

de sangre en el abdomen es mínima, el operador procederá sensatamente si emprende la operación más indicada.

La raquianestesia fué el procedimiento más empleado en las operaciones durante los últimos años; en segundo término figura la anestesia inducida con gas y seguida por el éter.

Mortalidad

WILLIAMS y CORBIT, al analizar 101 casos fatales de embarazo ectópico señalaron el hecho de que la proporción es doble en la raza negra, comparada a la blanca.

De las muertes lamentadas en el New Orleans Charity Hospital, 5 no hubieran podido evitarse por los esfuerzos del personal. Dos de las pacientes murieron a los pocos minutos de su ingreso. La tercera murió en la sala de admisión, en tanto recibía una transfusión de sangre; otra sufría peritonitis generalizada y murió en el acto operatorio; la quinta murió de apoplejía cerebral masiva, con embarazo ectópico descubierto a la autopsia.

Pero se debe admitir que ocurrieron 6 muertes que hubieran podido evitarse. Una paciente permaneció en la sala de admisión durante casi dos horas sin transfusión ni intento operatorio. Otra murió de shock mientras se la conducía al quirófano, cinco horas después de la admisión, aunque el diagnóstico era correcto; en aquel momento no había sangre disponible para ser transfundida. Una tercera murió durante la noche, diez horas después de su admisión, porque su diagnóstico resultó incorrecto. La muerte de la cuarta, también debida a la hemorragia, ocurrió dos días después de la admisión. La quinta paciente fué operada y murió tres días después de neumonía, cuya complicación fué correctamente tratada. La muerte de la última paciente se atribuyó a obstrucción intestinal, ocurrida en el vigésimo día postoperatorio.

Si se toman los datos anteriores en consideración, la mortalidad sería sólo del 1.3 por 100. En las enfermas admitidas de urgencia debe señalarse que muy pocas habían consultado la opinión de un médico. Su lamentable estado en el momento de la admisión debe atribuirse a la demora, como es lo corriente en las pacientes que forman la mayoría de las que acuden a un hospital de caridad.

LABORATORIO

RESUMEN ACTUAL DE LOS MÉTODOS DE LABORATORIO EMPLEADOS EN LA ICTERICIA Y LA HEPATITIS (*)

Dr. S. M. RABSON

De la Sección de Patología. «St. Joseph Hospital», Fort Wayne, Ind.

EN este resumen se intenta apreciar el valor de las pruebas y reacciones de laboratorio ante los casos de ictericia y de hepatitis, especialmente para los hospitales con limitación de medios. En primer lugar, hay que reconocer como conveniente la práctica, cada vez más dilatada, de las biopsias del hígado, las cuales suministran el material para coordinar las investigaciones orgánicas, clínicas y de laboratorio. En segundo término, se debe insistir en que las pruebas, cualesquiera sean las elegidas, deben practicarse con sumo cuidado.

(*) «J. Digestives Diseases» Enero 1948.

La hepatitis comprende varias modificaciones del tejido hepático en diversos grados de intensidad y extensión: como trastorno mínimo, se describe aquél en que las células epiteliales presentan edema, se observa presencia de células anormales, se demuestra la infiltración de células linfocíticas alrededor de los lóbulos y, en algunas ocasiones, se pone en evidencia la franca necrosis de algunas células hepáticas. En los grados más intensos la lesión se señala por la intensificación de los trastornos antedichos, así como por la desintegración y desaparición de las células de los cordones, en contraste con la proliferación del tejido conectivo.

La hepatitis puede dividirse en tres fases: preictérica, intermedia y defervescente (o final, en el caso de que la afección sea fatal). WATSON y HAFBBAUER subdividen el segundo período en dos fases de trastorno funcional: a) hepatocelular, con predominio del trastorno de las células de los cordones, y b) angiocolar. Este último término se refiere a la región periférica del lóbulo hepático en el cual los capilares biliares (dispuestos en cordones) se dilatan en forma de ampolla para desembocar en los conductos biliares perilobulares o terminales. Estos últimos, a la vez, comunican con los conductillos biliares por medio de los espacios portaes o triadas. Esta división en hepatobiliar y angiocolar no es muy precisa, puesto que la primera puede dominar en la fase inicial de la afección y la segunda, mucho más tarde.

En las publicaciones se describen unas veinte pruebas funcionales hepáticas, las cuales se presentan en el Cuadro I con los valores normales apreciados por los autores. Debe recordarse que todavía no hay acuerdo completo respecto a la cifra de estos valores normales.

