

XV Congreso de la A. I. E. B.—Oporto.

COMUNICACIONES A LA PRIMERA PONENCIA

Dres. T. G. VILLAR, J. CORTEZ PIMENTEL, M. FREITAS Y COSTA y R. VILLAR (Lisboa):
EL ASPECTO DE LOS SEUDO-TUMORES ENDOBRONQUIALES DEBIDOS
A LA TUBERCULOSIS.

Revisando las historias clínicas de 4.001 enfermos afectados de tuberculosis han observado los autores 217 casos de pseudo-tumores, lo que indica un porcentaje de 5,4, siendo su frecuencia mayor por debajo de los diez años, siendo más frecuente en el sexo femenino por debajo de los veinte años, para invertirse en edades superiores.

Sus síntomas clínicos eran nulos en el 42 por 100 de casos, mientras en el resto se presentaba en forma de tos irritativa, obstrucción bronquial, hemoptisis o baciloscopia positiva. El examen broncoscópico ha podido comprobar la existencia de excrescencias de tamaño variable entre una lenteja a una pequeña cereza, con disminución de motilidad en ocasiones, y con coloración variable entre el blanquecino al rojo vivo, localizadas preferentemente en bronquios principales derechos y entre ellos en el lóbulo superior.

Por estas causas los pseudo-tumores en enfermos tuberculosos, curados o no, pueden dar lugar a dudas diagnósticas, que ni aun el examen anatómo-patológico, mediante biopsia, puede aclarar, ya que también es posible encontrar tejido inflamatorio o claramente tuberculoso en las cercanías de un carcinoma bronquial.

La evolución local de los pseudo-tumores tuberculosos endobronquiales no parece ser influenciada fuertemente por la terapéutica, no apreciándose mayor incidencia por el tratamiento de cualquier medicación mediante uno o varios de los tres antituberculosos de primera fila. Es de señalar la mayor incidencia de coincidencia de estos tumores con bronquiectasias, lo que han encontrado en un 13 por 100 de sus casos.

Dr. P. MANNES (Bruselas): EL PRONOSTICO DE LAS LESIONES MAYORES DE TUBERCULOSIS BRONQUIAL.

El estudio evolutivo de doce casos de lesiones tuberculosas mayores ha permitido al autor a concluir que en todos ellos se ha logrado la curación tras un tratamiento prolongado y variado mantenido de tres a cinco años; que en ningún caso ha obtenido la curación completa y que en la mitad de los casos la curación ha conducido a la formación de bronquiectasias, cinco casos de estrechez bronquial y uno de destrucción pseudo-tumoral, obligando en tres enfermos a exéresis más o menos amplias para combatir el problema infecto-supurativo.

Dr. CHR. TZOLOV (Sofía): ESTADO FUNCIONAL DE LOS BRONQUIOS Y DE LOS ALVEOLOS EN ENFERMOS AFECTOS DE SILICOSIS Y SILICO-TUBERCULOSIS.

Se basa en el estudio de 352 enfermos, en los que ha realizado estudio clínico, radiológico y funcional profundo para describir las alteraciones estáticas y dinámicas de la función respiratoria, describiendo sucesivamente:

1.º Disminución de volumen de reserva inspiratoria y espiratoria, que por las alteraciones del aire alveolar conducen a la hipertensión pulmonar.

2.º Aumento del volumen residual por distensión de los alvéolos pulmonares, lo que motiva el aumento del volumen residual funcional con posición alta del diafragma, siendo mayor la resistencia a la espiración al aumentar la obstrucción bronquial espiratoria.

3.º Disminución de la capacidad vital por desigualdad del vaciamiento alveolar con aumento del aire muerto, lo que en enfermos graves conduce a una descompensación funcional.

