

lich maligne und zeigten eine schnelle Entwicklung, nur ein einziger unter den sieben hatte einen längeren Verlauf (16 Monate) und konnte als subakut angesehen werden oder als remittenter Fall, der aber auch zum Schluss ein malignes akutes Stadium hatte.

### RÉSUMÉ

On présente 7 cas de leucémie monocytique, parmi lesquels 5 avec autopsie, et chez lesquels on avait, pu suivre le cours clinique jusqu'à la mort faisant en suite l'étude histologique des différents organes. On analyse les notes cliniques et anatomopathologiques qui permettent d'affirmer l'existence d'une leucémie monocytique aigüe ou subaigüe aussi certainement qu'accepter une leucémie myéloïde ou lymphoïde, quoique on reconnaît que tous ces genres de aspects cliniques de leucémies graves ont radicalement une signification semblable. On attire l'attention sur les particularités cliniques, hématologiques et du myélogramme qui caractérisent les leucémies monocytiques et servent pour leur diagnostic différentiel.

On discute l'origine du monocyte, partant des notes que l'étude des ces cas offre, arrivant à la conclusion d'un origine multiple, bien à partir de la cellule mésenchymale, bien de la primitive hémopoïétique (hémocytoblaste) en signalant la possibilité d'une intertransformation du monoblaste et le myéloblaste pathologique.

On considère la leucémie monocytique comme un procès hors des réticuloses quoique avec le même rapport vis à vis d'elles que les autres formes de leucémie.

Les auteurs n'ont vu aucun cas qu'ils puissent considérer comme leucémie monocytique chronique; tous ces cas étaient d'une forte malignité et rapide évolution; seulement 1 parmi les 7 évolua en 16 mois, pouvant le considérer comme subaigüe, ou rémittent, mais à la fin avec une acuité également maligne.

### LAS VARIACIONES REGIONALES DE LA RESISTENCIA CAPILAR EN EL CURSO DE CIERTAS INFECCIONES

M. DÍAZ-RUBIO y V. PLANAS HEVIA.

Clinica de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Cádiz. Catedrático: Dr. M. DÍAZ-RUBIO.

A un lado las alteraciones de la resistencia capilar (R. C.), que difusamente tienen lugar en ciertas infecciones generales, como sucede en la escarlatina, sarampión, tifus, endocarditis lenta, etc., se plantea el problema de la posible limitación del trastorno a determinadas zonas, quizá en conexión con la localización dominan-

te del proceso. Una contribución fundamental sobre ello se debe a FRANKE; éste, en 9 casos de amigdalitis, señala el que la R. C. disminuye notablemente, para aumentar con la declinación de la actividad del proceso y hacerlo totalmente tras la amigdalectomía, con la particularidad de la desproporción existente entre la intensidad del trastorno, comparando la R. C. en el brazo y en la zona supraclavicular, en la que estaría mucho más acusado, consideradas las diferencias fisiológicas existentes entre ambos. Algo análogo refiere el mismo autor, en otro trabajo, en lo que atañe a la tuberculosis, en la que no sería infrecuente una R. C. francamente patológica en la zona supraclavicular, mientras se conduce normal o solo levemente trastornada en el brazo. Partiendo de las variaciones fisiológicas de la R. C. en las distintas áreas de la piel, y que determinan una topografía normal de ella, como en otro lugar hemos expuesto, se señalan aquí los resultados obtenidos en distintas situaciones patológicas. Para ello hemos elegido aquellos procesos, que, por su índole, se manifiestan electiva o predominantemente en un órgano, como las amigdalitis, en distintos momentos; la tuberculosis pulmonar, con especial atención a las formas unilaterales, y las necrosis de este órgano.

### MÉTODO.

Se empleó el descrito en otro trabajo, consistente en la aspiración por medio de ventosa con hipopresión fija; las condiciones en las cuales se hizo la exploración, las mismas que en los sujetos normales, cuyos resultados fueron ya expuestos, o sea en reposo previo, el enfermo sentado y a igual hora de la mañana. En las mujeres siempre en fase intermenstrual, no existiendo en ninguno de los casos alteraciones hematológicas y con tiempo de sangría, de coagulación y cifra de plaquetas normales. En algunos se hizo la exploración en días distintos, bajo las condiciones terapéuticas que se exponen en la tabla. En los enfermos con amigdalitis y después amigdalectomizados, la segunda exploración tras haber pasado al menos siete días, para evitar así la influencia que sobre el resultado ejerce la movilización del foco con motivo de la intervención. El número de petequias aparecidas se refiere en las tablas por su cifra; cuando éste supera a las 110, se considera y así figura en ellas como incontable dadas las dificultades que para el recuento supone.

