

BROCQ, BENSUADE, LAUBRY, que diagnostican cáncer de D. de esófago, angor pectoris, etc. Continúan las hemorragias cada quince días, acompañadas o no de dolores, hasta episodios sincopales y recuentos de 2,5-3 millones de eritrocitos. Seis meses más tarde de la primera radioscopia, ABRAMI diagnostica una esplenopatía cuando el enfermo llega al millón de eritrocitos. GREGOIRE no encuentra esplenomegalia y practica, sin embargo, la esplenectomía; nueva hemorragia un mes más tarde, y ulteriormente cada tres-cuatro meses. Pasados todavía cinco años, en 1936, los dolores se hacen muy agudos, y GREGOIRE y ABRAMI, que confirman una hernia epigástrica, le intervienen por esta causa, sin que la reiteración dolorosa, con toda violencia, tarde más de cinco días, continuando las hemorragias. En octubre de 1936, durante una decidida laparatomía exploradora, se confirma un tumor pancreático que, bajo la impresión de un cáncer, se somete a 13 sesiones de irradiación, pero en abril de 1938 reaparecen los violentos dolores epigástricos irradiados a dorso y hemorragias, que le llevan a estados lipotímicos.

Finalmente, una exploración radiológica muestra por primera vez, en enero de 1939, un DD inmediato a rodilla superior, enclavado en cabeza de P en la zona tumoral, que es intervenido con resección antroduodenal supravateriana, y en cuya pieza diverticular, de fondo rojo y edematoso, no se aprecia ulceración alguna, pero sí retracción y esclerosis de zona vecina de cabeza de P. Cinco meses después no sufre anormalidad alguna.

Según necropsia de nuestro caso, la hemorragia letal sucede por afectación úlcero-esfacelada del tumor a nivel del divertículo, interesando importantemente el circuito pancreático-duodenal, pero no por ello creemos deber valorar en menos otros factores coincidentes, especialmente el estasis sanguíneo apuntado más arriba. Fuerza es, sin embargo, considerar que la afectación vascular sucedió a nivel de importantes troncos capaces de dar lugar a la extravasación masiva.

En síntesis, según la aportación hecha de este nuevo caso de cáncer pancreático juvenil, merece destacarse la silenciosidad evolutiva que le acompaña, sin que por ello se aleje grandemente del cuadro sintomático peculiar de estas localizaciones de cuerpo patentizando el predominio de los fenómenos generales sobre los visceroclocales. El particular asiento diverticular del cáncer extendido a un amplio sector de glándula pancreática principal, haciendo pensar en el verosímil origen duodenal del carcinoma. La naturaleza histológica del tumor que induce a creer en la histogenia pancreática, a pesar de su aceptable origen duodenal y, en consecuencia, a admitir la degeneración carcinomatosa de restos pancreáticos, incluidos en la pared diverticular corroborando el principio de la cancerresistencia de D. La posible cancerización diverticular, ciertamente de extraordinaria rareza, a expensas de restos aberrantes de P que anidan en su pared imprimiendo un sello de congenitalidad etiológica del DD, en cuyo desarrollo juegan tan importante papel los núcleos de embriogenia pancreática probablemente múltiples, quizá con significación atávica. La necesidad de perseguir clínica y radiológicamente la diverticulosis duodenal y de someter a continuada vigilancia los casos conocidos en evitación de complicaciones locales que les conviertan en cuadros clínicamente trascendentes. La valoración del síndrome

me hemorrágico diverticular como indicio de posible degeneración que obligue a medidas cruentas.