4.º En las formas iniciales de silicosis hay un espasmo generalizado de los bronquios, mientras en las fases tardías hay modificaciones anatómicas en la permeabilidad bronquial, con tendencia a la disminución de la profundidad respiratoria y a disminución de la presión aspiratoria circulatoria y del nivel de la presión parcial de O_2 en alvéolo. La eficacia de la ventilación alveolar va disminuyendo y, aunque en fases precoces se compensa por un mayor volumen de aire, en las fases avanzadas este mayor volumen de aire es insuficiente. La respiración de los enfermos silicóticos es superficial, pero comparada con la capacidad respiratoria total es profunda, por lo que puede decir el autor que el árbol bronquial de estos enfermos es inútilmente ventilado, con una cuantía mayor cuando más grave es el caso.

5.º La ventilación alveolar es insuficiente, mientras que los alvéolos excluidos de los cambios gaseosos están inútilmente ventilados hasta alcanzar un nivel de 1,7 L/min. en silicosis de segundo grado.

6.º La velocidad de circulación de aire en los pulmones de los silicóticos y silicotuberculosos se modifica por la presencia, en un 66 por 100 de casos, de una bronquitis obstructiva con insuficiencia obstructiva, mientras que la restrictiva sólo aparece en un 3,7 de casos. Esto explica la frecuencia de aparición de estados atelectásicos y pseudoatelectásicos en estos enfermos, sobre todo en los segmentos funcionalmente menos eficaces.

En resumen, los datos sugieren que los polvos silicógenos provocan una irritación sistemática y continua del aparato neuro-reflejo de los bronquios y de los alvéolos, con alteraciones de la permeabilidad bronquial, que más pronto o más tarde va a perturbar la espiración, y que por sus fases conocidas conducirá a la insuficiencia respiratoria.

Segunda Ponencia.—LOS BRONQUIOS EN LA NEUMOCONIOSIS

Dres. J. GOUGH (Cardiff): LOS BRONQUIOS EN LA NEUMOCONIOSIS.

Distingue dos grupos:

A) Un primer grupo en el que los acúmulos de polvo en el bronquio son fáciles de observar y que aparece en la silicosis, antracosis, trabajadores de hierro, etc. En los bronquios gruesos las paredes están invadidas por masas a partir de los ganglios hiliares, penetrando a través de los espacios intercartilagosos, hasta alcanzar la mucosa, en ocasiones ulcerada. Cuando se une a infección tuberculosa, la destrucción de la pared es mayor, pudiéndose apreciar cavernas linfoideas de paredes negras. Los bronquios de un diámetro menor de un centímetro resisten peor la invasión nodular, llegando a apreciarse reducción de su luz, distorsiones, obliteración y hasta desaparición de la estructura bronquial dentro de la masa neumoconiótica.

En los mineros de carbón describe la existencia de partes afectas de dilataciones bronquial-segmentarias o lobares exentas de depósito antracótico. Confirma la presencia de alteraciones de los nervios autónomos a partir de las afectaciones ganglionares linfáticas, creyendo que esta afectación juega gran papel en la patogenia de las alteraciones periféricas, enfisematosas o bronquiectásicas.

Los bronquiolos terminales y los respiratorios suelen presentarse dilatados, con enfisema local motivado por el depósito coniótico, y la infección sobreañadida, muy frecuente, empeora la deficiencia de la función pulmonar.

Respecto a la bronquitis crónica, tan frecuente en los mineros, no encuentra paralelismo entre la lesión bronquial y la cantidad de polvo presente en la pieza; antes al contrario, creyendo que la razón es que la eliminación de los macrófagos que captan el polvo mantiene la irritación bronquial, disminuyendo la cantidad de polvo fijo en las estructuras bronquiales. No cree que sea el polvo la única causa de las bronquitis del minero, pensando que realmente el medio de trabajo, los gases irritantes, etc., agravan alteraciones bronquiales ya preexistentes.