### RESULTADOS.

I. *Amigdalitis*.—Como se ve en la tabla I, si se prescinde de los casos 26 y 35, en los que se trata de sujetos amigdalectomizados hace años, pero con restos, si bien sin infectar, y en los que, como es justo, su conducta es normal, no sucede así en los restantes. Analizados éstos en conjunto, y atendiendo a los datos de primera exploración, en el auge de su proceso infeccioso, se ve el que todos, salvo el caso 76, presentan una R. C. en la fosa supraclavicular notablemente disminuída, sobrepasando la cifra máxima de 40 petequias apreciada en los normales, e incluso alcanzando en alguno la de 80. Ello hace el que frente a la cifra media de 18, del

total de 73 normales, sea ésta aquí sumamente elevada, llegando, considerados los 11 casos, a las 60 petequias. Sólo en uno de la totalidad de éstos, el caso 76, afecto de amigdalitis fusoespirilar, existe una conducta normal. Es conclusivo, pues, el que la R. C. está disminuída en la zona supraclavicular, en las amigdalitis en situación de agudeza del proceso o simplemente en estado de actividad como tal foco.

TABLA I  
AMIGDALITIS

Caso núm.	Región supra-clavicular	Cara ant. antebrazo	OBSERVACIONES
6	75	7	Amigd. supurada; con fiebre.
16	61	3	Amigd. críptica; con fiebre.
"	40	0	Tras 56 gr. sulfamida; sin fiebre.
"	37	10	Tres días después, amigdalectomía.
"	22	10	Un mes después.
25	64	2	Amigdalect. hace dos años; restos con pus.
26	13	6	Amigdalect. hace seis años; restos sin infectar.
35	7	0	Amigdalect. hace tres años; restos sin infectar.
46	57	15	Amigd. críptica; enf. reumática.
49	80	33	Amigdalitis críptica.
52	58	6	Amigdalitis críptica.
70	63	3	Amigdalitis; enf. reumática.
"	17	2	Siete días después de enucleación.
76	33	2	Angina fusoespirilar.
77	73	44	Foco amigdalino; hipertiroidismo.
"	64	45	Trece días después de amigdalectomía.
78	47	13	Foco amigdalino; espondilitis.
"	75	28	Foco amigdalino; espondilitis.
"	48	7	Cuatro días después de amigdalectomía.
91	47	10	Amigdalitis focal.
"	28	10	Siete días después de amigdalectomía.

En oposición a ello está la conducta de la resistencia capilar en la región anterosuperior del antebrazo. Como se ve en la tabla, la media de la conducta de los 11 casos es aquí de 9 petequias, igual, pues, a la vista en los normales, no siendo superada la máxima normal de 28 petequias nada más que en dos casos. A su pesar ni aun en éstos existe proporcionalidad entre la discreta elevación de la fragilidad capilar (F. C.) en el antebrazo y la muy acusada en la zona supraclavicular. De todo ello se deduce el que en las amigdalitis agudas y foco amigdalino activo, la R. C. sufre una disminución, que sumamente acusada en la zona supraclavicular, es leve y sólo ocasional en la región del antebrazo, siendo la norma el que la conducta en éste sea normal.

Sumamente expresiva es la conducta del

caso 25, amigdalectomizado hacía dos años, pero conservando restos infectados, comparada con la de los casos 26 y 35, en los que la intervención hecha seis y tres años antes, respectivamente, no fué absoluta, ya que existían restos, si bien sin infectar. Mientras en el primero se aprecia una R. C. normal en antebrazo, pero muy disminuída, en la región supraclavicular, se conducen normalmente los segundos en ambas zonas.

Los casos 16, 70, 77, 78 y 91, ilustran sobre la influencia de la amigdalectomía. En el primero el tratamiento sulfamídico produjo una notable mejoría, que se acentúa, hasta normalización absoluta, tras la extirpación de las

