

Referatas de Revistas

«Diseases of the Chest», Vol. 46, Núm. 3, Septiembre 1964

Dres. CRIMES y FARBER: PEQUEÑA HERNIA DE HIATO.—Pág. 293.

Los autores ponen a discusión algunos problemas no resueltos en la comprensión del desarrollo, la sintomatología, y la fisiología patológica de la hernia de hiato de pequeño tamaño y de gran tamaño.

En la mayoría de los casos de hernia de hiato, la anatomía alterada del hiato esofágico del diafragma, es la causa de los síntomas epigástricos. Si un período de tratamiento conservador no alivia estos síntomas y si otras enfermedades intercurrentes están bien controladas, la reparación quirúrgica de la hernia hiatal debe hacerse, cualquiera que sea su tamaño.

Dres. LANGEVIN y KATZ: NOCARDIOSIS FULMINANTE DE PULMON.—Pág. 310.

Los autores describen un caso de nocardiosis fulminante de pulmón, que se desarrolló mientras se hacía un tratamiento con antibióticos. La nocardiosis es una enfermedad crónica de la piel, pulmón y cerebro, causada en casi todos los casos por la «Nocardia asteroides».

Describen la micología, patología y cuadro clínico, y además dan las pautas de tratamiento con sulfadiacina a la dosis de 4 a 6 gr. por día, combinado con antibióticos de amplio espectro. Se debe recurrir a la cirugía cuando hay absceso y empiema.

Dr. NISSENBAUM: LA BRONCOGRAFIA EN EL CANCER BRONCOGENICO.
Pág. 327.

El autor, habla de la broncografía como un procedimiento subestimado y muy descuidado en el diagnóstico de muchas enfermedades torácicas. Haciendo una revisión de las revistas clínicas y quirúrgicas de los años 1960 y 1961, así como de los libros de Radiología y Cáncer, sólo se encuentran menciones incidentales y nunca como un procedimiento de importancia mayor para establecer el diagnóstico.

En presencia de roentgenogramas sospechosos de carcinoma broncogénico y con evidencia clínica, se confía más a menudo en el Papanicolau de esputos, broncoscopia y biopsia de lesiones periféricas, o sea, en la llamada «triada diagnóstica». Y en cambio la broncografía permanece relativamente inutilizada.

La experiencia del autor con 147 broncogramas en los que la modalidad fue usada con el plan de explicar la patología subyacente del tórax, le induce a decir que:

El broncograma es un valioso procedimiento para el diagnóstico de las enfermedades del tórax, además del carcinoma broncogénico.

Es más valioso como información, que cualquiera otro procedimiento, solo y más fino como medio de diagnóstico, que todos los métodos que forman parte de la «triada diagnóstica», combinados.

Los hallazgos broncográficos en el carcinoma bronquial, consisten en la obstrucción maligna bronquial.

La obstrucción bronquial, tiene características definidas radiográficamente, que hacen que se identifique la malignidad, describiéndolas en su trabajo.

El broncograma es de fiar cuando las radiografías habituales simulen la afección, para excluir el carcinoma broncogénico, y por el contrario, para establecer el diagnóstico del carcinoma cuando éste simula otra enfermedad.

Por último, el broncograma es inocua, y ahorra tiempo para establecer o excluir el diagnóstico.

«Diseases of the Chest», Vol. 46, Núm. 4, Octubre 1964.

K. K. PUMB: MORFOLOGIA DE LAS RAMAS TERMINALES DEL ARBOL BRONQUIAL.

En este trabajo el autor hace un estudio de las ramas bronquiales más finas del pulmón humano. Después de una revisión de los estudios concernientes a este asunto, encontró que la nomenclatura referente a las ramas de la unidad respiratoria, el acino, no es consistente. Hay grandes diferencias de opinión sobre el tipo de división visto en los bronquiolos respiratorios del acino.

Para su estudio emplearon el método de corrosión de los pulmones humanos inyectando previamente con VULTEX para moldearlo, esta substancia es un latex. Se halló constantemente la interdigitación de las ramas periféricas de los acinos proximales. Y en los bronquiolos terminales apreciaron que hay división dicotómica, mientras que en los bronquios respiratorios la división es dico, trico o cuatricotómica.

Hace el autor un estudio de las dimensiones de las diversas ramas del acinus, y propone cambios en la nomenclatura, dada la gran confusión existente en el momento actual. En esta nueva nomenclatura, todas las ramas situadas más allá del bronquiolo terminal, son llamadas: bronquiolo respiratorio, exceptuando el saco ciego terminal, al que llama saco alveolar. En relación con el nombre de la unidad funcional respiratoria, prefiere el autor denominarlo Acinus.

Cada bronquiolo respiratorio tiene asignado un número que indica el número de divisiones que hay entre este bronquiolo particularmente considerado y el bronquiolo terminal.

BERGH, RYDBERG y SCHERSTEN: EXPLORACION DEL MEDIASTINO POR LA TECNICA DE CARLENS.—Pág. 399.

Los autores describen trescientas mediastinoscopias, hechas según el método de CARLENS, y su evolución, en particular con los resultados negativos de la mediastinoscopia.

Dos fallecimientos ocurrieron dentro de las dos semanas siguientes a la exploración. Se presentan estos dos casos, y se deduce que la mediastinoscopia pudo haber influido en el «exitus». En otros nueve casos ocurrieron complicaciones.

Los casos tratados se dividieron en cuatro grupos, según las indicaciones de la mediastinoscopia:

I.—Casos «no quirúrgicos», sin diagnóstico preciso, pero que no se pensaba estar afectados de lesiones quirúrgicamente accesibles.

