

## REVISTA DE PRENSA

### ORIGEN DE LA ASCITIS EN LA CIRROSIS EXPERIMENTAL DE LA RATA

(The origin of Ascites in experimental Cirrhosis in the rat)

Gibson J.; Smith C. J.

*The American Journal of Pathology* 5; 535-545, 1962.

El problema de la formación de ascitis es el objeto del presente estudio. Se hizo una investigación en ratas con cirrosis experimental para demostrar la participación de la superficie hepática en la producción de líquido de ascitis. Se tomaron muestras de líquido de Ascitis de pequeñas áreas de la cápsula de Glyson y del peritoneo del intestino delgado. Este líquido se absorbió directamente y se puso en papel filtro. Previamente se inyectó una dosis de albúmina de suero humano con  $I^{131}$  en la vena paracecal. Se hicieron mediciones de radioactividad en el líquido de ascitis y en el papel filtro. La administración de albúmina humana no causó ningún daño considerable.

La velocidad de producción de líquido es de 2 a 3 veces mayor en el hígado que en el intestino delgado, ésto comparado con ratas controles sin cirrosis. En un lote de ocho ratas con cirrosis debido a deficiencia de el aminoácido colina y a una dieta en grasa la velocidad de producción de líquido de ascitis es mayor en el hígado y en el intestino que en el animal normal. Los resultados permiten concluir que el hígado con cirrosis produce líquido de una manera desproporcionada. Además es el hígado un importante productor de ascitis en este tipo de cirrosis.

### PUNCIÓN DE LA AURÍCULA IZQUIERDA EN PACIENTES CON LESIÓN REUMÁTICA DE LA VÁLVULA MITRAL

(Left Atrial Puncture in patients with rheumatic mitral valvular disease)

Wassermil M.; Workentin L. D. Slomin N. B.; Revin A.

*American Heart Journal* 5; 592-599, 1962.

Con el objeto de valorar el grado de insuficiencia de la válvula mitral los autores del presente trabajo hicieron la punción percutánea transtorácica en un grupo de 50 pacientes. Todos ellos presentaban doble lesión mitral es decir estenosis e insuficiencia.

Para su estudio se dividió a los pacientes en 3 grupos. En el primero se investigó la morbilidad causada con el procedimiento en estudio; en el segundo se hizo una comparación entre las presiones encontradas en la aurícula izquierda durante el acto quirúrgico. En el último grupo se estudió la correlación entre las curvas de presión de la aurícula izquierda con la presión de la arteria pulmonar. Los resultados obtenidos indican que el método de punción percutánea transtorácica de la aurícula izquierda tiene un alto índice de morbilidad. El estudio de las curvas de presión obtenidas en la aurícula izquierda no son determinantes y no puede separarse la insuficiencia de la estenosis de la válvula mitral. La curva de presión encontrada en la aurícula izquierda corresponde a la aurícula izquierda.

Los datos obtenidos a través de esta investigación muestran que la punción de la aurícula izquierda por vía transtorácica aporta muy pocos beneficios en la determinación de lesiones de la válvula mitral. Esto implica que el estudio clínico es básico para el diagnóstico de éstos pacientes, también en caso de duda el cateterismo del corazón derecho es una ayuda diagnóstica.

#### EFEECTO DE LA ADRENALECTOMÍA EN EL CÁNCER MAMARIO

(Effect of Adrenalectomy on mammary carcinoma)

Daicoff G. R.; Harmon R.; Von Prohaska J.

En el tratamiento del Cáncer mamario se han invocado una serie de métodos entre los cuales está la adrenalectomía, que es el tema de la siguiente exposición. Durante un período de 10 años un grupo de 455 mujeres con cáncer mamario fueron sujetas a adrenalectomía bilateral. Se demostró que dicho procedimiento es efectivo en las metástasis mamaria. El músculo estriado, la pleura y el pulmón que han sido invadidas por metástasis son más susceptibles a la adrenalectomía que las metástasis de cerebro y pulmón. Cuando dichas metástasis son antiguas, responden mejor que cuando son jóvenes, asimismo los pacientes viejos responden mejor que los jóvenes. En cuanto a la sobrevida de cinco años después de la adrenalectomía en presencia de metástasis mamarias es tan sólo de un 12.5% a un 3.5% más que en pacientes sin adrenalectomía. El 25% de las personas adrenalectomizadas tienen una sobrevida de 36 meses como promedio; el 50% de 20 meses esto en comparación a la población que no es sujeta a la operación que vive 8.5 meses. La sobrevida es mayor con esta terapéutica cuando se trata de metástasis musculares, cutáneas, en cambio no hay dicha mejoría en el caso del pulmón y el cerebro. Como se ve en los porcentajes enunciados el beneficio es notorio pero el pronóstico sigue siendo sombrío.

#### PRONÓSTICO DEL SPRUE TRÓPICAL

(Prognosis of Tropical Sprue)

Shechy W. T.; Boggs B. Pérez Santiago E.; Floch H. M.

*Annals of Internal Medicine* 6; 892-908, 1962.

El sprue tropical es un padecimiento que entra en el síndrome de mala absorción intestinal. Es una enfermedad crónica caracterizada por deficiencias vitamínicas y falta de absorción para todo. El tratamiento con ácido fólico mejora el cuadro clínico del

enfermo, sin embargo, la función del intestino no se ve favorecida y continúa la diarrea. Tampoco se curan tan espectacularmente las lesiones del yeyuno. La mitad de los pacientes se recuperan por completo después del primer ataque. En el yeyuno desaparecen las lesiones, el patrón bioquímico, y microscópico del intestino delgado vuelve a su normalidad. El período en que esta recuperación se efectúa es de tres años. Si no hay la restauración anunciada en este período, el paciente pasa a la cronicidad caracterizada por moderada mala absorción intestinal. Clínicamente se pueden considerar asintomáticos pero muestran una alteración persistente bioquímica e histológica. Radiológicamente se observa mejoría del patrón mucoso. En la etapa crónica los cambios inflamatorios de la lámina propia están apareados de alteraciones bioquímicas traducidas en mala absorción, luego aparecen cambios en el patrón de las velocidades intestinales. La corrección de las deficiencias y de complejo B tiene una influencia determinante en estos enfermos.

#### TOLERANCIA A LA GLUCOSA EN LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

(Glucose Tolerance in acute ischemic Renal Failure).

Uff Gagild

*Acta Médica Scandinavica* 4;405-411; 1962.

En la insuficiencia renal aguda se presentan una serie de problemas en relación a líquidos y electrolitos en las diversas fases del padecimiento. También lo es la administración de glucosa. Este último punto es el objeto del presente trabajo:

En un grupo de nueve pacientes con insuficiencia renal aguda se estudió el metabolismo hidrocarbonado; haciendo la prueba de tolerancia a la glucosa. Durante la fase de retención se observaron doce enfermos, en todos ellos hubo elevación de la concentración de urea en sangre. En este grupo la tolerancia a la glucosa disminuyó al aumentar la azotemia. En la fase poliúrica disminuyó la concentración de la urea en nueve pacientes, en 7 de éstos se observó un descenso en la tolerancia a la glucosa, se encontró disminuida en una buena proporción. Como puede verse de los 21 pacientes con insuficiencia renal aguda y con aumento de la uremia, la tolerancia a la glucosa disminuyó. Cuando la uremia volvió a niveles normales la tolerancia a la glucosa aumentó. Este método de estudio tiene sus limitaciones y es muy agresivo para el enfermo, no obstante favorece el estudio del metabolismo de los hidratos de carbono en relación al riñón.