

- 26 MARINESCO y SALEN. — Cita de JIMÉNEZ DÍAZ. Patología Médica, tomo II.  
 27 MARAÑÓN y RICHTER. — Estudios de Fisiopatología hipofisaria. Madrid, Beltrán, 1940.  
 28 MELDOLESI, G. U., y GARRETO. — Il policlinico. Sec. Med., 1, 1938.

### ZUSAMMENFASSUNG

Berichtet wird über 17 Fälle mit Lathyrismus (paraplegische Form). Die klinischen Symptome unserer Serie sprechen für das Vorliegen einer Insuffizienz der endokrinen Konstellation, besonders was HVL und Gonaden angeht.

Der Einfluss dieser Hormone auf den Muskelstoffwechsel ist bekannt. Chronaxie, histologische Untersuchungen, Eosinophilie und andere Daten führten zu der Überlegung, dass man bei der Gesamtheit des Lathyrismus auch den konstitutionellen und muskulären Faktor in Betracht ziehen muss. Der muskuläre Faktor begünstigt die pathogene Wirkung des ätiologischen Agenten.

### RÉSUMÉ

On communique dix sept cas de latyrisme, sous forme paraplégique. Les faits cliniques dans notre série signalent l'existence d'une insuffisance de la constellation endocrine, hypophyse antérieure et gonades.

L'influence de ces hormones sur le métabolisme musculaire est bien connue; la chronaxie du muscle, son étude histologique, l'éosinophilie et d'autres données que l'on consigne permettraient d'accepter que dans l'ensemble du cadre clinique du latyrisme il faudrait tenir compte des facteurs constitutionnel et musculaire, le premier favorisant l'action pathogène de l'agent étiologique.

## LA NECROSIS AGUDA PANCREÁTICA Y EL HEMOGRAMA DE SCHILLING

J. PABLOS ABRIL

(Médico Interno)

Casa de Salud Valdecilla (Santander)

Servicio de Enfermedades del Aparato Digestivo.

Jefe: DR. A. GARCÍA BARÓN

Esta afección de abdomen agudo, conocida desde 1872, que fué descrita por BALZER con el nombre de necrosis grasa, ha sido siempre de diagnóstico difícil, por lo que internistas y cirujanos se esfuerzan por tratar de esclarecer su sintomatología e individualizar los medios de ayuda complementarios, especialmente los que se basan en el laboratorio.

Sobre éstos, se ha insistido en los últimos años en la busca de la lipasa pancreática que se encuentra aumentada en la sangre, así como también la diastasa en orina. Según KATSCH, es de utilidad bus-

car la glucemia transitoria que puede aparecer en esta última.

Nosotros vamos a exponer y considerar nuestros resultados sobre otro medio auxiliar de laboratorio, cual es la alteración leucocitaria, que hemos podido estudiar en once enfermos de pancreatitis hemorrágica y de los cuales seis tuvieron confirmación del diagnóstico en la operación o autopsia.

Hace quince años ROSENO y DREYFUSS, en un artículo publicado en el *Deutsch. Med. Wschr.*, citan dos enfermos de pancreatitis aguda hemorrágica cuyo recuento leucocitario daba 44.600 y 55.000 leucocitos respectivamente por milímetro cúbico, y decían que es excepcional sea alcanzada esta cifra por otros procesos de abdomen agudo y que sólo suele observarse en abscesos gaseosos y leucemias. SONNENFELD, en la citada revista y año, escribe consideraciones análogas. NAEGELI únicamente alude de pasada en su libro de Hematología. CASAS, en la obra del Prof. BAÑUELOS, dice que hay leucocitosis, la que no suele ser precoz. ELIASON y NORTH manifiestan que en esta enfermedad hay casi siempre hiperleucocitosis y a menudo muy alta. HORINE, posteriormente, estudió en trece casos las alteraciones sanguíneas, encontrando una hiperleucocitosis media de 20.002, y cree que esto es muy importante para el diagnóstico diferencial con otros procesos, como angina de pecho, úlcera perforada en las primeras horas, obstrucción intestinal, crisis tabéticas gástricas, embarazo extrauterino y quiste de ovario torsionado; sin embargo, en alguna de estas afecciones citadas por HORINE las cosas no son tan sencillas, como veremos más adelante.