B) Y un segundo grupo, en los que la alteración bronquial no se acompaña de acumulación local de polvo, como ocurre en los casos de bissinosis, con su claro síndrome del lunes, que más adelante se hace menos recortado, hasta alcanzarse la muerte en gran número de casos por neumonía, insuficiencia espiratoria, cor pulmonale, etc. Los depósitos de polvo son similares a los observados en la población en general, es decir, generalmente de carbón, pero en un 20 por 100 de casos el autor describe la presentación alrededor de estos nódulos antracóticos de una capa similar a la que se produce alrededor de las fibras de asbesto, denominándolos «cuerpos de la bissinosis», pero con la diferencia de ser redondeados, y coloreándose de un modo intenso por el método de Perls. En general, los pulmones de afectados de bissinosis son similares a los observados en portadores de bronquitis crónicas en ciudades de gran población atmosférica.

En los pulmones de trabajadores de hierro, berilio y asbesto se ha observado afectaciones difusas intersticial conducentes a dilatación bronquial y bronquiolar, constituyendo el pulmón en panal de abejas, con dimensiones muy variadas de los espacios según los casos, sin relacionarse con la causa de la enfermedad. En la asbestosis se localiza en bases y en la asbesto-silicosis suele ser difusa, dejando indemnes solamente los vértices. Por acción de los polvos de hierro y de asbesto se originan granulomas pseudo-sarcoidóticos, de difícil diagnóstico, y que en ocasiones precisan finos análisis químicos para su diferenciación.

Respecto a la frecuencia de los carcinomas bronquiales en la neumoconiosis los resultados son diferentes según tipo de fibrosis. No hay aumento en la silicosis, hay una disminución en la antracosis, hay una frecuencia aumentada en los trabajadores de minas de hematita y en la asbestosis (sobre todo carcinomas y mesoteliomas) y en los trabajadores de níquel.

Drs. J. M. PETIT, R. MARCELLE y R. DEROANNE (Lieja): LOS BRONQUIOS EN LA NEUMOCONIOSIS.

El estudio de las alteraciones bronquiales en el curso de las neumoconiosis es abordado por los autores según la siguiente pauta:

1.ª Estudio de la función ventilatoria en los primeros estadios de la neumoconiosis, haciendo hincapié en la falta de correlación entre las imágenes radio-

lógicas y las alteraciones funcionales, explicando dicha discordancia por la presencia de irritación bronquial motivada por los polvos, que produce espasmos bronquiales, con disminución de la ventilación máxima. Aparte de esta acción y la del humo de tabaco, valoran la existencia de factores individuales, y para su conocimiento estudian a continuación;

2.ª Influencia de la inhalación de partículas inertes sobre la función ventilatoria, buscando encontrar datos que permitan reunir los datos divergentes encontrados en la literatura sobre este tema desde DAUTREBAN (1951) a MINETTE (1961).

Encuentran como dato de mayor valor la medida de la resistencia pulmonar y la de la presión transpulmonar (diferencia esófago-boca), asociada a la interrupción breve y repetida de la corriente aérea. Estas pruebas confirman que en estos enfermos se aprecia una elevación de la resistencia testigo de una broncoconstricción por acción de inhalación de polvos inertes, mayor de la que presentan los sujetos normales, y cuya patogenia estaría en relación con la excitación de las terminaciones nerviosas endobronquiales de tipo parasimpático.

El estudio de esta hiperreactividad bronquial explica el hecho de que su repetición vaya produciendo alteraciones funcionales, no despreciables, del mismo tipo de las que se presentan en la enfermedad asmática. En aquellos sujetos en los que no se confirma dicha hiperreactividad, la influencia de las repetidas broncoespasmos por acción de la inhalación de partículas pulverulentas queda todavía sin aclarar.

COMUNICACIONES A LA SEGUNDA PONENCIA

Dres. G. FUMAGALLI, G. BONSIGNORE y F. MANNINO (Palermo): LAS BRONCOPATIAS DE LAS NEUMOCONIOSIS. PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS PARA LA EVALUACION DE LA REVERSIBILIDAD DE LA SINTOMATOLOGIA.