#### BIBLIOGRAFIA

- ASCHOFF.—Trat. de Anat. Pat.  
 BONORINO, CASTEX y D'ALOTTO.—Cáncer primitivo de duodeno. Prensa Méd. Arg., 33, 28.  
 BRUNSCHWIG.—Journ. Am. Med. Ass., 136, 1 1948.  
 CARRO.—Medicina, 2, 1948.  
 CARRO.—Gac. Med. Esp., 7, 1944.  
 GALLART.—Divertículos del duodeno. Lec. clín. VI, S.  
 DIETRICH.—Pathologische Anat., 1934.  
 FORRATI y CARRERAS.—Bol. Soc. Cir. Urug. T. 16, 9-10, 1945.  
 ROMERO ORBEGOZO y L. DE LARA.—Rev. Clin. Esp., 18, 1945.  
 TORRES GONZÁLEZ.—Sem. Med. Esp., 9, 1943.  
 GREGOIRE.—Divert. complicado del D. Arch. Mal. de l'App. Dig., 29, 701, 1939.  
 POPPI.—Arch. Ital. delle Mal. dell'App. Dig., 6 534, 1935.  
 ALBRECHT.—Sitzungsber. d. G. f. Morph. u. Physiol. 1901.  
 ANTONEITTI.—Pathologica, 326, 1922.  
 ASKANAZY.—Dtsch. Med. Wschr., 1-2, 1923.  
 BENJAMIN.—Ann. of Surg., 223, 1918.  
 BEUTLER.—Virchow's Arch., 341, 1921.  
 BROMANN.—Anat. Anz., 44, 1913.  
 CALO.—Arch. Mal. App. Dig., 235, 1934.  
 CARWARDINE-SHORT.—Ann. of Surg., 653, 1913.  
 DELHOUCHE.—Arch. f. kl. Chir., 129, 1924.  
 ENGEL.—Virchow's Arch., 244 1923.  
 FEYTER.—Wien. Med. Wschr., 17, 1929.  
 FUMAGALLI.—Clinica Chirurgica, 1, 1931.  
 GLINSKI.—Virchow's Arch., 164, 1901.  
 LAUCHE.—Virchow's Arch., 252 1924.  
 MATHIAS.—Virchow's Arch., 236, 424, 1922.  
 NAUWERK.—Dtsch. Med. Wschr., 119, 1909.  
 OPIE.—Bull. J. Hopkins Hosp., 150, 1903.  
 MAYO ROBSON.—Lancet, 1823, 1905.  
 SALTIKOV.—Ziegler's Beitr., 559, 1912.  
 SICCA.—Gazz. degli Osp. e delle Cliniche, 1934.  
 THOREL.—Virchow's Arch., 173, 1903.  
 WEISHAUPF.—Virchow's Arch., 223 1917.  
 WEISSBERG.—Virchow's Arch., 66, 1931.  
 UGELLI.—Políclínico, 8, 424, 1934.

#### DOS CASOS DE FIEBRE DE MALTA TRATADOS CON ESTREPTOMICINA Y SULFADIAZINA, SEGUIDOS DE EXITO

A. SILVA ALCÁNTARA

Cáceres.

#### INTRODUCCIÓN.

Como preámbulo a esta comunicación, sólo decir no tiene otro objeto que presentar a la clase médica el sorprendente resultado del tratamiento llevado a cabo en estos dos enfermos—cuyo relato clínico anotamos más tarde—que con un tratamiento simultáneo de estos dos antibióticos durante un período de diez días, han sido dados de alta por curación clínica.

Allá por los días en que llegó a nuestras manos el número de REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA del 30 de abril teníamos estos enfermos, en los cuales habíamos empleado toda la variada medicación empleada en esta afección, y leímos en él los favorables resultados de este tratamiento, el que pusimos en seguida en acción de la forma que ahora referimos.

Primer caso.—J. N. B., de sesenta años, casado. Antecedentes familiares y personales, sin interés. Enfermedad actual. — Comienzo, al parecer, gripal,

con rebeldía a la medicación usual. Esto, unido al dato epidemiológico de haber tomado queso de cabra y existir en esta zona bastantes casos de esta enfermedad, nos movió a hacerle una aglutinación (laboratorio Serviá), que dió resultado positivo al melitensis al 1 por 1.000.

Tratamos durante el brote febril con choques de Cibazol y arsenicales; éstos por vía parenteral. Y en los intervalos pusimos vacuna por vía intramuscular.

Esta medicación, reforzada con tónicos vasculares, digitálicos, vitaminas C y complejo B, extractos hepáticos, etc.

El proceso se modifica muy poco, y en vista de ello suspendimos toda la citada medicación para dar paso al tratamiento de estreptomicina y sulfadiazina, en la forma que diremos al final.

Segundo caso.—I. O. P., de cincuenta y siete años, casada, esposa del enfermo anterior.