Los autores americanos, al considerar las variaciones hematológicas de unos enfermos a otros imputan éstas a la variedad de factores que intervienen: infección, hemorragia, shock, deshidratación, etc. Nosotros teniendo en cuenta que estas mismas diferencias se observan en procesos de etiología más sencilla, como son las apendicitis simples, colecistitis catarrales, obstrucciones mecánicas simples, creemos sean determinadas exclusivamente por un factor individual; la manera diferente de comportarse cada sujeto frente a un mismo estímulo.

El esquema de alteraciones leucocitarias de los casos de ROSENO, DREYFUSS y SONNENFELD es mucho más alterado que los casos que nosotros hemos tenido ocasión de estudiar y por eso lo insertamos a continuación:

Cuadro de	Leucocitosis	Formas inmaduras	Neutrofilia
6 días . . .	30.000	73 %	85 %
— . . .	32.600	71 %	91 %
8 días . . .	44.600	66 %	92 %
10 días . . .	55.000	67 %	98 %

Desde luego, con hemogramas tan sumamente alterados, con leucocitosis tan grandes y desviaciones tan altas, son bien característicos, y sólo por algunas peritonitis pueden ser alcanzadas, aunque

éstos prefieren recuentos más bajos y en algunos casos valores leucopénicos.

Nuestros once casos, para mejor estudiarlos, van a ser clasificados en dos grupos: 1.º, enfermos con diagnóstico comprobado, bien en la intervención o en la necropsia; y 2.º, enfermos con diagnóstico exclusivamente clínico, curados, como es natural, sin operación.

PRIMER GRUPO (*diagnóstico comprobado*): 6 casos. — Las cifras medias de alteración de su hemograma fueron las siguientes: leucocitosis de 20.200, neutrofilia de 91 por 100, formas inmaduras 15 por 100, y en la mitad de los casos se observaban entre éstas, algún metamielocito. Finalmente, aneosinofilia en todos, linfopenia y monopenia concomitantes.

Estas cifras medias, así como nuestro caso de máxima alteración (32.600, 95 por 100, 30 por ciento), quedan muy por debajo de las citadas por ROSENO, DREYFUSS y SONNENFELD. No hay relación con el tiempo de enfermedad, que osciló de ocho horas a cinco días, así como con otros síntomas generales, cuales son pulso y temperatura.

Los esquemas hematológicos de estos seis casos son los siguientes:

Cuadro de	Leucocitosis	Neutrofilia	Formas inmaduras
1 1/2 días . . .	32.600	95 %	30 %
22 horas. . .	12.600	91 %	14 %
8 » . . .	18.200	92 %	16 %
12 » . . .	25.600	80 %	3 %
3 días . . .	16.200	95 %	11 %
5 » . . .	16.400	83 %	20 %

SEGUNDO GRUPO (*diagnóstico sospechoso*): cinco casos. — Las alteraciones medias del recuento y fórmula leucocitaria fueron las siguientes: leucocitosis de 14.900, neutrofilia de 85 por 100 y formas inmaduras 4 por 100, es decir, cifra normal, no subiendo en ningún caso más del 7 por 100. Aneosinofilia, linfopenia y monopenia. En un caso se daba la presencia de un 11 por 100 de basófilos en la fórmula de 100.

Si comparamos estos enfermos con los del grupo primero, observaremos la menor alteración del hemograma, especialmente en la cifra de recuento y en la de formas inmaduras. Tal vez pudiera ser alguno de error diagnóstico, pero todos siguen normas de alteración leucocitaria muy parecidas; esto nos hace pensar que el hemograma menos alterado, al igual que el haberse sustentado en ellos un criterio terapéutico conservador, se tratase de cuadros con lesiones menos importantes y clínicamente menos aparatosos.

El esquema comparativo es el siguiente:

Grupo	Casos	Leucocitosis	Neutrofilia	Formas inmaduras
Primero.	6	20.200	91 %	15 %
Segundo	5	14.900	85 %	4 %

Al igual que en el grupo anterior, hay discordancia del valor de la alteración sanguínea en relación con el tiempo de enfermedad, el pulso y temperatura.