Hepatitis aguda. — Según la opinión de SHERLOCK, la bilirrubina del suero aumenta durante la fase icterica aguda, pero la elevación de la fosfatasa sérica no es tan pronunciada. El colesterol suele encontrarse normal y nunca aumenta en gran manera. Las proteínas totales del suero suelen presentar cifras normales, aunque los grados intensos de hepatitis provocan su déficit junto a un descenso de la albúmina. El tiempo de la galactosa varía entre la normalidad en los casos más benignos, a un tiempo más prolongado en aquellos casos más afectados histológicamente. La síntesis del ácido hipúrico no puede relacionarse estrechamente con el grado de lesión hepática.

En el período de convalecencia de la hepatitis aguda ocurre un descenso de la bilirrubina sérica, sin que esta caída tenga valores constantes. Los valores de la fosfatasa tardan más en alcanzar los valores normales. Las proteínas totales no se modifican, pero, como consecuencia del aumento de la albúmina y del descenso de la globulina, la relación A:G tiende al ascenso. La tolerancia a la galactosa baja a la normalidad, así como los valores de síntesis del ácido hipúrico.

Sherlock concluye en la utilidad de las reacciones.

SHERLOCK divide la cirrosis hepática en activa e inactiva, desde el punto de vista histológico. En la última, la bilirrubina del suero suele ser inferior a 1; la fosfatasa y el colesterol como en la hepatitis aguda, y las reacciones de la galactosa y del ácido hipúrico, normales. En la cirrosis activa el cuadro es el mismo, excepto en lo que se refiere a la elevación de la bilirrubina, la cual queda por debajo de 12.

Cuadro I

Valores normales de las pruebas funcionales del hígado.

| Prueba | Autor | | |
|---|----------------------|-------------|--------------------|
| | Hanger | Sherlock | Watson & Hoffbaue |
| Bilirrubina (total) | 0.5-1.0 mg. | 1 mg. | |
| Bilirrubina (reacción retardada) | 0.8-1.0 mg. | | |
| Bilirrubina (reacción rápida) | 0-0.19 mg. | | 0.2 mg. |
| Bromsulfaína (retención) | 0-10 % | | 0-5 % |
| Cefalina colesrerina (floculación) | 0 a + | | |
| Colesterol (total) | 160-240 mg. | 120-130 mg. | 200 mg. |
| Colesterol (fracción estérica) | 65-75 % del total | | 125 mg. |
| Coproporfirina | | | 100 gamma |
| Galactosa | 75 min. | 30-90 min. | |
| Acido hipúrico (síntesis) | 0.7 g. | 0.75-1.2 g. | 0.7 g. |
| Proteína (total en la sangre) | | 6-8 g. | |
| Albúmina (sangre) | 1.5-2.6 g. | 3.4-5 g. | 4 g. |
| Globulina (sangre) | 4-5.6 g. | 1.5-3 g. | 2.5 g. |
| Protrombina (tiempo de la) | | 12-18 seg. | 12 seg. |
| Fosfatasa alcalina (en el suero) | 2-4 unidad | 5-10 unid. | 4 unid. |
| Timol (enturbiamiento) | 0-4 unid. | | 4 unid. |
| Urobilinógeno en la orina | 1 unid. | | 1 unid. (3 mg.) |

FRANKLIN y sus colaboradores no encontraron relación cuantitativa entre las lesiones difusas de la célula hepática y las pruebas del colesterol total, las proteínas totales, la fosfatasa alcalina y el urobilinógeno fecal. La relación resulta escasa, según los mismos autores, en el urobilinógeno urinario, el aumento del tiempo de sedimentación, la elevación del nitrógeno no proteínico del suero y la disminución de la proporción del colesterol. Encontraron relación regular en la disminución del tiempo y de la protrombina y la vitamina A del suero. Las relaciones más próximas las hallaron entre la lesión difusa celular y la floculación de la cefalina colesrerina, el enturbiamiento del timol, la retención de la bromsulfaína y la inversión de la proporción albúmina-globulina.

La regeneración de las células hepáticas se relaciona con el enturbiamiento del timo; dicha reacción permanece más tiempo anormal, por lo que tiene todavía carácter positivo en dicho periodo.

En los casos de cirrosis, en los cuales se regeneran las estructuras lobulares, la floculación de la cefalina resultó más veces positiva que las demás pruebas empleadas. El tiempo de sedimentación demostró menor relación con estos casos.