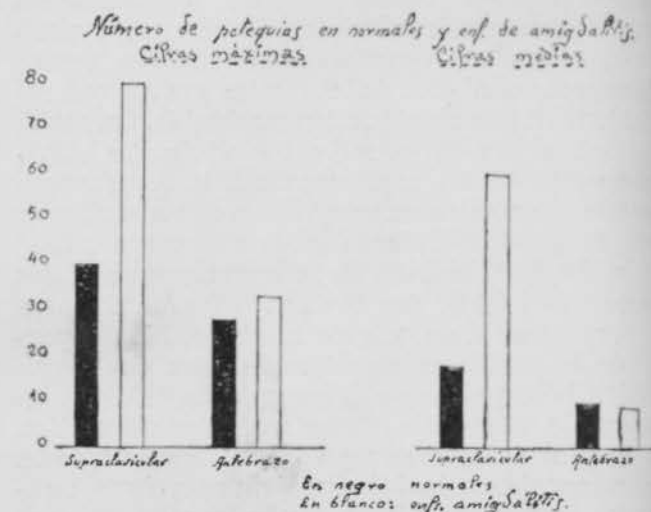


Fig. 1

amígdalas, sobre todo un mes después de ella. Un resultado similar se ve en los casos 70 y 91, explorados ambos siete días después de la intervención, ya con conducta totalmente normal. En cambio, no son iguales las cosas en los dos casos restantes; en el número 77, aunque se aprecia una mejoría de la F. C. en la zona supraclavicular, ésta no se normaliza, permaneciendo alterada al igual que en el antebrazo. La razón de ello hay que buscarla aquí en el estado hipertiroideo acompañante y más dada la disminución de la R. C. que éste por sí, y al margen de proceso infeccioso alguno, es capaz de originar, a través de las oscilaciones que produce en el tono de los capilares. En el caso 78 no se observó tampoco un cambio; no obstante, y al margen de la posibilidad de que la enucleación no fuese absoluta, es preciso considerar aquí la precocidad con que fué explorado tras la operación, así como la índole del proceso acompañante. El que tras la amigdalectomía, en los días inmediatos que la siguen, puede transitoriamente incluso disminuir la R. C., para después normalizarse, ya fué señalado por FRANKE. De una u otra forma es evidente el que, al menos para un buen número de casos, la eliminación del foco infeccioso normaliza la R. C. disminuída en las zonas de la piel inmediatas al mismo.

II. *Tuberculosis pulmonar*.—Conviene recordar, para el estudio comparativo, el que en los normales, según hemos señalado en otro lugar, las cifras de petequias obtenidas por nosotros fueron como máxima para las regiones infraclaviculares, antebrazo y cara interna del brazo, de 40, 28 y 36, y las medias de 16,5, 10 y 9,5, respectivamente.

Como se ve en la tabla II, del total de los 20 casos explorados, sólo cinco (casos números 20, 27, 61, 94 y 110), no sobrepasan la máxima normal de la región infraclavicular en una primera exploración, mientras en los 15 restantes está en cambio la R. C. notablemente disminuída, y en ocasiones en forma extraordinariamente acusada, como sucede en siete de ellos, en los que el número de petequias llegó a lo incontable. Ello resulta tanto más saliente, dado el que la R. C. en el brazo o antebrazo sólo estaba alterada en cinco, lo que hace el que de los 15 enfermos con F. C. aumentada en la zona subclavicular, diez presenten una conducta patológica en ésta y normal en el miembro superior. Resumiendo, de los 20 casos, en cinco la R. C. fué normal, tanto debajo de la clavícula como en el antebrazo o brazo, en otros cinco estaba disminuída en ambos lugares y en diez nota-

blemente disminuída en aquélla, mientras era normal en el miembro superior (casos números 9, 10, 12, 14, 23, 29, 65, 75, 111 y 112).

Comparados los resultados con la imagen radiográfica, se observa, aunque sin una relación estricta, la dominancia o exclusividad de las reacciones fibrosas en el primer grupo de enfermos, muy patente en los casos 27, 61 y 110, con la particularidad de la magnífica situación clínica, ausencia de temperatura, velocidad de sedimentación normal y correcto neumotórax en el caso 20, y las condiciones semejantes en que se encontraba el número 94, si bien en éste la V. de S. era francamente patológica. Respecto a los otros dos grupos, no pueden sentarse conclusiones definitivas, si bien parece existir una cierta relación entre la intensidad del proceso exudativo y el grado de F. C., como por otro lado hemos podido apreciar en los derrames pleurales.

Como era de esperar no existe, ni mucho menos, una relación estricta entre el grado de disminución de la R. C. y la existencia o no de fiebre y altura de ésta, así como tampoco con la conducta de la V. de S., si bien es frecuente el que cuando ésta y la temperatura son francamente patológicas, aquélla esté alterada. Por