En los casos de pocas horas (tres, ocho, etc.), al igual que en el grupo anterior, se ha comprobado leucocitosis (18.200, 11.100, 15.000, etc.), en contra de lo sustentado por otros autores, que niegan precocidad a ésta, en las pancreatitis agudas hemorrágicas.

El esquema hematológico de nuestros enfermos pertenecientes a este segundo grupo es el siguiente:

Cuadro de	Leucocitosis	Neutrofilia	Formas inmaduras
2 1/2 días . . .	15.900	92 %	3 %
3 horas. . .	11.100	93 %	6 %
26 » . . .	22.500	91 %	2 %
4 1/2 horas. . .	15.000	73 %	1 %
1 1/2 » . . .	10.400	77 %	7 %

VALOR DIAGNÓSTICO DEL HEMOGRAMA. — El hemograma de la necrosis aguda pancreática se caracteriza por tener una leucocitosis alta (más de 20.000 leucocitos), neutrofilia intensa (más de 90 por 100) y desviación del mismo hacia la izquierda, alcanzando en los enfermos de diagnóstico comprobado las cifras de inmaduras un valor medio de 15 por 100. Hay eosinofilia en todos y linfopenia y monopenia concomitantes.

El hemograma en las doce primeras horas de enfermedad puede servirnos para hacer el diagnóstico diferencial con los dos procesos de abdomen agudo de más fácil confusión diagnóstica: perforación ablerta de úlcus péptico gastroduodenal o tífica y perforación de vesícula; en éstos la desviación es más acusada y rebasa siempre un 18-20 por 100, mientras que en nuestros cinco casos de este tiempo, de pancreatitis, la cifra media de inmaduras es un 6 por 100.

Pasadas las doce primeras horas el diagnóstico hematológico se hace más difícil. Las peritonitis por úlcus pépticos gastroduodenales o úlceras tíficas pueden confundirse algunas veces; la perforación vesicular idénticamente y las perforaciones cubiertas, si no regresa pronto su hemograma se cruzan al tender a normalizarse con las pancreatitis en su marcha de agravación progresiva hasta el estacionamiento o mejoría del enfermo.

Es curiosa la mucha menor alteración del hemograma de nuestros enfermos, con relación a la encontrada por otros autores.

## RESUMEN

Estudiamos las alteraciones leucocitarias en once enfermos de pancreatitis aguda hemorrágica vistos en nuestro Servicio. Nos ha llamado la atención el que la hiperleucocitosis de nuestros casos sea inferior a la obtenida por otros autores. Es importante consignar que la falta de formas inmaduras en las seis o doce primeras horas o su presentación en cifra pequeña, habla a favor de necrosis pancreática



y en contra de úlcus péptico gastroduodenal perforado, que es la afección de más frecuente confusión diagnóstica.

### ZUSAMMENFASSUNG

Wir untersuchten in unserer Klinik die Leukozytenveränderungen von 11 Patienten mit akuter hämorrhagischer Pankreasentzündung. Auffallend war, dass die Hyperleukozytose bei unseren Kranken viel geringer war als die von anderen Autoren erzielte. Wichtig ist, dass das Fehlen oder geringe Auftreten von unreifen Formen in den ersten 6-12 Stunden zu Gunsten einer akuten Pankreasnekrose und gegen ein perforiertes peptisches Gastro-Duodenalgeschwür vomit am leichtesten eine Verwechslung in der Diagnose vorkommen kann, spricht.

### RÉSUMÉ

Nous étudions les altérations leucocytaires chez 11 malades de pancréatite aigue hémorragique, observés dans notre Service. Un fait a attiré notre attention: l'hyperleucocytose de nos cas est inférieure à celle obtenue par d'autres auteurs. Il est important de consigner que le manque de formes non mûres dans les 6 ou 12 premières heures, ou leur présence avec des chiffres très bas, parle pour une nécrose aigue pancréatique et contre l'ulcus peptique gastroduodénal perforé, qui est l'affection qui présente une plus fréquente confusion diagnostique.