Para estudiar la repercusión bronquial de la neumoconiosis han estudiado los autores en cada caso: broncoscopia, broncografía y exploración funcional, completada con estudio hemogásimétrico.

Por broncoscopia han observado inflamación crónica, más frecuentemente hipertrófica, y, en ciertos casos, atrófica.

La broncografía ha permitido confirmar los datos antes citados, y su inespecificidad permite estudiar la existencia de alteraciones bronquiales causadas por el CO₂, comparando los resultados de ambas series, así como en casos portadores de bronquitis inespecíficas.

Las características de las tres series son bastante similares, pero lo más interesante es el hecho de que la alteración funcional del silicótico está más en relación con la alteración bronquial que con la parenquimatosa y que entre ambas no hay paralelismo alguno en los diversos casos. El tratamiento de la alteración funcional del silicótico puede mejorar la hipoxemia y disminuir su invalidez.

Dres. M. GRILLES y A. COLLET (Oisne): CONSTITUCION Y EVOLUCION DE LOS DEPOSITOS CONIOSICOS PRECOSES EN EL TERRITORIO BRONCO-ALVEOLAR.

El estudio histológico de los nódulos coniosicos realizado en piezas de exéresis practicadas en trece enfermos por tuberculosis, afectos de antracosis, con una exposición al polvo de carbón por lo menos de cinco años, ha permitido esquematizar tres tipos de aspectos observados:

1.º Estadio de depósito simple con infiltración de coniofagos, en los vasos que rodean a los bronquios, bronquiolos y conductos alveolares, así como de los septas alveolares.

2.º Aspectos más evolucionados, en los que la infiltración intersticial engloba a bronquiolos y vasos correspondientes, canales alveolares y septas de los alvéolos vecinos. La luz de los alvéolos adyacentes están ocupados por coniofagos ricos en hierro endógeno. Las zonas infiltradas alternan con otras totalmente indemnes.

3.º Con aspecto similar al anterior, aparecen lesiones a nivel de los bronquiolos en forma de enfisema o en forma de conglomerados conioticos.

Dres. C. VOISIN, V. MACQUET, M. HOUCKE, E. SAVINEL y G. MUCHERY-PIAT (Lilla): LA AFECTACION BRONQUIAL EN LOS DIVERSOS ESTADIOS DE LA NEUMOCONIOSIS DE LOS MINEROS DE CARBON.

Estudiando 652 mineros de carbón, el trabajo resalta la gran frecuencia de alteraciones anatómicas encontradas, siendo, sin embargo, su frecuencia variable según el método exploratorio empleado.

En broncoscopia aparecen alteraciones de mucosa bronquial en un 64 por 100 de los casos que cursan sin alteraciones neumoconiosicas; en un 64 por 100 de las formas con imágenes nodulares, y en un 71 a 91 por 100 de casos con sombras extensas.

En broncografía las alteraciones son mucho más frecuentes: 89 por 100 para los no afectos de neumoconiosis, 79 por 100 para los afectos de sombras nodulares y del 96 al 100 por 100 de las formas extensas, apareciendo en estos casos alteraciones características como estenosis, dislocaciones y modificaciones topográficas, que no aparecen en los otros dos grupos del estudio.

Por el contrario, las formas bronquíticas y broncoespasmódica se observan en cualquier tipo de lesión radiográfica, y en general su aparición es más precoz que la aparición de las alteraciones radiográficas. Aparte de los cuadros espasmódicos que suelen presentarse más frecuentemente en sujetos con pocos años de trabajo, las alteraciones bronquiales van aumentando en frecuencia e intensidad al aumentar los años de trabajo minero. Sin embargo, no puede dejarse de señalar el papel que juegan otras causas, como inhalación de vapores nitrosos, polución atmosférica, tabaco, infecciones viriásicas estacionales, etc., aunque no es posible valorar la importancia de estos factores.