TABLA II  
TUBERCULOSIS PULMONAR

Caso núm.	Fosa infraclav.		Ante- brazo	R. int. brazo	V. S.	T. <sup>a</sup>	OBSERVACIONES
	D.	I.					
9	60	90	5	—	14	37,2	Infiltrado subclav. izq.; velo v. derecho.
10	Incont.	106	25	—	60	37,3	Fibrocas. bilat.; mucho mayor extens. der.
12	88	—	17	—	14	36,8	Fibros. nodul. bilat. Peritonitis fímica.
14	86	63	3	—	40,5	37,5	Ulcerocaseosis lado derecho.
"	73	110	9	—	67	39	Dos meses después: derrame izquierdo.
"	Incontables	—	15	—	—	40	Diez días después: empeoramiento.
"	100	93	6	—	64	38,1	Quince días después: disminución derrame.
"	60	67	4	—	42,5	37,2	Un mes después: desaparición parcial der.
20	24	39	12	—	6	37	Infiltrado base izquierda (neumotórax).
23	59	60	2	—	26	36,8	Infilt. lob. sup. izq.; esputos sangre.
"	68	100	12	—	9,5	37	Quince días después: siguen esputos sangre.
27	0	2	0	—	8	36,4	Fibr. bilat. Reacs. asmoid. Bajo ac. adrenalina.
"	Incontables	—	50	—	—	36,5	Un mes después: bajo trat. de oro.
28	Incont.	100	30	—	51	36,6	Infil. subc. izquierdo; en neumotórax.
29	69	93	28	—	5,5	36,8	Cavum subc. der.; en neumotórax.
37	83	—	52	—	20,5	37,4	Cavum subc. derecho.
60	Incontables	—	70	—	12	38	Cavum der.; en neumotórax.
"	—	Incont.	50	—	—	38	Cavum der.; esputos hemoptoicos.
61	Incont.	110	38	—	11	—	Cavum der.; esputos sin sangre.
65	21	22	2	—	10	—	Fibrosis bilat.; esputos con sangre.
"	49	66	19	—	47	38,5	Fibrosis der.; infilt. y úlceras izq.
"	23	54	21	—	27,5	37,6	Fibrosis der.; infilt. y úlceras izq.
66	110	92	45	—	32	37,5	Enfisemofimia. Infil. base der.; hemoptisis.
"	Incont.	30	8	—	36	37,7	Tras V. C. intensiva. Esputos con sangre.
"	90	52	2	—	—	—	Tras V. C. y Rutina (40 mgr.).
"	34	18	3	—	42,5	37,6	Tras seis días y 420 mgr. de Rutina.
"	85	51	10	—	—	—	Cinco días después suspender tratamiento.
75	—	102	22	—	14	—	Fibrosis bilateral intensa.
94	24	41	21	—	34,5	37,1	Cavum derecho (neumotórax).
95	67	55	55	—	16,5	—	Fibrosis bilateral; hemoptisis.
110	40	12	—	25	6,25	37	Cav. infrac. der.; paredes fibrosas.
111	52	42	—	9	66	37,6	Fibrosis bilat. Gran infilt. base der.
112	Incont.	27	—	10	34,25	—	Fibrocasirosis; grand. lesión y cavum der.



lo demás, como se ve en la tabla, no son pocos los casos en los que sin temperatura o lo más una leve febrícula, con V. de S. normal o ligeramente trastornada, se aprecia una aumentada F. C. De la misma manera, no existe relación entre ésta y la presencia o no de esputos hemoptoicos o hemoptisis; no obstante, de los cinco casos en que hubo tales, en tres (casos 60, 66 y 95), la R. C. estaba disminuída tanto en la zona subclavicular como en el antebrazo; sin embargo, no en todos los casos con modificación en ambas zonas hubo síntomas hemorrágicos, como sucedió en otros dos. Por lo demás, en el enfermo número 23, la R. C. era patológica debajo de la clavícula, pero no en el antebrazo, y normal en ambas zonas en el caso 61, aunque aquí la intensa fibrosis existente, explica, al margen de otra alteración patológica, los esputos hemoptoicos. En resumen, un aumento de la F. C. parece, como se deduce de la tabla, tener una responsabilidad en la aparición de fenómenos hemorrágicos, en cierto número de casos, si bien tal alteración no lo explique siempre y aun en aquellos casos quizá no basta para originar el fenómeno.

Considerando la igualdad de resultados en normales, en territorios simétricos, era de gran interés la comparación de la conducta en ambas regiones infraclaviculares en estos casos. Para obtener conclusiones en este sentido, se eliminan, como es lógico, los casos que se exploraron sólo en un lado, así como aquellos en los que las lesiones radiológicas eran de intensidad y tipo similar en ambos lados, seleccionándose, en cambio, aquellos en los que la lesión era unilateral o francamente dominante en uno de ellos. Como se ve en la tabla, de los 14 casos que reúnen este requisito, existe en 10 concordancia entre el lugar de menor F. C. y el de la lesión o dominancia neta de ésta; en uno de éstos (caso 23), con conducta igual en una primera exploración, repetida ésta tiempos después, ofrece en su resultado una diferencia neta y sumamente patente. De los cuatro casos restantes, en uno era igual la R. C. en ambos lados, no obstante estar en curso de neumotórax, por lesión del lado derecho (caso 60), ofreciendo en cambio en los tres restantes (casos 28, 29 y 94), una disminuída R. C. en el lado sano. La llamativa conducta de la mayoría de los casos, con disminución de la R. C. mucho más acusada en el lado de la lesión, cosa que sucede en el 70 por 100 de ellos, hace considerar tal hecho, el cual quizá no esté exento de significación clínica.

