

consistente en equimosis en la región lumbar, sobre el tumor que se palpa.

Una vez establecido el diagnóstico, el tratamiento ha de ser quirúrgico, con lo que corrientemente se salva la vida del enfermo. Despues de la eliminación de los coágulos se hará una detenida exploración de la celda renal, por si se trata de una hemorragia en el seno de un tumor maligno. En alguno entre todos los casos operados fué necesario practicar una nefrectomía, curando completamente el enfermo.

BIBLIOGRAFIA

- CIBERT, J., VACHON, A. y CAVAILHER, H.—J. Urol. Med. Chir., 50, 65, 1942.
 EKMAN, H.—Acta. Chir. Scand., 93, 531, 1946.
 GILSANZ, V. y ANSELEM, A.—Rev. Clin. Esp., 33, 47, 1949.
 MARTIN, K. W.—Br. Med. J., 1, II18, 1949.
 PAGE, L. H.—Science, 89, 273, 1939.
 POLKEY, H. J. y VYNALEK, W. J.—Arch. Surg., 26, 196, 1933.

FALSA OBSTRUCCION DEL COLON. SINDROME DE OGILVIE

En los últimos tiempos han aparecido varias comunicaciones sobre casos similares a los descritos por OGILVIE, y es posible que se trate de un cuadro no raro, especialmente como complicación postoperatoria de diversos procesos abdominales.

Los dos casos descritos por OGILVIE eran enfermos de tumor, con metástasis que habían invadido la pared abdominal posterior y los pilares del diafragma. El cuadro clínico consistía en dolores cólicos, con borborígmox y distensión abdominal, simulando una obstrucción del colon. En la intervención se demostró que no existía obstrucción de esta víscera, y OGILVIE sugiere que el síndrome se debe a trastornos en la inervación del colon a causa de la formación neoplásica. Tres posibles teorías aduce a este respecto: invasión de las fibras parasimpáticas, con estimulación de las mismas; producción de una sustancia colinérgica por las células tumo-

rales; para el otro por interrupción de las fibras post-ganglionicas, por el crecimiento neoplásico. En ninguno de los dos casos se practicó autopsia, por lo que estas posibilidades son hipótesis, más o menos fundadas. HANDLEY, que ha descrito otro caso también por invasión neoplásica de los pilares diafragmáticos, piensa asimismo en una hipótesis vascular, por compresión u obstrucción de los vasos mesentéricos superiores, aunque este mecanismo no se presentaba en su caso y probablemente tampoco en ninguno de los descritos. La mayoría de los autores que se han ocupado del asunto afirman que la tercera de las posibilidades apuntadas por OGILVIE, es decir, la interrupción de las vías simpáticas, es la que tiene más probabilidades de ser cierta.

Los estudios hasta ahora realizados sobre el síndrome son demasiado escasos para que pueda establecerse con seguridad su mecanismo. OGILVIE pensó en un trastorno de la inervación del colon distal, pero DUNLOP objeta que una interrupción de las vías simpáticas a este nivel debería ocasionar una vasodilatación en la pierna izquierda, que nunca ha sido observada. En el caso de DUNLOP se encontró en la exploración radiológica una dilatación del ileon terminal, ciego, ascendente y transverso, en tanto que era normal el aspecto del colon más distal. Es posible, por tanto, que la disfunción motora recaiga también en otros casos en esta porción media del intestino, ya que las manifestaciones clínicas en este caso son iguales que si el trastorno asienta más distalmente.

No todos los casos de síndrome de OGILVIE son debidos a la interrupción de los esplácnicos por tumores. En un caso descrito por GERLIS, la muerte se produjo por un síndrome de obstrucción intestinal, a causa de un hematoma en la pared abdominal posterior, que producía una gran dilatación del intestino delgado. Este hematoma había sido producido por una intervención por hernia inguinal, y es muy posible que síndromes de obstrucción que surgen después de distintas intervenciones quirúrgicas se deban a hemorragias en la raíz del mesenterio o en la proximidad de las arterias mesentéricas superiores.

BIBLIOGRAFIA

- DUNLOP, J. A.—Br. Med. J., 1, 890, 1949.
 GERLIS, L. M.—Br. Med. J., 1, 1137, 1949.
 HANDLEY, R. S.—Br. Med. J., 1, 891, 1949.
 OGILVIE, H.—Br. Med. J., 2, 671, 1948.

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.

J. L. S. H.—Bibliografía francesa y española sobre espiometría.

Le indicamos algunos de los trabajos más recientes sobre el tema, especialmente los que exponen la metodica.

ARNAUD, TULOR y MÉRIGOT.—L'exploration de la fonction respiratoire. París, 1947.