La importancia del factor individual lo achacan los autores a la frecuencia de sensibilizaciones alérgicas, lo que les permite concluir que la bronquitis del minero es un síndrome con múltiples causas y no una enfermedad autónoma ligada únicamente a la inhalación de polvo específico.

K. K. PUMP (Vancouver, Canadá): LA CIRCULACION EN LAS PARTES PERIFERICAS DEL PULMON HUMANO.

En este trabajo el autor estudia la circulación pulmonar utilizando pulmones humanos, a los que previamente había inyectado, previo lavado con una solución salina isotónica, en el árbol bronquial una preparación de látex blanco, en la arteria pulmonar látex rojo, y en la vena pulmonar, látex azul. Las arterias bronquiales no se inyectaron. Después de la inyección emplea la corrosión con ácido clorhídrico.

Estudia principalmente la disposición en el acinus, y observa que la característica principal de éste es la división dicotómica del bronquiolo terminal y de la arteria acinar adyacente. Esta última se divide repetidamente y las ramas proximales acompañan con frecuencia a los bronquiolos respiratorios correspondientes. Esta asociación termina, sin embargo, más allá del bronquiolo respiratorio secundario, donde la arteria se hace interbronquial. Esta arteria emite ramas al bronquiolo respiratorio cuaternario o a los sacos alveolares próximos. Al alcanzar las estructuras alveolares periféricas, las arteriolas se resuelven en una rica red capilar. Los plexos vasculares entre arteriolas y venulas comprenden precapilares, asas capilares y postcapilares. Las redes capilares no se limitan a alvéolos individuales, sino que se extienden formando un todo continuo entre alvéolo y alvéolo, saco alveolar y saco alveolar y de acinus a acinus. Se han observado la existencia de anastomosis arteriovenosas en el acinus, cuyo significado conjeturan.

Estudian también el diámetro de los distintos capilares, pero las discrepancias observadas las atribuyen a las técnicas usadas en el relleno, la sustancia empleada para el mismo, su viscosidad y la fuerza con que se hace la inyección.

R. VACCAREZZA, R. VIOLA, O. VACCAREZZA, V. UGO y J. VICARIO (Buenos Aires, Argentina): COMPROBACION DE LA CIRCULACION COLATERAL SISTEMICA EN PATOLOGIA PULMONAR.

Los autores refieren los estudios hemodinámicos efectuados en una serie de treinta enfermos afectos de neumopatías crónicas de etiología variada, especialmente predominando los tuberculosos; estas neumopatías habían determinado la anulación funcional del pulmón. Comprobaron la frecuente existencia de circulación colateral (por el desarrollo de anastomosis precapilares entre arterias sistémicas y arteria pulmonar) por medio de comprobaciones hemodinámica angiográficas, quirúrgicas y anatómicas.

El cateterismo cardíaco demostró que la saturación de oxígeno en la sangre de la arteria pulmonar correspondiente al pulmón destruido es, a menudo, anormalmente elevada, consecuencia del cortocircuito sistémico pulmonar, que produce también valores tensionales más altos.

En el dextroangiocardiógrama la sustancia de contraste se dirige predominante o exclusivamente al pulmón contralateral y el pulmón «destruido» sólo se opacifica durante el levoangiograma por aflujo sistémico. La aortografía torácica muestra arterias sistémicas de tamaño aumentado en el lado afectado, recorrido tortuoso de las intercostales y opacificación de la arteria pulmonar, por intermedio de una anastomosis bronco-pulmonar.

J. VANCE (Buffalo, Nueva York): PROVISIONES DE ANHIDRIDO CARBONICO EN EL ENFISEMA.

El autor estudia en doce pacientes con enfisema difuso obstructivo pulmonar sus provisiones de anhídrido carbónico.