Resumiendo todo lo anterior, puede afirmarse el que la R. C. está disminuída en los más de los casos, ante todo en los de evolución exudativa, con la particularidad de ser patente en las fosas subclaviculares, mientras no se ofrece en la piel del antebrazo y brazo. A su pesar en algunos de ellos, los menos, se expresa también en éstos, y precisamente cuando los síntomas hemorrágicos son frecuentes. No parece existir

una relación estrecha entre el grado de afectación de la R. C. y la altura de la temperatura y de la V. de S., si bien cuando ambas se alteran intensamente, suele verse un trastorno de aquélla. Finalmente, en un buen número de casos, que abarca al 70 por 100 de los explorados con lesiones unilaterales o dominantes netamente en un lado, la R. C. de la piel en el de la lesión se encuentra mucho más profundamente afecta que en el opuesto.

TABLA III  
NECROSIS DE PULMON

Caso núm.	Lugar proyec. necros.	Lado simétrico	Antebrazo	OBSERVACIONES
11	34	34	5	Necrosis de base derecha.
"	37	—	4	Tras 3 mill. u. i. de Penicilina.
"	45	46	25	Tras 8 mill. u. i. de Penicilina.
"	66	—	26	Tras 56 gr. de thiazol.
"	51	33	16	Tras ext. hepática y hierro.
"	69	54	55	Tras 4 mill. u. i. más de Penicilina.
63	51	66	33	Necr. lob. sup. d. infilt. en izquierdo; después de 8 mill. u. i. de Penicilina.
"	44	13	8	Tras 4 mill. más de Penicilina.
"	57	55	9	Tras 4 mill. más de Penicilina.
"	78	32	16	Tras 72 gr. de Albucid.
"	103	84	40	Tras 4 mill. más de Penicilina.
74	3	4	0	Necr. lob. inf. derecho.
80	11	14	6	Necr. lob. inf. izquierdo.

III. *Necrosis de pulmón.*—Aunque los resultados aquí no conducen a conclusiones similares a las señaladas para la T. P. y las amigdalitis, no por ello carecen de interés. Por de pronto, como se ve en la tabla, en dos de los cuatro casos (número 74 y 80), la conducta de la R. C. es en absoluto normal, tanto en el antebrazo como sobre el lugar de proyección del foco de necrosis. En efecto, como en otro lugar hemos señalado, el número de petequias en la región de la mamila, no sobrepasa en los normales el máximo de 12, lugar correspondiente en ambos a la proyección sobre la piel del foco de gangrena. Tales resultados normales tienen interés, si se considera el que tales enfermos estaban, cuando fueron explorados, con fiebre, leucocitosis con neutrofilia y V. de S. acelerada, índice todo de la pequeña o nula influencia que sobre la R. C. tienen cada uno de estos factores.

En los otros dos casos, por lo demás en condiciones similares, se aprecia una modificación evidente de la R. C. fundamentalmente sobre el lugar de proyección del foco necrótico. En el caso número 11, con lesión en base derecha, se ve al nivel de la mamila un aumento intenso del número de petequias, que contrasta con la normalidad de la R. C. en el antebrazo. No deja de tener interés el que junto a la conducta similar del lugar de proyección de la necrosis y el simétrico, es coincidiendo con una notable mejoría clínica, radiológica, ya sin fiebre y con datos de laboratorio francamente favorables, cuando se aprecia una disminución más acusada de la R. C. que llega a afectar incluso a los capilares de la piel del antebrazo, y ello tras 56 gramos de thiazol y 12 millones de unidades de penicilina. Es precisamente coincidiendo con tales cambios, cuando a la vez se establece una diferencia en la conducta de ambos lados del tórax, mostrándose mucho más frágiles los capilares sobre el lugar de proyección del proceso.

Algo similar se ve en el caso 63; éste, cuyo foco de necrosis estaba debajo de la clavícula derecha, con a la par una pequeña infiltración en la zona simétrica, acusa el trastorno capilar más intensamente, tras una leve mejoría de él, coincidiendo con la desaparición de la fiebre alta, el descenso de la leucocitosis y de la velocidad de sedimentación e incluso tras hacerlo la imagen del lado izquierdo. Es entonces cuando, al igual que en el caso anterior, se hace francamente patente la disminución de la R. C. en el lado de la lesión y el predominio del trastorno capilar aquí, respecto al antebrazo, aunque en éste se manifieste a la par.

