

ratones inoculados, y se cultivaba fácilmente en la alantoides de pollo.

Aún se ignora si en el hombre son frecuentes las miocarditis como manifestación aislada de la infección, ya que la miocarditis de Fiedler se ha descrito con escasa frecuencia. El avance en este sentido debe proceder de la interpretación electrocardiográfica, pensando en la existencia posible de miocarditis más de lo que suele hacerse en la actualidad. La valoración correcta de las alteraciones del electrocardiograma puede hacer llegar al diagnóstico de miocarditis en muchos casos, que son considerados como de "neurosis cardíacas" o con otros diagnósticos similares. Un dato de valor para el diagnóstico de afección miocárdica sería para SCHWINGEL la falta del acortamiento normal que el espacio QRS experimenta por el esfuerzo.

Otro hecho más para que se haya centrado la atención de los clínicos en las alteraciones

del miocardio ha sido el conocimiento de que por la acción de las sulfonamidas, empleadas para combatir el proceso infeccioso, pueden originarse cuadros degenerativos o inflamatorios del miocardio. Sobre el asunto han publicado recientemente una observación PARRA y FRANCO en esta Revista, y son numerosas las publicaciones existentes en el mismo sentido. Contribuye todo ello a que se revalorice la importancia de las alteraciones anatómicas del músculo cardíaco por los agentes infecciosos y tóxicos, situada en un segundo plano desde el descubrimiento de la importancia funcional del sistema circulatorio periférico y de las alteraciones funcionales miocárdicas por trastornos en la irrigación coronaria.

BIBLIOGRAFIA

- HELWIG, F. C. y SCHMIDT, E. C. H.—*Science*, 102, 31, 1945.
JAFFE, R.—*J. Lab. Clin. Med.*, 29, 139, 1944.
PARRA, J. y FRANCO, R.—*Rev. Clin. Esp.*, 20, 331, 1946.
SAPHIR, O.—*Arch. Path.*, 32, 1.000, 1945.
SCHWINGEL.—*Klin. Wschr.*, 18, 369, 1939.

CONSULTAS

En esta sección se contestará a cuantas consultas nos dirijan los suscriptores sobre casos clínicos, interpretación de hechos clínicos o experimentales, métodos de diagnóstico, tratamientos y bibliografía.

M. C.—Conocemos la técnica del cateterismo duodenal para la extracción de bilis con la sonda fina duodenal, pero deseamos nos digan la técnica de extracción de bilis para su estudio, y una vez extraída, cómo se analiza e interpretación clínica de los resultados.

El sondaje duodenal con fines analíticos no requiere como precaución especial sino la de que se realice con el mayor grado de asepsia posible, a fin de evitar con nuestras maniobras la infección de la bilis. No obstante, por razones fáciles de comprender, es punto menos que imposible el conseguir que la bilis no sea contaminada.

Una vez que la sonda está introducida unos 70 cm., debemos convencernos de su correcta posición en el duodeno, para lo cual debemos de aspirar con una jeringuilla y determinar la reacción del líquido extraído. Si la reacción es ácida, la sonda se encuentra en el estómago, y si es alcalina, en el duodeno. Este proceder puede, sin embargo, llevar a resultados falsos en el caso de que el extremo de la sonda, estando en el estómago, por la existencia de un reflujo duodenal el líquido tomado por extracción presente reacción alcalina. Para obviar esta causa de error, se propone también la inyección por la sonda de una solución coloreada o simplemente de una cierta cantidad de leche. Si pasados unos segundos el líquido puede ser recuperado

fácilmente por aspiración, no cabe duda que la sonda se encuentra en el estómago, ya que esto es imposible de conseguir cuando se encuentra colocada en el duodeno. De todas formas, cuando sea posible, nos valdremos del examen a rayos X para de una manera rápida y segura convencernos de su exacta situación.

Para provocar la evacuación de la bilis se han propuesto diferentes medios. El método de Meltzer-Lyon consiste en la inyección por la sonda de una solución de sulfato magnésico al 33 por 100 en cantidad aproximada de unos 30 a 40 c. c. Step utiliza la peptona al 5 por 100 y Kalk se vale de la inyección intramuscular de pituitrina. El más cómodo y más corrientemente usado de todos estos métodos es el primero, con el que se consigue la evacuación biliar a los quince o treinta minutos de haber inyectado la solución.

En la primera aspiración se obtiene un líquido claro y ligeramente tefido, que constituye la llamada bilis A. En sucesivas aspiraciones el aspecto del líquido extraído va haciéndose más oscuro y viscoso, constituyendo lo que se ha denominado bilis B o vesicular, por ser éste su origen. Al final de las extracciones, de nuevo la bilis se presenta menos coloreada y más fluida, recibiendo el nombre de bilis C, y que es considerada como bilis directamente recogida de la segregada por el hígado.

El análisis del sedimento debe hacerse previa centrifugación. Normalmente sólo se ven unas cuantas cé-

lulas, que no llegan a 10, y en su mayoría formadas por leucocitos, hematies y células de la vesícula biliar. Un aumento de células en el sedimento debe ser considerado como patológico, la mayoría de las veces de indole inflamatoria. Puede también observarse una pequeña cantidad de moco, que mientras no sea muy abundante, no se le puede conceder significación alguna.

Se suelen también observar cristales de colesterolina bajo el aspecto de tabletas rómbicas o cristales de bilirrubina.