- PETRILLO.—La función respiratoria. Montevideo, 1945.
 LABOURT y LANARI.—Medicina (Buenos Aires), 4, 33, 1943.
 OLMES DE CARRASCO.—Rev. Clin. Esp., 7, 59, 1942.
 BATTRO y LABOURT.—Rev. Arg. Cardiol., 10, 83, 1943.
 OLMES DE CARRASCO.—Medicina, 14, 1°0, 1946.
 VACCAREZZA y SOUBRIÈ.—Rev. Clin. Esp., 20, 129, 1946.
 ALIX y PITA.—Rev. Clin. Esp., 19, 90, 1945.
 JÉQUIER-DOGE.—Sem. des hôp. París, 22, 1161, 1946.
 CROIZIER.—J. Méd. Lyon, 28, 241, 1947.
 MOTTARD y PEREMANS.—Rev. Méd. Liège, 2, 290, 1947.
 BIRATH.—Rev. de la Tuberc., 10, 717, 1946.
 HEDON.—Pontpellier Méd., 19-20, 336, 1941.

damentalmente. 5. La presencia del síntoma de Cruveilhier Baumgarten.

Desde el punto de vista histológico, repitiendo lo que dijo el Dr. LÓPEZ GARCIA, podemos concluir que lo existente es una afectación del mesenquima hepático que no es post-inflamación, sino que parece abiertamente primaria. La infiltración tan grande de células y el aumento de los sinusoides confieren al hígado un aspecto angiomatoide, que verosimilmente tiene relación con las dilataciones venosas observadas, de donde podríamos inferir que es posible que muchas de las cirrosis con el síntoma de Cruveilhier Baumgarten sean en realidad cirrosis retoteliales. En el bazo se observa algo similar, una hiperplasia de las células litorales como nunca habíamos visto, cordones de pulpa muy hiperplásticos, aumento de los senos, etc., etc. Por consiguiente, es un caso que corresponde a lo que yo he descrito con el nombre de cirrosis retotelial, del que ya se han publicado dos casos nuestros, libres de objeción.

Dr. PARRA.—Se refiere a dos casos suyos de fiebres de

Malta con síntoma hiperplásico oesplénico de cirrosis, en los que quizás éste se explique no por peculiaridades bacteriológicas del germen, sino por una especial disposición constitucional para la reacción reticular. Así uno de los hermanos presentados por el Dr. ROMEO habría tenido en la fiebre de Malta que consta en su anamnesis el factor desencadenante o acelerador del desarrollo de todo el cuadro.

El Prof. JIMÉNEZ DÍAZ respondió que existe una diferencia radical, doctrinal, entre lo que se considera como hiperplasia reticular reactiva a una infección, melitense, mononucleosis infecciosa, ictericia epidémica, etcétera, y lo que es una hiperplasia primaria, cuyos factores etiológicos, como los de los tumores, por ejemplo, aún no conocemos. Histológicamente tampoco son iguales, y, sobre todo, en estos casos, está la diferencia fundamental en la existencia del síntoma de Cruveilhier Baumgarten, que jamás se da en aquéllas, por lo que, insistió, el caso presente es uno de los que hemos llamado cirrosis retotelial.

INFORMACION

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Decreto de 6 de junio de 1949 por el que se dictan normas para el funcionamiento de la Sección de Oncología. (*B. O. del E.* de 20 de julio de 1949.)

Decreto de 6 de junio de 1949 por el que se establece la Lucha Sanitaria Nacional contra la invalidez. (*Boletín Oficial del Estado* de 20 de julio de 1949.)

Decreto de 6 de junio de 1949 por el que se crea una Sección dedicada a la profilaxis de las enfermedades del aparato circulatorio y a la ayuda del cardíaco. (*B. O. del E.* de 20 de julio de 1949.)

Patronato Nacional Antituberculoso.

Convocatoria de concurso-oposición restringido entre Médicos Ayudantes de este Patronato Nacional Antituberculoso para el pase a la categoría de Directores. (*B. O. del E.* de 14 de julio de 1949.)

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza.

Anunciando para su provisión en propiedad, por oposición(la plaza de Médico interno del Servicio de Transfusión de Sangre. (*B. O. del E.* de 14 de julio de 1949.)

Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla.

Anunciando concurso-oposición para proveer tres plazas de Médicos de guardia de esta Facultad de Medicina. (*B. O. del E.* de 14 de julio de 1949.)

PRESIDENCIA DEL GOBIERNO

Dirección General de Marruecos y Colonias.

Anunciando concurso para proveer una plaza de Médico Cirujano en el Hospital de Sidi-Ifni. (*Boletín Oficial del Estado* de 13 de julio de 1949.)

BIBLIOGRAFIA

A) CRITICA DE LIBROS

PRECIS DE TOXICOLOGIE (2.^a Ed.).—E. KOHN-ALREST.—G. Doin & Cie., Editores. París, 1948.—Un volumen en cuarto de 432 páginas, con 70 figuras, 980 francos.

Esta segunda edición sobre la misma base, pero ampliada, es de evidente utilidad. Se estudia la marcha general de la exploración toxicológica, y sucesivamente

las intoxicaciones por gases, venenos volátiles y metálicos, cáusticos, alcaloides y glucósidos. Todo ello está expuesto sucintamente. No obstante, se hace constar en general lo más esencial, y al final se expone la marcha en las investigaciones.

No son frecuentes los libros en los que en un espacio relativamente breve y de forma clara se exponga, como en éste, lo que es necesario conocer de la toxicología.