II.—Tumores malignos ya comprobados.

III.—Tumores pulmonares sospechosos de malignidad.

IV.—Tumores mediastínicos virtualmente operables.

Se hacen comparaciones entre los resultados de la mediastinoscopia y el resultado final obtenido según la intervención operatoria, la autopsia y la evolución clínica. La correlación en cada caso se clasificó como positiva, negativa o dudosa.

Se obtuvo un diagnóstico específico histológico, por medio de la mediastinoscopia en el 37 % de los casos. La correlación con el diagnóstico final fue positiva en el 78 %, negativa en el 9 % y dudosa en el 13 %.

En el 62 % de los casos del grupo I, las biopsias por mediastinoscopia, condujo al diagnóstico histológico. Del diagnóstico clínico de sarcoidosis, el 87 % se confirmaron por mediastinoscopia. La posibilidad de sarcoidosis con biopsia negativa fue escasa.

Se hizo diagnóstico final de carcinoma bronquial en 180 casos. La mediastinoscopia elevó la frecuencia de la verificación histológica en los casos de cáncer del 32 % al 52 %. Se encontraron metastasis en mediastino en el 30 % de los casos de cáncer. En aproximadamente, la mitad de los casos de cáncer se hizo toracotomía y se halló un 87 % de casos que se podían resear. En el 80 % de los enfermos que sufrieron toracotomía, después de la mediastinoscopia negativa, la ausencia de metastasis en mediastino se confirmó en el examen quirúrgico.

La mediastinoscopia, es una valiosa ayuda para el diagnóstico y la valoración de la posibilidad quirúrgica de las afecciones torácicas y según los autores, debe usarse como procedimiento habitual en todas las clínicas torácicas.

G. C. BOWER: QUILOTORAX.—Pág. 464.

El autor hace referencia a 20 casos de quilotorax. Ocho casos se presentaron en personas afectados de tumores malignos, un caso en un tumor probable, siete casos luego de cirugía torácica, principalmente cardiovascular, otro caso después de un trauma no quirúrgico, y tres casos, sin causa aparente.

Se estudia la anatomía del conducto torácico, y se describen las características del quilo. En un adulto que no ha sufrido cirugía del tórax o trauma torácico, el hallar quilo en la pleura, es un mal signo que generalmente indica la presencia de un tumor maligno invasor.

KIRSCHNER y STRAUSS: ENFISEMA PULMONAR INTERSTICIAL EN EL RECIÉN NACIDO.—Pág. 417.

Los autores describen los factores precursores y las secuelas del enfisema pulmonar intersticial en el recién nacido, basándose en las observaciones de 47 autopsias y de 4 casos clínicos de neumotórax.

El enfisema pulmonar intersticial se presenta en el pulmón enfermo (neumonía, aspiración, hemorragias, atelectasia) o en el pulmón con anomalías de desarrollo (hipoplasia). Es condición necesaria para su aparición la existencia de un mosaico, en el que alternen zonas hiperdistendidas y zonas colapsadas. Se estudian los efectos de la resucitación por maniobras extrañas, que pueden ocasionar roturas intrapulmonares, y asimismo se destaca que los esfuerzos espontáneos del niño en dificultad respiratoria son inocuos.

Clínicamente los dividen en dos grandes grupos, basándose en el tiempo de aparición de los síntomas:

- a) Inmediatamente al nacimiento, y después de la resucitación.
- b) Después de un período variable, libre de síntomas, aparición espontánea del síndrome.

La gravedad de esta afección se destaca por la muerte de siete niños entre once casos afectos de un neumotórax clínicamente detectable.

El autor presenta un plan de tratamiento, recalcando el uso de la sonda con toracotomía, en el caso de neumotórax.

«Diseases of the Chest», Vol. 46, Núm. 5, Noviembre 1964.

Dr. BUTHKER y colaboradores: SIMPATICOBLASTOMA DE MEDIASTINO ANTERIOR.—Pág. 531.

Los autores describen el caso de una mujer de 67 años, a quien se le extirpó un simpaticoblastoma en el mediastino anterior.

Hasta el momento actual la operación ha sido un éxito. Se han encontrado solamente cuatro comunicaciones similares en la literatura. Dos de estos enfermos murieron a consecuencia del tumor, el tercer caso se encontró accidentalmente en la necropsia y en el cuarto, se extirpó el tumor con resultado satisfactorio.

Dr. THOMPSON y Dr. LANGER: GRANULOMA EOSINOFILICO DEL PULMON.

Cinco enfermos afectos a una afección pulmonar difusa, supuesta tuberculosis, fueron admitidos en el Hospital Municipal de Chicago, pero la biopsia pulmonar demostró que se trataba de infiltrados eosinófilos.

El aspecto radiológico de estos granulomas eosinófilos, era el de una fina infiltración peribronquiolar de punteado pequeño que más adelante se convierte en infiltrado nodular y pequeñas zonas quísticas que conducen al diagnóstico de pulmón en panal. Los hallazgos principales al estudio microscópico, fueron la presencia de granulomas consistentes en células histiocíticas, con gran número de eosinófilos, agregados histiocíticos en los tabiques alveolares y en las paredes bronquiales y fibrosis acentuada del pulmón con bronquiectasias resultante. Hay hiperplasia del músculo liso y de los epitelios. Según la experiencia de los autores, la confirmación del diagnóstico de granuloma eosinófilo del pulmón, versa sobre el examen histológico del tejido tomado por biopsia.