Antecedentes familiares y personales, carecen de interés.

Enfermedad actual.—Ya enfermo su marido, presenta fiebre remitente, con sudores acentuados y malestar general. Por exploración física no encontramos datos de algún valor e investigamos brucelosis, que nos aglutina al 1 por 500 (laboratorio Serviá).

El tratamiento que instituímos es análogo al de su marido, e igualmente sigue el proceso, sin modificarse, después de más de un mes de medicación.

#### PAUTA SEGUIDA.

Con estos antecedentes de rebeldía a la medicación, y con una diferencia de días en comen-

zar la asociación estreptomicina y sulfadiazina, en el primero de los enfermos empezamos también antes, y, en ambos, empleamos la siguiente pauta: durante diez días seguidos administramos estreptomicina a la dosis de 2 gr. diarios en inyección cada seis horas, y simultáneamente damos sulfadiazina en tomas de 1 gr. cada cuatro horas durante los siete primeros días, y de 0,5 gr. los tres días restantes, que completan los diez de tratamiento.

Tanto el uno como el otro enfermo respondieron muy favorablemente, encontrándose sin fiebre antes de finalizar los días de tratamiento, y así continúan en la actualidad, después de más de mes y medio que hace les dimos de alta.

#### RESUMEN.

En vista de lo anterior expuesto, muy en resumen, hemos de terminar haciendo resaltar el muy favorable resultado del tratamiento de la brucelosis humana con la asociación de estreptomicina y sulfadiazina, el cual creemos es el mejor, y quizá único, en eficacia para combatir esta enfermedad, que tantas inquietudes respecto al tratamiento de la misma teníamos hasta la fecha.

## RESUMEN TERAPEUTICO DE ACTUALIDAD

### LAS HEMORROIDES Y SUS INDICACIONES TERAPEUTICAS

M. A. CASAL

Director del Instituto de Patología de Buenos Aires.

Las hemorroides son dilataciones varicosas de una o varias venas hemorroidales. El proceso anatómico-patológico que permite estas dilataciones es una degeneración de las paredes venosas, que puede conducir a trombosis localizadas, a estados inflamatorios con roturas vasculares y llegar, si el proceso es muy intenso, a ulceraciones y aun hasta la necrosis.

La frecuencia de esta enfermedad es muy grande; de ahí se desprende su interés. En la Clínica Mayo han observado que el 52 por 100 de los examinados proctológicamente presentan paquetes hemorroidarios.

Con la etiología comienzan las dificultades, que nacen de la diversidad de criterios que imperan al respecto.

Se ha hablado de causas neurotóxicas de origen alérgico; es evidente su relación; sin embargo, presentan hemorroides pacientes que no tienen ninguna manifestación de esta índole. A pesar de ello, no hay duda de la importancia de la acción desencadenante de crisis congestivas producida por ciertos ali-

mentos. Y, en efecto, la clínica confirma que esas manifestaciones son de tipo alérgico por la anarquía de sus síntomas y porque, con una dieta de evacuación suave y atóxica, se produce una desintoxicación alimenticia y bacteriana, que se traduce en alivio por descongestión rectal.

También se han mencionado las condiciones anatómicas, atribuyendo la aparición del proceso a la doble circulación venosa del recto y ano, y a la falta de válvulas en las ramas de la hemorroidal superior.

Se ha hablado y se habla de la relación existente entre constipación y hemorroides. Es indudable que guardan gran relación, pero es curioso entonces observar que los hemorroidarios no son muy frecuentes de los quince a los treinta años, y, sin embargo, es muy grande el número de constipados entre esas edades.

La herencia hemorroidaria ocupa un papel de importancia, pero se encuentran comúnmente familias donde algunos miembros de las mismas padecen y otros no, como si existiera mayor vinculación con el género de vida que con la herencia.

Especialistas de prestigio no se ponen de acuerdo sobre las causas etiológicas. Así BACON le asigna gran importancia a la vida sedentaria, mientras BUIE, de la Clínica Mayo, no le atribuye ninguna.

No cabe duda que es necesario un fondo constitucional, sobre el cual actuarán, aislada o conjuntamente, los factores que acabamos de señalar y