En treinta y cinco experiencias, en estos doce enfermos, se registró un aumento de la ventilación espiratoria total, mantenida durante veinte minutos con el auxilio de un aparato de respiración a presión positiva intermitente. Los gradientes calculados de disociación parcial para las reservas de CO_2 fueron de 2,14 ml. por mm. kilo (las variaciones oscilaron entre 0,63 y 3,79) y 140 ml. por mm. (con una variación de 44 a 265). Estos valores no se diferencian gran cosa de los obtenidos en sujetos normales por otros investigadores. Es preciso ensayar nuevos métodos para medir la tensión del CO_2 en la sangre y los tejidos. Debido al alto nivel de producción metabólica del CO_2 el aumentar la ventilación en sujetos con enfisema, cosa difícil de lograr, no significa necesariamente la eliminación del CO_2 acumulado.

W. YUE y S. COHEN (Minnekonta, Minnesota): TOLERANCIA Y ABSORCION DEL PARA-AMINOSALICILATO DE SODIO Y DEL ACIDO PARA-AMINOSALICILICO (NEOPASALATE).

La absorción del ácido paramino salicílico y su tolerancia fue estudiada en un grupo de 709 tuberculosos, los cuales recibieron una de las seis clases siguientes: Neopasalate, Complejo de PAS, Fenil PAS, sales de sodio del PAS, sales de potasio del PAS y sales de calcio del PAS. Se compararon las observaciones y resultados obtenidos en los seis grupos.

Se determinaron un total de 2.439 de niveles sanguíneos, con períodos de hasta veinticuatro horas después de la ingestión de dosis matinales de PAS. En los pacientes que fueron observados por períodos mayores de tres meses se llevaron a cabo estudios radiológicos y bacteriológicos.

El Neopasalate presentó una buena tolerancia en los 122 pacientes que recibieron esta medicación. Solamente 7,38 por 100 de este grupo presentaron síntomas de irritación gastrointestinal, comparados con un 20,48 por 100 de los 168 pacientes que tomaron la sal sódica del PAS.

Tanto el Neopasalate como la sal sódica se mostraron capaces de inducir niveles sanguíneos altos a seguido de la ingestión de una sola dosis alta matinal. Ambos mantuvieron niveles altos, superiores a 1 mg. por ciento de suero por más de diecisiete horas. Las dosis únicas matinales de Isoniacida y PAS han resultado efectivas, prácticas y bien toleradas y aceptadas por los pacientes incluidos en este trabajo. Todos los sujetos con cultivos positivos que recibieron Neopasalate, en combinación son Isoniacida o Estreptomicina, se hicieron negativos.

«Diseases of the Chest», Vol. 48, n.º 6, Diciembre 1965

HAWKINS, ARRINGTON, MORSE y HANSEN (Denver, Colorado): ADMINISTRACION DE DROGAS ANTITUBERCULOSAS EN DOSIS UNICA DIARIA O EN DOS VECES.

Los autores emplean cuatro regímenes distintos de drogas antituberculosas para el tratamiento inicial de sus casos:

A) 800 mgr. de Isoniacida, 6 gr. de PAS, diario, dado todo en una sola dosis.

B) 400 mgr. de Isoniacida, 3 gr. de PAS, dado dos veces al día, por la mañana y por la tarde.

C) Igual que los casos A, añadiendo Estreptomomicina 1 gr. en una sola dosis diaria.

D) Igual que los casos B, añadiendo Estreptomomicina 0,5 gr. por la mañana y medio gramo por la tarde.

Los casos tratados con dosis únicas diarias mostraron una evidente mejoría radiológica, con conversión del esputo, cierre de cavernas. Siendo las manifestaciones tóxicas proporcionalmente similares a los que recibieron dosis dividida. Los autores recomiendan el tratamiento a dosis única diaria como método ordinario de tratamiento de la tuberculosis.