La frecuencia de la pulmonía por bacilos de Friedlander, es menor al 1 por ciento de todas las neumonías. Se hace una revisión de 45 casos, y se observa una mortalidad de 21 %. Se analizan los resultados del tratamiento antimicrobiano en función de la sensibilidad antibiótica in vitro. Estas sensibilidades in vitro de 161 cepas de bacilos de Friedlander, indicaron que la estreptomycinina y el cloramfenicol, son las drogas de elección. In vitro parece ser muy superior a la estreptomycinina. Pero se debe siempre usar combinada con el cloramfenicol.

«Les Bronches», Vol. XIV, Núm. 2, Marzo-Abril 1964.

J. C. RUDLER, A. P. NAEF y R. SCHENEITER (Suiza): COMUNICACIONES PRESENTADAS AL XIII CONGRESO DE LA A. I. E. B. III PONENCIA.—ELECCION Y LIMITES DE LAS DIFERENTES INTERVENCIONES QUIRURGICAS EN EL CANCER BRONQUIAL PRIMITIVO.

La neumonectomía no puede considerarse como la operación de elección en todos los cánceres pulmonares, sino que todas las veces que las condiciones cancerológicas lo permitan, se debe de preferir la lobectomía, más benigna inmediatamente y con mejores resultados finales, con cifras de 16 % de supervivencias a los 5 años frente a un 4 % en los casos de neumectomías.

En relación con el tipo histológico el porcentaje de supervivencias es mayor en los adenocarcinomas.

La cobaltoterapia no se ha utilizado como tratamiento preoperatorio sistemático, sino solamente en casos en los que el estudio tomográfico o el tipo histológico hacia el caso de indicación extrema. Algunas veces un cáncer inoperable, ha variado a operable, tras dicho tratamiento.

Los antimicóticos no han demostrado eficacia alguna.

F. MARGARIT (Barcelona).

Basándose en la experiencia de 121 casos operados, cree que en cada caso se deben de tener en cuenta:

a) Límites funcionales de operabilidad, ya que no debe de intervenir un cáncer bronquial a cambio de la vida o de una invalidez crónica.

Para conocer mejor el estado cardiopulmonar, da preferencia el A. a la exploración manométrica por cateterismo cardíaco sobre los restantes métodos exploratorios. Con cifras de presión pulmonar media por debajo de 15 mm. de Hg. puede acudir a lobectomía o a neumostomía, reservando el proceder menos traumático en el caso de ser la cifra superior a 15 mm., y contraindicando todo tipo de intervención pulmonar en el caso de que la hipertensión pulmonar sea mayor de 20 mm. de Hg.

b) «Límites anatómicos de operabilidad» dejando aparte las contraindicaciones generales (caquexia, invasión parietal, etc.), pueden considerarse como contraindicaciones a la intervención: los derrames pleurales hemorrágicos, invasión de la aorta torácica, grandes vasos o esófago, o metastasis pulmonares.

Las parálisis recurrenciales o frénicas, el estásis discreto de la cava superior y discretas infiltraciones de la parte baja de tráquea, no contraindican la toracotomía exploradora, de cuyo resultado dependerá la decisión quirúrgica.

c) «Elección de intervención» se prefiere las resecciones limitadas a la neumonectomías, acudiendo preferentemente a la lobectomía agrandada, con resección anastomosis del broquio y de la arteria pulmonar, si se le cree necesario.

Los cicostáticos tienen una acción general contra la diseminación hematogena, por lo que recomienda el uso de «Endoxán» de 8 a 30 días antes de la intervención y largo tiempo después de la operación, sobre todo en cánceres anaplásicos. El porcentaje de supervivencias 18 a 20 meses después de la operación, ha pasado de 32 % a 63,6 % después del uso de Endoxán.

G. FEGIZ (Roma).

Los factores más importantes a tener en cuenta en la elección de la intervención quirúrgica del cáncer bronquial, son la edad del paciente, su estado general y sobre todo las condiciones cardiorespiratorias, la localización y la extensión del tumor.

Basándose en la experiencia del Instituto de la Clínica Quirúrgica de la Universidad de Roma, que comprende a 1.156 pacientes intervenidos entre 1946 a 1962 y tomando los datos hasta 3 años después de la intervención, obtiene el A. un 31,8 % de supervivencias para las neumonectomías, y un 51,6 % para las lobectomías.

Considerando además, que la mortalidad operatoria ha sido de 12 % y de 4,2 % respectivamente, se deduce de dicha estadística que siempre sea posible la lobectomía debe ser preferida a la neumonectomía, no aceptando la reservas de ciertos autores respecto a la naturaleza verdaderamente radical de la lobectomía.

Sea cualquiera el tipo de intervención que se elija, debe de procederse siempre a una linfadenectomía sistemática hiliar y mediastínica aunque dichos linfáticos parezcan normales a la observación. De este modo ha obtenido el A. los buenos resultados arriba expuestos y lo corrobora el hecho de encontrar una mayor supervivencia (44,8 %) en los casos sin metástasis en los ganglios resecados, que en aquellos otros con invasión ganglionar (15,6 %).

En los casos con invasión extrapulmonar, la exéresis pulmonar agrandada puede obtener la ablación del tumor, pero sus resultados lejanos son muy modestos.

En los tumores del vértice del pulmón, se asocia la exéresis a la fijación de partículas de oro radioactivo en la pared, con lo que se ha obtenido una supervivencia mayor de 3 años en algunos casos.