## SOBRE LA NATURALEZA DEL ULCUS ANTRAL

J. FERNÁNDEZ PLEYÁN

Del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Provincial de Madrid. Director: Prof. DR. C. GONZÁLEZ BUENO

El problema de la posible transformación de las úlceras gástricas, ha sido y es cuestión ampliamente debatida por los que se dedican a estudiar de cerca este aspecto de la patología digestiva.

La frecuencia y posibilidad con que una úlcera puede sufrir la degeneración carcinomatosa es apreciada de modo muy distinto por los diferentes autores; pero si nosotros consideramos *a priori* la posibilidad de la transformación maligna de los úlcus gástricos, tenemos que aceptar que de todos ellos, son los de localización antral los que deben inducirnos la sospecha de malignidad. Que las úlceras antrales sean carcinomatosas, o bien que éstas en su evolución puedan sufrir la transformación maligna es un hecho que mantiene divididos a los clínicos y anatomopatólogos, del mismo modo que tampoco está unificado el criterio sobre los límites anatómo-funcionales del antro.

CRITERIO DE LOCALIZACIÓN. — Como úlceras de antro pilórico se designan aquellas que radican en la región de este nombre. Por antro se entiende la porción gástrica situada entre la incisura angularis o ángulo y la iniciación del conducto pilórico. Si consideramos el estómago en la pantalla, en posición erecta, podremos distinguir una silueta vertical en la que encontramos una porción descendente, una acodadura y una porción ascendente u horizontal. En el polo superior se encuentra la cámara de aire. Las nomenclaturas y criterios aceptados para la delimitación anatómica y funcional de estas porciones varían, y así, mientras GROEDEL designa como *fundus* a la porción superior del segmento vertical, separada del *corpus* por la *incisura cardíaca*, considerando como *antro* a la porción ascendente u horizontal, FORSELL admite el estómago dividido en dos segmentos, uno vertical o *sacculus digestorius* y otro horizontal o *canalis egestorius*. A la porción superior la designa con el nombre de *fornix* y al saco gástrico de Groedel *sinus*, mientras que el antro pilórico lo constituye el *canalis egestorius*.

La complicada arquitectura muscular del estómago, con la tan discutida existencia de un esfínter antral, así como el comportamiento fisiológico, hace que sea muy cuestionable la unificación de las nomenclaturas; nosotros, simplificando, en beneficio de la claridad, usaremos los nombres de *porción horizontal* y *porción vertical* del estómago.

NATURALEZA DEL ULCUS ANTRAL. — Como divergen los criterios mantenidos acerca de la localización, igualmente divergen los sustentados para la determinación de la naturaleza de los úlcus situados en la porción horizontal del estómago.

Radiológicamente no pueden establecerse conclusiones exactas y definitivas acerca de la benignidad o malignidad de la lesión, pues a pesar de la minuciosa descripción que GUTTMANN da de los caracteres de benignidad y malignidad de los nichos, autores como EUSTERMANN y BALFOUR, afirman que el 9 por 100 de las úlceras carcinomatosas fueron señaladas como benignas por el radiólogo, y éste, en el 30 por 100, no pudo precisar su naturaleza. La diversidad en los criterios está mantenida por una constelación de factores que difícilmente permite unificarlos. En primer término no existe un criterio claramente establecido para la identificación de la benignidad o malignidad de la lesión. El examen histológico, si bien la mayor parte de las veces permite establecer un diagnóstico certero, tampoco puede aceptarse como definitivo; así, mientras para EWING la presencia de proliferaciones epiteliales atípicas en las glándulas de los bordes de la úlcera no pueden considerarse como signos indelebles de malignidad, otros autores, por el contrario, lo consideran como patognomónico. De otra parte, como más adelante hemos de ver, es posible la coexistencia de carcinoma y úlcera, y además, de todos es conocida la tendencia ulcerativa de ciertos tipos de neoplasias, lo que aumenta la complejidad del asunto.

Este desacuerdo es elocuente al revisar las estadísticas: el problema de la transformación maligna