HANGER señala que, en la fase preictérica de la hepatitis las pruebas de laboratorio pueden mantenerse normales. El aumento de la fosfatasa alcalina, la retención de la bromsulfaína, la floculación positiva de la cefalina y el aumento del urobilinógeno urinario pueden significar la enfermedad hepática antes de que aparezca la ictericia. También puede decirse lo mismo de la bilirrubinuria, especialmente en las muestras separadas en la mañana.

Al comenzar la ictericia, la floculación de la cefalina y el enturbiamiento del timo son positivos; desciende el urobilinógeno urinario y la fosfatasa del suero suele aumentar. En la defervescencia, las reacciones del laboratorio son positivas con frecuencia, por el hecho de la permanencia de tejidos patológicos.

A causa de la división de la hepatitis en sus dos categorías hepatocelular y angiocolar, WATSON y HOFFBAUER dan mayor importancia a determinadas reacciones. En los trastornos hepatocelulares se observa el aumento del urobilinógeno urinario. La síntesis del ácido hipúrico, la albúmina del suero y la fracción estérica del colesterol quedan disminuidos; la floculación cefalina coilesterol y el enturbiamiento del timol son positivos. En el tipo angiocolar aumenta la reacción rápida de la bilirrubina (1 minuto), el colesterol total de la sangre y la fosfatasa alcalina del suero. Hay bilirrubinuria y se demuestra la presencia de sales biliares en la sangre y en la orina.

WATSON y HOFFBAUER refieren un procedimiento simple para determinar la urobilina en la orina. Se emplea el cloruro de bario para impregnar tiras de papel de filtro especial, muy retentivo. Se sumerge una de dichas tiras en la orina durante unos momentos, para que el líquido ascienda por capilaridad. Se deja caer entonces en la parte húmeda una gota del reactivo de Fouchet. Así puede llegarse a determinar hasta 0.05 mg. de bilirrubina por 100 c. c. de orina, pero el color verde característico no suele aparecer si el reactivo no está compuesto de 10 partes de una solución acuosa de ácido tricloracético al 25 por 100 y 1 parte de solución de cloruro férrico al 10 por 100.

También dichos autores emplean la reacción de Erlich para el urobilinógeno con la sugerencia de que se emplee en serie durante la enfermedad de una misma persona. El color rosa pálido significa indicios y el rojo azulado el grado máximo indicado por la cifra 4. La solución acuosa saturada de acetato sódico intensifica la reacción, así como disminuye el motivo de coloración debido a la presencia del indol y escatol. Estos autores no permiten la actividad normal del enfermo hasta que su urobilinógeno sea normal durante varios días.

Todos los autores que hemos citado han utilizado la biopsia hepática para llegar a un paralelismo entre las observaciones del laboratorio y las de la clínica. Sin embargo, en muchas ocasiones la muestra biopsica no puede decidir la naturaleza etiológica de la afección. El autor, al examinar el material de la biopsia en un caso reciente de ictericia, decidió que el resultado encuadraba con una hepatitis aguda. A la necropsia, quince días después, se encontraron innumerables abscesos del hígado secundarios a una calculosis vesicular con inflamación consecutiva ascendente. Es posible que los abscesos hubieran seguido un curso de duración inferior a las dos semanas; pero, aun en este caso, la razón de no encontrarlos se comprende por el hecho de que estaban separados y por encima del plano por donde penetró la aguja. Además, incluso en las enfermedades hepáticas difusas, no todas las regiones presentan un grado igual de trastorno.

EL MÉTODO CITOLÓGICO EN EL DIAGNÓSTICO DEL CARCINOMA GÁSTRICO

Dres. RUTH M. GRAHAM, HOWARD DUFELDER y THOMAS H. GREE

Del «Vincent Memorial Hospital Laboratory», del Massachusetts General Hospital, Boston, Mass.

La ablación quirúrgica es el único medio eficaz del tratamiento del cáncer de estómago; pero la enfermedad es tan insidiosa en sus fases iniciales que pocas veces se diagnostica a tiempo para que sea posible la operación. PACK y LIVINGSTON escribían en 1940 que «nunca han llegado al 5 por 100 las curaciones definitivas del cáncer gástrico», afirmación confirmada en otras publicaciones recientes.

El cáncer gástrico es casi siempre una enfermedad moderadamente avanzada cuando determina los primeros síntomas y, como no hay otro camino que el