Independientemente de estos resultados, piensa el A. que en aquellos casos límites entre operabilidad e inoperabilidad, está más que justificada la intervención, aun sabiendo que las posibilidades de curación son muy moderadas, pues de este modo se evitan al paciente dolores intensos por la invasión parietal, y se agota la posibilidad de curación, que aunque mínima, nunca se debe negar al enfermo.

J. MATHEY (Francia).

Las investigaciones preoperatorias, aparte del estudio funcional, pueden imponer ciertas prohibiciones operatorias que pueden confirmarse o no, mediante la toracotomía con examen macroscópico completado con estudio anatomo-

patológico. Por el contrario, los exámenes funcionales proporcionan datos que no pueden ser confirmados por la tomografía exploradora, e imponen ciertas limitaciones, que ningún examen operatorio pueden proporcionar, siendo la broncoespirometría la que nos ofrece más datos respecto a la posibilidad o imposibilidad de ser soportada la exéresis.

La exéresis puede no ser posible por invasión de aorta, pleura, arteria pulmonar, pericardio, aurícula izquierda, esófago, vena carva superior y de toda la tráquea torácica.

Si la exéresis es posible, el método de elección se basa en dos principios:

- 1.º En los casos favorables, resección pulmonar funcionalmente económica.
- 2.º En los casos extensos, exéresis extensa sobre las vías respiratorias o sobre los órganos vecinos para intentar la curación definitiva.

Estas dos tendencias opuestas, pero no contradictorias, permiten practicar resecciones económicas en los casos en que sin disminuir las posibilidades de curación, se tienden a mejorar los resultados funcionales. Las lobectomías prolongadas con resección-anastómosis bronquiales pueden solucionar el doble problema funcional y cancerológico.

En el segundo caso, acudiendo a las neumonectomias con resección de tráquea o de otros órganos vecinos, permiten una acción operatoria activa, sin reservas prudentes o tímidas.

Respecto a la resección paliativa en los casos en que tras una toracotomía exploradora, parece imposible la resección, recomienda el A. la sección del vago por debajo del recurrente con iguales resultados que la resección paliativa. En los casos en los que esté contraindicada la toracotomía exploradora, practica el A. la resección del vago por vía cervical.

COMUNICACIONES A LA III PONENCIA

E. MASENTI (Turín), preconiza la resección radical sin abandonar las exéresis parciales cuando se precise economizar tejido pulmonar funcionalmente capacitado. Por el contrario, no cree en la eficacia de las exéresis extensas de pared o de diafragma, habiendo abandonado estas técnicas.

E. MASENTI y P. G. FERRERO (Turín), recomiendan la biopsia pre-escalénica para conocer la extensión de las metástasis ganglionares, permitiendo asegurar el diagnóstico en casos en que la biopsia endobronquial da resultados negativos o dudosos, permitiendo además tener un dato más cierto sobre el criterio de operabilidad, ya que una positividad de la biopsia pre-escalénica contraindica la intervención.

O. ORLANDI y G. ANSELMETTI (Turín).—El examen broncoscópico completo y en ocasiones repetido, puede dar una serie de datos importantes en los sujetos con diagnóstico incierto de cáncer bronquial. El agrandamiento de carina, con fijación, rigidez y mucosa finamente irregular, no deformadas por la tos, indica una invasión ganglionar que puede confirmarse por punción-biopsia.

La broncografía, aparte de las imágenes de amputación o de estenosis, pueden dar imágenes de sufrimiento en los bronquios vecinos al tumor, al parecer bien localizado, lo que debe de poner en guardia, respecto a la posibilidad de extensión que puede obligar a un acto quirúrgico más radical.

G. FEGIZ (Roma), confirma el escaso valor de la espera «ex adjunvantibus» para el diagnóstico de cánceres bronquiales, ya que con tratamiento antitubercu-

loso o con antibióticos de amplio espectro, se aprecia regresiones de las imágenes radiográficas en enfermos en los que posteriormente se ha confirmado la existencia de cáncer bronquial.

Estas regresiones parciales de la imagen, pueden explicarse por la coexistencia de infecciones o inflamaciones secundarias que mejoran por la quimioterapia, o por existencia de zonas atelectásicas que se airean al recuperarse momentáneamente la permeabilidad bronquial.

M. MARCHAL, M. T. MARCHAL y R. KOURILSKY (París), aplicando la cinédensigrafía al estudio de los cánceres bronquiales, encuentran disminución más o menos completa de la pulsabilidad de la arteria pulmonar, en 81 % de casos, mientras la abolición es masiva para todo el pulmón en 63 % de casos.

Dado que por la cinédensigrafía se estudia el estado del peribronquio, la anulación de la pulsabilidad estaría en relación con el desarrollo extrabronquial del tumor, alcanzando su máximo cuando afecte la arteria pulmonar lo más cerca posible de su origen (por lo que este método adquiere su máximo de valor en cánceres de bronquio fuente, bronquio lobar superior o de bronquio intermediario), no influyendo para nada en sus resultados, las alteraciones de la ventilación, el tipo histológico del tumor o su extensión linfática. Los cánceres metastásicos, por grandes que sean, modifican muy poco o no modifican la pulsabilidad.

Además, las alteraciones en la pulsabilidad pulmonar tienen valor pronóstico preoperatorio, pues una anulación pulsátil completa y extendida a todo un pulmón, contraindica la intervención, si las alteraciones pulsátiles son sólo locales, hay que esperar buen resultado tras la exéresis.