#### COMENTARIOS.

El que en la disminución de la R. C. en el curso de las diversas infecciones intervienen para su génesis factores distintos, es sobradamente sabido. Entre ellos, muy fundamentalmente, junto a la alteración del capilar, la inhibición tóxica que sufre la médula ósea, con su traducción en la cifra y cualidad de las plaquetas, por lo que dada la afectación simultánea que en ambos tiene lugar en ciertas infecciones, la expresión clínica del aumento de la F. C. es en ellas en extremo patente. No obstante, aunque no en todas las infecciones se produce una alteración de las plaquetas, no por ello la R. C. es normal en éstas, como ocurre por lo general en los procesos que estudiamos aquí, y en especial en cada uno de los casos que se detallan. Como en la exposición de los resultados se señaló, la afectación, sin embargo, no es superponible en todos los casos, de donde se infiere el que en las modificaciones de aquélla intervienen a la vez causas diversas. Por de pronto, como hemos visto, es preciso ya de antemano separar la afectación que la totalidad de los capilares sufre, de la que tiene lugar exclusiva o predominantemente en un territorio

determinado, precisamente el correspondiente a la proximidad del foco infeccioso o de la lesión dominante.

Tanto para un tipo u otro de trastorno—general o regional—la consideración para el resultado de factores constitucionales es obligada, y no sólo por lo que en otro lugar hemos expuesto, sino muy fundamentalmente por la ausencia de una relación, que dista mucho de ser estrecha, entre la intensidad del trastorno capilar y la del proceso séptico o infeccioso. En este sentido, y en íntima dependencia con ello, está la postura del sistema endocrino y tono funcional de las distintas glándulas, como se ve patentemente en alguno de los casos expuestos, y como RATSCHOW ha hecho especial hincapié. Aunque para los casos que analizamos su significación parece ser nula, bueno es el recordar el que en el sentir de FRANKE y también de PARADE, la reacción esplénica acompañante a ciertas infecciones desempeñaría un papel en la aumentada F. C. en ellas.

Existen muchos motivos para pensar el que con la máxima probabilidad, la disminución de la R. C. en las infecciones, y especialmente en los casos que tratamos, dimanaría de la acción directa sobre los capilares, de los gérmenes o sus toxinas, agresión la cual tanto puede engendrarse por vía hemática como linfógena e incluso por afectación directa del capilar desde fuera hacia adentro, especialmente en las infecciones regionales. Si esto tanto puede originar como no alteraciones morfológicas del capilar, es evidente el que junto a ello productos de acción histamínica, liberados a nivel del foco de destrucción tisular, y el cambio que a la vez experimenta la postura alérgica del individuo, en virtud de la sensibilización derivada de la infección, deben de ser especialmente considerados (HASSELBACH, HANSEN, BERGER y HANSEN, DIETRICH). Es, pues, a la acción directa e indirecta de los gérmenes o de sus toxinas, a los que hay que atribuir, con el máximo de probabilidades, tal acción sobre la R. C., como por otro lado lo pone en evidencia la desaparición de tal trastorno con ocasión de la declinación del proceso, bien espontánea, como ocurre en la amigdalitis, o bien merced a la terapia, incluso sulfamídica o de otra índole. Finalmente, su empeoramiento inmediato con ocasión de la amigdalectomía, y su restauración definitiva tras ésta, después de un determinado plazo, son argumentos de valor indiscutible en pro de tal acción. Dentro de ésta parece evidente el que la postura alérgica del organismo juega un papel saliente, como en parte lo demuestra la diferente conducta de los tuberculosos en relación a la índole de su lesión y a su marcha evolutiva.

Otros factores, como el papel que pueda jugar una posible carencia, ante todo en vitamina C, no puede ser admitido sin las debidas reservas. Y ello no sólo por lo que a las amigdalitis atañe, sino incluso para los procesos fímicos, como diversos hechos parecen probarlo.



No obstante, el cambio de reactividad que un estado subcarencial de ésta produce, por parte de los capilares, hace que deba considerarse, pero dentro de sus justos límites.

Sin embargo, el auge que la F. C. experimenta en ciertos casos, a pesar de su mejoría clínica y de laboratorio, como sucede a veces en las necrosis de pulmón, obliga a considerar otros factores, y más dadas las variaciones regionales que las modificaciones de la R. C. sufre. Entre ellos, uno fundamental sería el trastorno que en el gobierno funcional del capilar se irroga, cosa tanto más fácil dada la situación disvegetativa que la infección, e incluso la lesión por sí misma, crean, y la alteración morfológica y bioquímica que aparece en los capilares. Tales alteraciones funcionales, proyectadas sobre su tono, han sido por lo demás señaladas en los capilares de la piel de los tuberculosos por diversos autores, especialmente por BOCK, el cual observa la conducta tan distinta en este aspecto que ofrecen las formas exudativas respecto a las restantes. Observaciones similares sobre un trastorno en el gobierno funcional de los capilares, en conexión con infecciones focales, han sido hechas ante todo por PARADE, GEHLEN, RATSCHOW y BRÜGGE, entre otros. Dadas las alteraciones que en la R. C. se producen a través de las oscilaciones del tono de los capilares, tales acciones no pueden dejar de tener significación, y ello con tanto más motivo en cuanto que determinarían una variación en las condiciones de respuesta.