MAURER, MÉNDEZ y WESLEY (Cincinatti, Ohio): TRATAMIENTO MODERNO DE LA RUPTURA TRAUMÁTICA Y AMPUTACION DE BRONQUIOS.

El traumatismo contundente, como resultado de accidentes de tráfico, es con mucho la causa principal de laceraciones y rupturas traqueobronquiales. No se ha insistido aún bastante en la importancia del diagnóstico precoz en la ruptura o amputación bronquial. El diagnóstico tardío o erróneo en estos casos resulta invariablemente en incremento de la mortalidad. Lo mismo ocurre cuando el tratamiento es inadecuado.

El autor propone una nueva clasificación de las lesiones traumáticas bronquiales y describe su tratamiento aportando cinco casos ilustrativos de los distintos tipos de lesiones observados y del método quirúrgico adecuado a cada uno.

La toracotomía para la reparación quirúrgica de las lesiones bronquiales o la sutura anastomótica de las ramas seccionadas es, desde luego, el tratamiento de elección. Como las lesiones asociadas de los grandes vasos no son frecuentes, la neumectomía electiva, aún tardía (hasta quince años después del accidente), es casi invariablemente innecesaria.

A. ROWE y A. ROWE, Jr (Oakland, California): ALERGIA ALIMENTICIA: SU PAPEL EN EL ENFISEMA Y EN LA BRONQUITIS CRÓNICA.

Los autores informan que el control de la alergia atópica, especialmente la alimenticia, determinó una mejoría marcada en veinte casos de la práctica privada con bronquitis crónica y enfisema atrófico obteniendo como resultado una drástica reducción o eliminación total de medicamentos broncodilatadores, inhalaciones, corticosteroides y tratamientos broncoscópicos hasta entonces poco eficaces y un aumento de la actividad y de la capacidad de trabajo en algunos casos.

Informan que si bien es importante el no fumar, los beneficios de esta práctica no son inmediatos. De hecho, en cinco casos que no fumaban, el enfisema era una secuela del asma crónico.

Dado que la mejoría observada no se refleja en las pruebas funcionales, es preciso atribuirle al alivio del espasmo bronquial, a la reducción del edema de la mucosa y de la hipersecreción, mediante el control de la alergia, principalmente alimenticia. La importancia de este factor en la bronquitis crónica y el enfisema corre parejas con la que tiene en el asma bronquial en todas las edades, según han comprobado basados en los resultados obtenidos con la dieta de eliminación carente de cereales. La eliminación estricta de leche, huevos,

chocolate y otros alérgenos alimenticios de menos significación en los estados iniciales de la alergia alimenticia es de la mayor importancia. La investigación de la alergia atópica alimenticia es, por tanto, responsabilidad de todo médico que atienda pacientes con estos tipos de afecciones bronco-pulmonares crónicas.

KNUDSON, HATCH, MITCHEL, OCHSNER (Nueva Orleans, Luisiana): CANCER POCO FRECUENTE DE PULMON: CARCINOMA BRONQUIAL DEL PULMON.

Describen los autores la dificultad de definir el carcinoma bronquiolar como entidad nosológica. Es una enfermedad pulmonar maligna, de probable origen unicéntrico bronquiolar, que se asemeja al adenocarcinoma en muchos aspectos, que puede diseminarse por vía linfática o canalicular a otra parte del pulmón afectado o al contralateral y que puede ser letal simplemente por la extensión del territorio pulmonar afectado.

El examen citológico del esputo es un método de investigación valioso, pero el diagnóstico radiológico precoz es de capital importancia.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica conservadora. Si se practica a tiempo, gracias al diagnóstico precoz, puede ofrecer un pronóstico favorable.

El autor describe doce casos de este tipo de carcinoma bronquiolar entre 1.057 pacientes con tumores malignos primitivos del pulmón observados en la Clínica Ohsner, o sea, una incidencia de 1,14 por 100.