P. LAVAL, J. M. FELICIANO, A. KLEISBAUER y CL. LAURENT (Marsella), basándose en una experiencia de más de mil casos, concluyen que su posición quirúrgica ante el cáncer bronquial ha pasado por tres fases sucesivas:

- 1.^a Inicialmente una fase muy audaz les ha inducido a exéresis a ultranza.
- 2.^a Conociendo mejor las dificultades quirúrgicas, la rapidez evolutiva de algunas formas y la inutilidad de exéresis demasiado audaces, se han colocado en una posición de expectativa.
- 3.^a Con una mayor experiencia, se han orientado hacia una actitud más reflexiva, combinando la radioterapia y la hormonoterapia con las exéresis. En los casos límites de indicaciones relativas aconsejan una toracotomía, que no perjudicando nunca al enfermo, permite en ciertos casos intervenciones paliativas sobre cadenas nerviosas.

E. BUCHBERGER, G. ZMAJEVICH y S. PASTORELLI (Trieste), creen que solamente la lobectomía superior derecha extendida parcialmente al bronquio derecho, tienen indicaciones precisas ante una resección total, pero que las oportunidades de practicar dicha intervención son escasas por desgracia.

Creen que la lobectomía debe de practicarse en casos de localización lobar, periférica del tumor, sin adenopatía perceptibles en el momento operatorio, o por el contrario en casos en que por su estado general o por su extensión local está contraindicada la exéresis extensas, y en este caso las lobectomías obrarían como intervenciones paliativas.

N. DI PAOLA (Roma), se muestra partidario de la resección económica en el tratamiento del cáncer bronquial con los que ha obtenido una supervivencia

de un 37,5 %, pero considerando como contraindicaciones operatorias las metástasis contralaterales, hiliares, mediastínicas y cualquier otro tipo de metástasis generalizadas.

H. REYNDERS (Amsterdam), ha practicado 122 mediastinoscopias sistemáticas en cáncer primitivo de bronquios, permitiendo juzgar que en más de la mitad de los casos la operabilidad era buena. En los casos en los que la mediastinoscopia dio resultado negativo la toracotomía exploradora ha confirmado en un 9 % la inoperabilidad.

Concluye su revisión confirmando que la mediastinoscopia positiva como índice de metástasis ganglionares extrapulmonares, es un índice de incurabilidad, y por lo tanto permite evitar un buen número de toracotomías exploradoras y sobre todo operar casos totalmente incurables.

F. CARDIS, como conclusión de las diversas ponencias y comunicaciones, comenta el cambio de orientación quirúrgica cesando ya el concepto de que era más bella cuando más devastadora era. El actual virtuosismo quirúrgico lo compara con el extremado virtuosismo quirúrgico en las últimas fases evolutivas de la colapsoterapia, y si entonces todas aquellas técnicas fueron rápidamente anuladas por el descubrimiento decisivo de medicación antibacilar, espera que pueda ocurrir algo similar en el campo de la carcinoterapia.

«Les Bronches», Vol. XIV, Núm. 3, Mayo-Junio 1964.

H. HOUCKE, M. HOECHE y C. VOISIN (Lilla): ASPECTO SISTOPATOLOGICO DE LA BRONQUITIS DE LOS MINEROS DE CARBON REVELADOS POR LA BIOPSIA BRONQUIAL.

El examen de 134 biopsias bronquiales obtenidas en mineros de carbón, hospitalizados en el servicio de la Clínica Neumo-tisiológica del Hospital A. Calmette de Lille, indemnes de tuberculosis pulmonar (80 casos) o afectados de silico-tuberculosis (50 casos) ha permitido a los A. A. deducir las siguientes conclusiones:

1.º La frecuencia de lesiones anatomopatológicas de la mucosa bronquial es notable. En los 84 casos indemnes de tuberculosis solamente es normal la mucosa en siete tomas. En 15 casos en que la broncoscopia no daba datos claros, el estudio anatomopatológico ha permitido descubrir lesiones edematosas (7 casos) o esclerosas (8 casos). Por el contrario en 4 casos en los que la observación broncoscópica parecía patológica, el estudio anatomopatológico no ha permitido confirmar la presencia de alteraciones histopatológicas.

2.º Las correlaciones establecidas entre los tipos de lesiones microscópicas, edad del enfermo y tiempo de exposición, hablar en favor de aceptar una sucesión de estadios de edema a fases de esclerosis. Por el contrario no existe correlaciones estrechas entre las imágenes anatomopatológicas y las imágenes radiográficas de las lesiones, encontrando lesiones edematosas y esclerosas con hiperplasias glandulares tanto en los casos con opacidades, finas, como en los casos de portadores de opacidades extensas. Sin embargo, las esclerosis con atrofia glandular sólo se han encontrado en enfermos portadores de neumociosis extensas.

3.º El examen de biopsias bronquiales puede aportar datos útiles sobre el conocimiento de los factores etiológicos: la infección microbiana se señala por la existencia de un edema rico en elementos celulares, la sobreinfección tuberculosa por un flujo linfocitario a nivel de la submucosa, la participación alérgica por la frecuencia de un edema eosinófilo. Sin embargo, en la mayoría de las observaciones, las lesiones histopatológicas son banales, del tipo de las encontradas en la bronquitis crónica, solamente la presencia de esclerosis y la presencia de masas antracósicas, parece confirmar cierta originalidad a la bronquitis del minero.

Finalmente confiesan los A. A. que es actualmente imposible de precisar, por el solo dato de las tomas biópsicas, el papel respectivo jugado por la respiración de las sustancias pneumoconiósicas y la de los restantes factores exógenos, como tabaco, polución atmosférica, etc., en el origen de la irritación crónica de las vías respiratorias de los mineros de carbón.