Dado el papel que el sistema nervioso central y periférico tienen sobre la conducta capilar y la distribución regional que, como hemos visto, se origina con subida frecuencia en los procesos estudiados, hacen probable que las variaciones patológicas de la R. C. localizadas en determinadas zonas en conexión e íntima relación con el foco patológico, sean producidas a través de las variaciones impresas en el tono de los capilares, a partir de éste. Por lo demás, todo hace pensar el que tal alteración se produzca siguiendo vías precisas, que hacen que adopte la de la zona de Head correspondiente o en otros casos un carácter segmentario. Ya FRANKE insistió sobre tal aumento de F. C. en las consiguientes zonas de Head, junto a lesiones de determinados órganos.

#### RESUMEN.

Se estudian las variaciones regionales que en la R. C. producen diversas infecciones localizadas (amigdalitis, T. P., necrosis de pulmón), utilizando un método de hipopresión descrito en otro lugar.

En 11 casos de amigdalitis, salvo en 1, se vió una notable disminución de la R. C. en la piel de la fosa supraclavicular, mientras era normal en todos en el brazo, excepto en dos, pero sin proporcionalidad en estos últimos entre la acusada disminución en aquella zona y

la discreta en ésta. Se observó una influencia neta de la amigdalectomía, cuando aquélla se exploró de nuevo pasado el plazo de convalecencia.

De 20 enfermos de T. P. en cinco había una conducta normal en la región subclavicular y en el brazo, en otros cinco estaba disminuida en ambas zonas, y en los diez restantes sólo en la primera, siendo normal en la segunda. Aunque suelen ser los enfermos con lesiones exudativas los que ofrecen más trastornada la resistencia capilar frente a los fibrosos, tal relación no es estricta, como tampoco la hay con la altura de la V. de S. y menos aún con la temperatura. En cambio, se observó una relación, aunque no estrecha, entre R. C. y tendencia hemoptoizante. Comparada la conducta de ambas fosas subclaviculares entre sí, en 14 casos de lesión dominante o exclusiva unilateral, se aprecia en 13 un resultado distinto en ambos lugares; mayor en el de la lesión en 10 e invertido en 3, era en otro igual en ambos.

En dos de cuatro enfermos de necrosis de pulmón, la conducta era normal, tanto en el brazo como en la piel del lugar de proyección de la necrosis, a pesar de que el estado clínico, el hemograma, la V. de S. y la temperatura, revelaban un acusado estado séptico. En los otros dos se apreció una disminución de la R. C. simétrica en la piel del tórax, con nula o leve modificación en el antebrazo, con la particularidad de que tras el tratamiento intensivo con antibióticos y coincidiendo con la mejoría clínica y de laboratorio, se afectan más los capilares de la piel del antebrazo y ante todo los del lugar de proyección del foco de necrosis.

Se discuten los factores que intervienen en la producción de tales modificaciones, haciéndose valer el papel de la acción directa de los gérmenes y ante todo de sus toxinas y muy especialmente la que por vía indirecta, a través del sistema neurovegetativo, tiene lugar difusamente y a título reflejo en determinadas zonas.

#### BIBLIOGRAFIA

- BERGER y HANSEN.—Allergie, Leipzig, 1940; 38, 1970.  
 DÍAZ-RUBIO y PLANAS.—Rev. Clin. Esp. 38, 13, 1950.  
 DIETRICH.—Zbl. Pathol., 68, 142, 1937.  
 FRANKE.—Zeit. klin. Med., 138, 620, 1940; 140, 337, 1942; 142, 316, 1943.  
 HANSEN.—Med. Klin., 2, 1.057, 1937.  
 HASSELBACH.—Die tuberkulöse Lungenblutung, Entstehung, Klinik, und Behandlung. Tuberk-Bibliot. Bedecke y Diehl., 1938.  
 PARADE.—Zeit. klin. Med., 133, 395, 1938.  
 RATSCHOW.—Zbl. inn. Med., 305, 1940.  
 RATSCHOW y BRÜGGE.—Zeit. Rheumat., 3, 457, 1939.

#### SUMMARY

A method of hypopressure-described elsewhere has been utilized to study the changes in certain areas of C. R. caused by different localized infections (tonsillitis, pulmonary tuberculosis, necrosis of the lung). The factors involved in such changes are discussed and value is placed on the role played by the direct

action of the germs and, in particular, of their toxins, especially by the indirect route-through the neurovegetative system-which occurs in widespread fashion and reflexively in certain areas.