Para realizar el examen bacteriológico es preciso sembrar una gota de bilis recogida con el mayor grado de asepsia, sobre una placa de agar común, o mejor de agar sangre, por si algunas de las bacterias modificase el medio. Sólo se pueden considerar estos cultivos como positivos cuando el número de colonias obtenido sea

superior a 80 ó 100, ya que en caso contrario es seguro que el origen del germen cultivado no es la vesícula precisamente, sino una contaminación en el acto de extracción. Cuando el cultivo sea positivo, hay que proceder a la identificación exacta del germen, sobre cuyo detalle no podemos entrar, ya que constituye una técnica difícil de conseguir sin una enseñanza directa.

La mayoría de las veces el germen encontrado es el cíclabacilo y el enteroroco, siguiendo en orden de frecuencia los gérmenes del grupo salmonela, el estreptococo viridans y el estafilococo.

Por último, debemos señalar que el examen directo del sedimento al microscopio denuncia con cierta frecuencia la presencia de parásitos, como las lamblias, y con una gran rareza otros tipos, como el fasciola hepática.—J. PERIANES CARRO.

INFORMACION

HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO DE BARCELONA

Escuela de Patología Digestiva. Prof.: F. Gallart Monés.

AMPLIACIÓN DE ESTUDIOS 1946.

XXX CURSO DE PATOLOGIA DIGESTIVA

Organizado por F. Gallart Monés, con la colaboración de T. A. Pinós, Jefe de Sala; J. Badosa Gaspar, Jefe de Dispensario; J. Barberá Voltas, Jefe de Dispensario; L. Andreu Oller, Radiólogo; P. Babot, Jefe de Laboratorio; J. Balaguer Formiguera, Médico Auxiliar; E. Vidal-Colomer, Jefe de Dispensario; A. Gallart-Esquerdo, Médico Auxiliar; J. María Raméntol Rifa, Jefe de Sala; J. Valls Colomer, Radiólogo; J. Font Puigderrajols, A. García Paredes y E. Sierra Ruiz, Médicos Asistentes, del Servicio de Patología Digestiva, y A. Caralps, Jefe del Servicio de Cirugía Torácica del Ayuntamiento de Barcelona; J. Guasch, Jefe de la Sección de Hematología y Transfusión del Instituto Policlínico; A. Llauradó, Cirujano del Hospital; N. Lloret Barber, Cirujano del Hospital; J. María Oller C. de Sobregrau, Cirujano del Hospital; J. Pi-Figueras, Cirujano del Hospital; J. Prim, Cirujano del Hospital; J. Puig Sureda, Profesor de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina; R. Roca de Viñals, Anatomopatólogo del Servicio del Cáncer del Hospital; A. Romero Calatayud, del Hospital de San Juan de Dios, de Valencia; J. Rusca Codina, Médico Ayudante del Servicio de Ginecología del Hospital.

Este curso empezará el 5 de octubre y terminará el 21 de diciembre. Será eminentemente práctico. Sólo se admitirán 30 alumnos. Todos los días, de ocho y media a diez de la mañana, presentación de enfermos y discusión sobre los mismos en la Clínica y el Dispensario. Las lecciones del programa se ilustrarán con fotografías, proyecciones, piezas patológicas, etc., alternando con prácticas radiológicas, endoscópicas, de laboratorio y demostraciones operatorias.

Sesiones gastroscópicas: martes y viernes, desde las ocho de la mañana. Sesiones proctoscópicas: lunes, desde las nueve de la mañana.

PROGRAMA.

Lección 1.—Interrogatorio y exploración clínica de un enfermo del aparato digestivo. El dolor abdominal en patología digestiva. Dr. Gallart.

Lección 2.—Fisiopatología de la digestión. Síndromes coprológicos; su interpretación. Dr. Barberá.

Esófago.

Lección 3.—Afecciones benignas del esófago. Dr. Andreu.

Lección 4.—Cáncer del esófago. Dr. Raméntol.

Estómago y duodeno.

Lección 5.—Examen del contenido gástrico. Su valor clínico. Dr. Babot.

Lección 6.—Gastroscopia. Dr. Badosa.

Lección 7.—Dispepsias. Concepto actual. Dr. Raméntol.

Lección 8.—Gastritis. Dr. Vidal-Colomer.

Lección 9.—Ulcera gastroduodenal. Estado actual de su etiopatogenia. Dr. Pinós.

Lección 10.—Síntomas y formas clínicas de la úlcera gastroduodenal. Dr. Vidal-Colomer.

Lección 11.—Radiología de la úlcera gastroduodenal. Dr. Valls Colomer.

Lección 12.—Valor de la endoscopia en el diagnóstico de la úlcera gástrica. Dr. Pinós.

Lección 13.—Terapéutica médica de la úlcera gastroduodenal. Indicaciones quirúrgicas. Dr. Gallart.

Lección 14.—Fisiopatología del gastroenterostomizado y del gastrectomizado. Dr. Romero Calatayud.

Lección 15.—Diagnóstico clínico del cáncer del estómago. Dr. Balaguer.

Lección 16.—Radiología y endoscopia del cáncer del estómago, especialmente en su comienzo. Dr. Vidal-Colomer.

Lección 17.—Fundamentos de la terapéutica quirúrgica del cáncer del estómago. Dr. Prim.

Lección 18.—Tumores benignos del estómago. Doctor Badosa.

Lección 19.—Enfermedades no ulcerosas del duodeno. Dr. Andreu.