J. PAILLAS y G. ROCHE (París): TUBERCULIZACION DE LAS BULLAS DE ENFISEMA EN EL CURSO DE LA EVOLUCION DE UN CANCER BRONQUIAL.

En un hombre de 62 años, han seguido los A. A. el paso de lesiones tuberculosas biapicales, fase de aparición de las bullas enfisematosas en base derecha, aparición de niveles líquidos y finalmente a su reemplazamiento por cavernas tuberculosas.

La muerte, acelerada por la aparición de un cáncer bronquial izquierdo, permitió su estudio anatomopatológico, confirmando la cavernización del enfisema de base derecha.

J. A. PILHEUL y H. C. MASTROLORENZO (Buenos Aires): LESIONES BRONQUIALES TUBERCULOSAS Y RESISTENCIA BACTERIANA.

En 40 enfermos ingresados en el Servicio de Tisiología de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, portadores de lesiones bronquiales tubérculas de tipo ulceroso, infiltrativo o congestivo han estudiado los A. A. la sensibilidad bacteriana sobre el medio de Lowenstein-Jensen, con las siguientes concentraciones: isoniazida, 0,2 gammas por c. c., estreptomycin, 2 gammas por c. c. y pas 0,25 gammas por c. c.

En los casos en que el enfermo no ha recibido tratamiento específico previo y en los que los gérmenes son sensibles a los tres medicamentos antituberculosos mayores, el tratamiento específico por las tres drogas, consigue la rápida curación de las lesiones bronquiales aunque se trate de formas graves de afectación bronquial.

En enfermos sin tratamiento previo, la aparición de lesiones congestivas extensas, infiltrativas o ulcerosas, constituye la evidencia clínica de cierta resistencia a los antibióticos empleados, pero en ellos las drogas nuevas (etionamida, cicloserina, pirazinamida o kanamicina), consigue una acción notable sobre dichas lesiones, pareciendo que la cicloserina y la etionamida son las que han actuado más favorablemente.

En los casos en los que se ha descubierto una lesión tuberculosa bronquial en el curso de un tratamiento específica bien realizado y en el que por cual-

quier causa no es posible la práctica de un antibiograma, es aconsejable cambiar los medicamentos utilizados por dos o tres de los que nunca han sido utilizados.

En todos los casos se ha llegado a la curación sin necesidad de acudir a tratamientos endobronquiales directos. Sin embargo, persiste todavía el problema de la estenosis bronquiales residuales que obligan a tratamientos quirúrgicos.

P. LAZAR, S. PERDRIZET y R. FLAMANT, con la colaboración técnica de S. GUEGUEN (Villejuif-Seine): ESTUDIO PRONOSTICO DE 412 CASOS DE CANCERES EPIDERMOIDES Y ANAPLASICOS DE BRONQUIOS.

El estudio de los casos ha permitido poner en evidencia una serie de caracteres ligados a la supervivencia y precisar su significado pronóstico relativo, debiendo subrayar ciertos puntos.

La radiología permite aislar los tumores periféricos, de una mayor supervivencia, pero no aporta más datos de significación pronóstica, en relación con el tipo anatomo-patológico.

La localización tumoral, precisada por la radiológica para los tumores periféricos y por la endoscopia para otras localizaciones, tiene un valor pronóstico propio, independiente de la naturaleza histológica. Se cree que si las localizaciones proximales son de peor pronóstico, sería debido a ser la localización de elección de los cánceres anaplásicos, pero los A. A. han confirmado que ambas formas no difieren en cuanto a su localización preferente. Una vez conocida la histología tumoral, la localización del tumor aporta información pronóstica suplementaria.

Las dos vías de diseminación, local o a distancia, están muy ligadas entre sí, ya que se ha confirmado que los cánceres más extendidos localmente son los que dan lugar a metástasis con mayor frecuencia, frecuencia que no está en relación con la localización tumoral.

El peor pronóstico de las formas anaplásicas frente a las epidermoides, parece estar más en relación con la frecuencia de las extensiones locales que con las diseminaciones metastásicas, aunque esta característica no permite explicar totalmente la importante diferencia pronóstica constada entre ambas formas histológicas.

C. A. SORBINI, G. MUESAN, C. A. ANGELETTI y S. SICARI (Perusa): SOBRE 4 CASOS DE «DISQUINESIA TRAQUEO-BRONQUIAL HIPOTONICA».

Estudiando los A. A. 20 casos de enfisema pulmonar crónico obstructivo, han podido encontrar 3 casos (15 % de disquinesia típica de pared posterior de la tráquea y de los grandes bronquios. A estos casos han unido otro caso encontrado de modo fortuito. En estos casos, aparte de los exámenes rutinarios y de pruebas espirográficas, se han realizado dos estudios traqueobroncográficos y cine-radiobroncográficos. En todos los casos, el diagnóstico se ha confirmado por la visión endoscópica durante la respiración tranquila.

Mediante estos métodos exploratorios se puede estudiar del modo más completo, la dinámica traqueobronquial durante la respiración tranquila, ya que el

colapso de pared posterior durante la respiración forzada puede presentarse en sujetos normales.

Los estudios espirográficos sirven fundamentalmente para seleccionar previamente los casos a los que se debe acudir a los restantes medios exploratorios, al permitir comprobar la existencia de un enfisema pulmonar crónico obstructivo, y para juzgar los diferentes estados de un mismo paciente en sucesivas fases de su enfermedad.

Finalmente, creen prematura toda posición clara respecto a la existencia de la D. T. B. H. como entidad nosológica autónoma, creyendo como más oportuno creer este síndrome mórbido como un aspecto particular de las neumoopatías crónicas enfisematosas.