### ZUSAMMENFASSUNG

Man untersuchte die regionären Variationen der Kapillarresistenz im Verlauf von verschiedenen lokalisierten Infektionen (Amygdalitis, Lungentuberkulose-Nekrose der Lunge) und benutzte dazu eine Unterdruckmethode, die bereits an anderer Stelle beschrieben worden ist. Man bespricht die Faktoren, die beim Zustandekommen solcher Modifikationen eine Rolle spielen und macht besonders auf den Wert der direkten Wirkung der Krankheitskeime und vor allem ihrer Toxine aufmerksam; ganz besonders berücksichtigt muss dabei die indirekte Wirkung die in bestimmten Zonen über das neurovegetative Nervensystem diffus, in Reflexform auftritt.

### RÉSUMÉ

On étudie les variations régionales qui dans la R. C. produisent différentes infections localisées (amygdalite, T. P., nécrose de poumon) en utilisant une méthode de hypopression décrite dans un autre lieu: On discute les facteurs qui interviennent dans la production de ces modifications, faisant valoir le rôle de l'action directe des germes et avant tout de leurs toxines et très spécialement celle qui par voie indirecte, à travers du système neuro-végétatif, se produit diffusément et à titre reflexe dans certaines zones.

## TRAUMATISMOS DE LAS VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS POR ARMAS DE FUEGO

A. GARCÍA BARÓN.

Jefe del Servicio de Enfermedades del Aparato Digestivo  
de la Casa de Salud Valdecilla (Santander).

En 1924 publicó MARINELLI acaso la única monografía existente sobre este tema basado en la casuística publicada después de la primera Gran Guerra. Sorprende la escasa frecuencia con que fué observada la lesión de las vías biliares extrahepáticas. Del lado francés, SOUBEYRAN reunió tan sólo 16 casos entre 297 heridos de hígado pertenecientes a diversos cirujanos; en Alemania, KOERTE recopiló en la literatura de su país únicamente 20; en Italia, MARINELLI no

pudo reunir más que 15, entre 1.700 heridos penetrantes y complicados, a pesar de su interés por el asunto, y en Inglaterra WALLACE no menciona ni uno en su recopilación nacional de 1.200 penetrantes y complicados, de los cuales 163 tenían lesiones del hígado, mientras que recientemente GORDON-TAYLOR recuerda que en el Museo de Guerra de Londres no existía más que una única pieza con lesión de vesícula.

Ya durante la segunda guerra mundial, en la obra de MACARTHUR no se halla cita alguna, y en la muy voluminosa de UFFREDUZZI y TENEFF sólo se dedica al tema que nos ocupa una página, entre las 132 dedicadas a las heridas de vientre, mencionando únicamente algunos casos de los reunidos ya anteriormente por KOERTE.

De los dos libros escritos por los médicos militares españoles, en el de MARTÍN SANTOS no se mencionan—tal vez por la orientación dada a la obra—lesiones de las vías biliares, y en el GÓMEZ-DURÁN tan sólo se dedican algunas líneas a su tratamiento.

Después de la terminación de la última guerra mundial encontramos, en la literatura inglesa, la monografía de PARKER con un dato ya bien definido sobre la frecuencia de las lesiones de vías biliares por armas de fuego: entre 94 casos de heridos penetrantes y complicados, observados en las campañas de Túnez e Italia, hay dos con lesiones de la vesícula, y que GORDON-TAYLOR de 600 casos no halló más que dos con lesiones de la vesícula. En la literatura americana, IMES, de 425 casos, encontró cuatro vesiculares, y ya refiriendo la proporción de heridas de vesícula a la de lesionados del hígado, ROHY y SNYDER vieron dos de vesícula entre 10 de hígado, SLOAN tres de 39 y OJILVIE cinco de 43.

En un artículo mío sobre heridas del hígado por armas de fuego, menciono 13 casos propios de heridas de vesícula. Y éstos son los que voy a desarrollar ahora con más detalle.

¿Cuál es la verdadera frecuencia de las lesiones por armas de fuego de las vías biliares extrahepáticas? Creo que para intentar precisarla es preferible simplificar el asunto buscando su relación no con el número total de las heridas penetrantes y complicadas de todo el abdomen, sino referirse exclusivamente a los heridos de hígado, siquiera sea por la razón de que la lesión aislada de estas vías, sin participación hepática, es, aunque posible, rara. Y además, huyendo de las recopilaciones, acudir a los datos suministrados directamente por cada autor. Entonces vemos que SOUBEYRAN de 26 observaciones personales de lesionados de hígado, encuentra dos casos con participación de las vías biliares extrahepáticas (8 por 100); PARKER, de 23, dos (9 por 100), y en mi material, de 155 lesionados hepáticos (148 incluidos en mi artículo citado y siete vistos posteriormente), 13 (8 por 100). Esta unanimidad, poco frecuente, creo que permite un juicio aproximado muy aceptable. Claro está que se refiere de un modo exclusivo