapia o la cobaltoterapia. Este tratamiento se aplica en las metástasis de tumores radio-sensibles: tumores de los órganos linfo-hemopoyéticos, tumores genitales, tumores poco diferenciados y ciertos tumores glandulares. A pesar de que las metástasis de los tumores muy diferenciados son en principio poco radio-sensibles, los A. A. han obtenido algunas mejoras importantes utilizando dosis elevadas.

b) Acción general sobre el organismo: utilizando la teleroentgenoterapia. Los tumores linfo-hemopoyéticos, los tumores ganglionares y sus metástasis pueden ser mejorados con recuperación importante del estado general, cuando la difusión de las localizaciones no permite una acción limitada.

B) *Quimioterapia.* — Hacen una distinción entre quimioterapia pura (mostazas nitrogenadas, H 365) y quimioterapia hormonal (estrógenos, andrógenos y hormonas corticotropas).

a) Mostazas nitrogenadas. La utilizan en perfusiones I. V. asociando al tratamiento hormona corticotropa que mejora la tolerancia al producto. Se prescriben en los tumores linfoides, en las metástasis de los cánceres bronquiales cuando se asocian a metástasis ganglionares mediastínicas, en las metástasis pleurales exudativas. Una excelente indicación es la linfangitis carcinomatosa.

b) H 365 (para-oxi-propiofenona). Señalan los autores un resultado mediocre en un caso de corio-epitelioma metastásico y fracasos en 3 observaciones de cánceres de mama y en 1 de sarcoma conjuntivo.

c) Estrógenos (hexoestrol o dietilestilboestrol). El tratamiento se hará por vía parenteral, a dosis suficientes, fraccionadas y prolongadas. Su acción parece extremadamente favorable, pero de manera inconstante, en las metástasis pulmonares de los cánceres prostáticos, en los tumores seminales y en los cánceres de mama después de los 60 años.

d) Andrógenos, esencialmente el propionato de testosterona. La tendencia actual es de utilizarlos a dosis altas progresivamente decrecientes. Durante el tratamiento se controlará el equilibrio hídrico, el estado del corazón y la tensión arterial. Su acción es nula en las metástasis de las neoplasias de seno.

De una manera general, la acción favorable de la hormonoterapia

no es continua. Este agotamiento terapéutico puede aparecer precozmente o, excepcionalmente, al cabo de algunos años.

e) *Hormonas corticotropas*: se utiliza la cortisona, la hidrocortisona y la Δ I-hidrocortisona. Los A. A. las emplean para facilitar la tolerancia a otros medicamentos y como terapéutica estimulante sobre el estado general.

C) *Isótopos.*

a) *Yodo 131.* La indicación del tratamiento con el I 131 se dirige esencialmente contra las metástasis de los tumores de tiroides, a condición de que estas metástasis fijen el yodo. Si éste es demasiado absorbido por el tumor tiroideo inicial, se impone su exéresis previa.

b) *Oro 198*: ha sido exclusivamente utilizado por vía endopleural. Está indicado en las metástasis pleurales confirmadas o no cuando el derrame tiene tendencia a recidivar después de la punción.

c) *Fósforo 32*: su acción selectiva se sitúa sobre los órganos linfo-hemopoéticos.

d) *Cobalto 60*: los A. A. no tienen ninguna experiencia.

D) *Tratamiento reconstituyente general.* — No debe ser negligido nunca. Los antibióticos son indispensables para luchar contra las asociaciones morbosas; acostumbra tener una acción eutrófica. Para sostener el estado general son muy útiles las transfusiones pequeñas y repetidas, la vitaminoterapia A, B y C y las hormonas corticotropas.

Resultados. — A pesar de las dificultades de apreciación de los resultados obtenidos en lo que se refiere al alargamiento del plazo de supervivencia y a la relatividad de las mejorías terapéuticas en general, las asociaciones terapéuticas permiten en un 60-70 por 100 de casos de ciertas metástasis pulmonares bien definidas (tumores mamarios, prostáticos, glandulares) obtener una mejoría objetiva válida.

DR. R. CORNUDELLA