O. ORLANDI y G. ANSELMETTI (Turín): IMAGENES BRONCOSCOPICAS DE LA SARCOIDOSIS PULMONAR.

En 9 casos de Sarcoidosis Pulmonar, las imágenes endoscópicas no tiene nada de característico, signos inflamatorios más o menos extensos, edema de las carinas, irritación general de la mucosa, indemnidad de la tráquea, etc.

La toma de piezas de biopsia submucosa han confirmado la existencia de masas de células epiteloideas ya descrita por TURIAF.

G. PACILIO y G. DE NATALE (Nápoles): ACCION DE CIERTOS MEDICAMENTOS QUIMIOANTIBIOTICOS SOBRE LA MÚSCULATURA BRONQUIAL DEL COBAYA VIVO.

Inyectando a cobayas kanamicina, esptomycinina, animosidina, dihidro, esptomycinina, isoniacida, cicloserina, viomicina, PAS y penicilina sódica a dosis terapéuticas no han observado los A. A. ninguna acción bronco-dilatador, ni bronco-constrictor sobre el broncospasmo desencadenado por substancias colinérgicas utilizadas.

Sin embargo si la inyección del medicamento precede sólo 30 segundos a la inyección de la substancia espasmógena se aprecia un cese o una atenuación del broncospasmo, en dos o tres minutos.

Después de discutir el probable mecanismo de esta acción, concluye que harán falta ulteriores estudios para su aclaramiento.

J. M. LEMOINE (París): FISTULAS BRONCO-ESOFAGICAS SECUELA DE TUBERCULOSIS INICIAL.

El estudio de un caso afecto de absceso de pulmón de repetición ha permitido comprobar la existencia de fistula bronquio-esofágica tras la ingestión de papilla baritada, confirmado por la bronco y esofagoscopia y originada por una adenopatía tuberculosa, posiblemente de primoinfección, perforada a la vez al esófago y al bronquio.

La intervención con resección de la comunicación y sutura de los orificios esofágico y bronquial, ha conducido a la curación clínica.

«Les Bronches», Vol. XIV, Núm. 4, Julio-Agosto 1964.

W. SCHIESSLER y W. OEHLERT (Friburgo): LA RADIOGRAFIA ISOTOPICA DE PIEZAS DE BIOPSIA EN LA BRONQUITIS CRONICA Y EN EL CANCER BRONQUIAL.

Inmediatamente después de la obtención de piezas de biopsia, por broncoscopia o por punción biopsia, se conservan en una solución fisiológica con tiamida o citidina «marcada». Una vez obtenidos los cortes, se obtienen preparaciones corrientes y otros, tras un tiempo de exposición de dos a tres semanas, se utilizan para preparar radiogramas isotópicos.

En 77 enfermos han obtenido 156 muestras, habiendo comprobado que los procesos metabólicos intracelulares siguen en las muestras de modo similar a como lo han «in vivo».

Sólo las células germinales basales son capaces de las síntesis del A. D. N., siendo muy débil el número de dichas células. En las bronquitis crónicas hipertróficas, hay una marcada proliferación de células indiferenciadas. En el carcinoma bronquial se observa inicialmente una desaparición de la estratificación específica, y se aumenta de un modo intenso el número de células capaces de la síntesis del A. D. N., no localizándose únicamente en la basal, sino apareciendo en todas las capas del epitelio bronquial.

Contando las células marcadas se puede determinar de un modo aproximado la rapidez de crecimiento de un tumor, aunque no se pueda dar todavía un valor absoluto a dicho recuento.

J. M. LEMOINE, J. FAUVET y M. VASSELIN (París): LAS LESIONES TRAQUEO-BRONQUIALES EN LOS AFECTOS DE ENFERMEDAD DE HODGKIN CON LOCALIZACIONES ENDOTORACIDAS.

Se basa el estudio en 51 enfermos afectados de Hodgkin en los que se ha practicado biopsia tráqueo-bronquial de modo sistemático una o varias veces hasta sumar 83 estudios broncoscópicos. En ellos el diagnóstico se había confirmado por biopsia cervical o subclavicular o de otra localización.

Las observaciones broncoscópicas han permitido comprobar la existencia de las siguientes alteraciones:

1.º Aspectos inflamatorios (2 casos) de una cierta intensidad, en casos en los que las alteraciones funcionales son escasas o mínimas, aunque todos ellos cursaban con alteraciones radiológicas mediastínicas.

2.º Compresiones tráqueo-bronquiales (12 casos) con deformaciones parietales localizadas que reducen el calibre traqueal o bronquial y son debidas a compresiones ganglionares extrínsecas, aunque una inflamación con engrosamiento mucoso tiende a hacer mayor la estenosis. Las localizaciones preferentes son tráquea y bronquios principales no existiendo preferencia entre el calibre de estenosis y los síntomas clínicos.

3.º Aspectos tumorales (14 casos), caracterizados por la presencia de vegetaciones, generalmente con una gran base de implantación y superficie irregular pero lisa, implantada a menudo sobre deformidades parietales con estrechamiento de la luz bronquial. En ciertos casos pueden existir varios tumores, siendo variable su localización.

4.º Aspectos ulcerosos (4 casos), en fases tardías de la enfermedad y coincidiendo con grandes masas de adenopatías mediastínicas.

El aspecto normal solamente se ha encontrado en 10 casos.

Han constatado los A. A. que la existencia de las formaciones vegetantes no constituía un factor de gravedad, y por acción terapéutica se aprecia su regresión, pudiendo servir este dato para juzgar de la acción terapéutica en cada caso particular. Por el contrario la aparición de ulceraciones parece denotar una actividad necrótica particularmente grave, y su observación suele ir seguida de óbito en un plazo medio de 2 meses, no habiéndose observado nunca una supervivencia mayor de 6 meses.

E. LÓPEZ BOTET y R. BOSCH SURIA (Valencia): NUEVA PRUEBA FUNCIONAL DEL VENTRICULO DERECHO.

Durante 5 años han medido los A. A. sistemáticamente la presión venosa en personas normales y en afectos de diversas cardiopatías y neumopatías, viendo que ya generalmente dicha medida y su aumento tras el esfuerzo y su elevación por compresión hepática, da datos que ayudan al diagnóstico precoz de desfallecimiento cardíaco derecho, pero su variabilidad les ha movido a estandarizar la prueba del modo siguiente:

1.º Partiendo de una posición de apnea al fin de una inspiración, el enfermo realiza una maniobra de Valsalva, con 4 cm. de mercurio de presión durante 15 segundos, tomando los valores de la presión venosa cada 5 segundos.

2.º Una vez terminada la presión de Valsalva, se mide el tiempo que precisa la presión venosa para recuperar sus cifras iniciales.

3.º Se repite la maniobra de Valsalva durante 15 segundos con la mayor presión que el enfermo puede resistir.

En la primera fase de la prueba, la presión venosa de los individuos normales no sobrepasa los 40 cm. de agua, las cifras superiores se ven en los casos de insuficiencia ventricular derecha, no solamente en su fase confirmada, sino también en la fase preclínica. El tiempo de recuperación tras el primer Valsalva es de 20 segundos. La presión de Valsalva más fuerte que el enfermo puede resistir, no eleva la presión venosa en los sujetos normales a más de 50 centímetros de agua.

El estudio comparativo de la prueba descrita por los autores con la medición de la presión venosa tras compresión hepática, les permite concluir que esta prueba es mucho más sensible, permitiendo detectar la fase latente de la insuficiencia cardíaca derecha.

E. BUCHBERGER, S. PASTORELLI y G. ZMAJEVICH (Trieste): BRONCOASPIRACION Y TRAQUEOTOMIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES BRONCOPULMONARES TRAS EXERESIS.

Tras las intervenciones de exéresis pueden aparecer tres tipos principales de complicaciones broncopulmonares: atelectasis total o parcial, inundación tráqueobronquial y bronquitis aguda postoperatoria. En 1057 sujetos operados en el servicio de Cirugía Pulmonar de los Hospitales Reunidos y del Hospital Sanatorial INPS de Trieste, desde el año 1954 al 1963 se han presentado 130 casos

de complicaciones broncopulmonares de los que el 60 % correspondía a procesos de atelectasia y solamente el 0,9 % a inundaciones traqueobronquiales. En ellos se ha debido recurrir a la broncoaspiración en 115 casos y a la traqueotomía en 15.

La broncoscopia y aspiración consecutiva la han practicado siempre con anestesia local, creyendo los A. A. que no hace falta recurrir sistemáticamente a la broncoaspiración tras operatoria, sino acudir a ella en los casos en que el cuadro atelectásico es ya manifiesto o cuando una hipersecreción bronquial hace temer la formación de un proceso bronconeumónico.

La traqueotomía, practicada con anestesia general, tiene sus indicaciones en los casos en que la atelectasia, o la inundación o inflamación de las vías bronquiales se acompañan de grave insuficiencia respiratoria con signos evidentes de hipercapnia. En estos casos, precedidos o no de aspiración directa, es la traqueotomía el método más rápido de resolver el cuadro dramático, al reducir el espacio muerto, reducir las resistencias respiratorias, facilitar la limpieza más completa y continua del arbor traqueobronquial, permitir una mejor oxigenación y poder dominar una situación de respiración paradógica.

V. BELTRAMI y F. INTONTI (Roma-Upsala): INDICACIONES DE LA TORACOTOMIA EN EL TRATAMIENTO DE CUERPOS EXTRAÑOS BRONQUIALES.

En 5 años de experiencia en operaciones torácicas, acudieron los A. A. a toracotomías por cuerpos extraños en 10 veces únicamente, habiéndose decidido la intervención en casos de ser imposible el hallazgo y la extracción de los cuerpos extraños por broncoscopia, y este debiera extraerse por los síntomas que provocaba (disnea, hemoptisis) o por las lesiones a que pudiera dar lugar (abceso crónico, bronquiectasia, mediastinitis, neumotorax irreversible).

En un solo caso fue necesario acudir a la resección pulmonar, y en 4 casos a la broncotomía. El pronóstico es generalmente favorable, siendo el resultado de las broncotomías especialmente bueno en los casos operados tardíamente siempre que el parenquima dependiente del bronquio obstruido esté en buen estado.

D. RATON (Besanson): ULCERACION BRONQUIAL POR ASPERGILOSIS.

En una enferma tratada como tuberculosa con imágenes confusas, un análisis de esputos reveló por cultivo la existencia de «aspergillus fumigatus». La broncoscopia constató una ulceración situada en cara interna de bronquio inferior derecho.

Con tratamiento local de toques de nitrato de plata y tratamiento general con Ioduro potásico y micostatina, desaparecieron los fenómenos hemorrágicos y las broncoscopias ulteriores evidenciaron marcada disminución de la ulceración.

La literatura consultada no ha permitido encontrar observación semejante anterior.