

ESTUDIO DE 100 CASOS DE HEMORRAGIA UTERINA CON LEGRADO-BIOPSIA ¹

Doctores: Germán Jordán y Enrique Darnalt.

I. Generalidades clínicas sobre adenocarcinoma uterino e hiperplasia endometrial.

El cáncer del cuerpo uterino se presenta con mayor frecuencia en la sexta década de la vida, y en relación con el cáncer del cuello uterino en una proporción de un caso por ocho, respectivamente.

Su evolución y sintomatología, mucho más benignas y lentas que las del cáncer del cuello, hacen más fácil su tratamiento y favorable su pronóstico. A esto se agrega que su síntoma principal, o sea la hemorragia uterina, se manifiesta rápidamente; la paciente observa fácilmente este síntoma, ya sea por alteraciones de su ciclo menstrual o por aparición de hemorragia patológica durante la menopausia, hechos que la hacen acudir a fin de consultar dicho trastorno.

Teniendo en cuenta que el carcinoma del útero se presenta generalmente en las mujeres que están entre la cuarta y la séptima década de su vida, el clínico debe tener en mente la posibilidad de esta entidad en toda mujer que presente hemorragia patológica. El hallazgo de un aumento del tamaño de la matriz, acompañado de hemorragia en paciente pre o menopáusica, requiere un estudio cuidadoso complementado con exámenes anatomopatológicos con el fin de descartar un posible carcinoma, ya que estos mismos signos clínicos los presentan otras entidades de tipo benigno, especialmente la hiperplasia endometrial simple o asociada a una fibrosis uterina o a tumores ováricos de las células de la granulosa o tecales.

Teniendo en cuenta la alta incidencia de la hiperplasia endometrial como causa de hemorragia uterina, es necesario aclarar algunos conceptos sobre ella. Se ha establecido claramen-

¹ Contribución del Departamento de Ginecología del Instituto Nacional de Cancerología a la I Convención de Obstetricia y Ginecología.

te en observaciones y experimentos en animales, que su causa inmediata es una estimulación excesiva del endometrio por los estrógenos, acompañada de hiperactividad de la hormona folículo-estimulante de la hipófisis. A menudo se acompaña de persistencia quística del folículo, como lo anotó Schroeder, y de ausencia de la acción de la hormona luteínica y de modificaciones secretorias del endometrio. Debe distinguirse del endometrio estrógeno persistente, causa de modificaciones menstruales con ciclos frecuentes anovulatorios o monofásicos y con reacciones hiperplásicas que se atribuyen únicamente a la falta de acción de la progesterona. Una de las más interesantes observaciones de los últimos años es el hallazgo de típicas modificaciones de hiperplasia en el endometrio de enfermas después de la menopausia, ya que se consideraba propia esta entidad del período reproductivo. Generalmente el tiempo de menopausia es corto, pero no es raro que sea de uno a dos años, y Novak trae observaciones de cinco años.

En muchas ocasiones la causa se encuentra en tumores ováricos funcionantes (verbigracia, de células de la granulosa) a veces muy pequeños, pero en muchas ocasiones no existe tumor ovárico alguno y se encuentran ovarios atróficos incapaces de producción hormonal. Se acepta generalmente que la corteza suprarrenal produce estrógenos probablemente derivados de los esteroides orgánicos propios de esta glándula. Otras escuelas creen que la hormona folículo-estimulante puede obrar directamente sobre el endometrio. Se ha discutido la relación que tiene la hiperplasia endometrial con el desarrollo posterior de carcinoma de endometrio, sin que se haya llegado a conclusión alguna, aunque los autores se inclinan a creer que predispone y precede a la aparición de éste. Después de haber cureteado centenares de mujeres por presentar hiperplasia endometrial, no se han observado síntomas clínicos o histológicos de adenocarcinoma posteriormente. Generalmente se acepta que lo que sucede es la asociación de las dos lesiones, porque según las estadísticas de Novak y Yui, se confirmaron, en 104 casos estudiados, 25 en los cuales coincidían carcinoma e hiperplasia. Roberto Meyer aporta cinco casos con la misma asociación. Con estas consideraciones se debe tener siempre en cuenta que toda hemorragia genital por hiperplasia endometrial, especialmente en mujeres pre y menopáusicas, debe ser estudiada por medio del legrado-biopsia para descartar la presencia del adenocarcinoma o la asociación de las dos entidades.

Se ha observado que las lesiones crónicas de la célula hepática, que entre otras de sus muchas funciones metaboliza los esteroides, puede provocar una hiperplasia endometrial por aumento de las hormonas estrogénicas circulantes, que no son destruidas como sucede con hígados funcionalmente normales.

Es importante que la hiperplasia endometrial no es de por sí causante de hemorragia uterina y sólo significa una excitación y una respuesta anormal del endometrio, pero que frecuentemente el epitelio hiperplásico sufre necrobiosis por áreas con cambios degenerativos, infiltración de células redondas y trombosis de los vasos, lo que causa hemorragia funcional a veces continua, por presentarse la necrobiosis sólo en ciertas zonas por un mecanismo semejante al que causa la menstruación normal.

Histológicamente, el carcinoma del cuerpo puede clasificarse en adenocarcinoma y adenoacantoma o carcinoma escamoso. Puede ser difuso o circunscrito, y a veces toma la forma polipoide. Se han observado casos en que se desarrolla sobre un pólipo endometrial. Sus características microscópicas en general corresponden a las encontradas en las lesiones de naturaleza maligna, o sea anaplasia y metaplasia celular, cambios de afinidad tintorial, pérdida de la polaridad de las células, polimorfismo celular, invasión de los estratos vecinos, etc. En la hiperplasia endometrial la imagen histológica corresponde a la de "queso suizo" (término usado por Novak) con aumento de los elementos tisulares tanto epiteliales como del estroma; el epitelio es más alto que el normal, las glándulas profundas, hiperplásicas e irregulares, a veces quísticas. Las células muestran mitosis frecuentes y no se encuentran modificaciones del período secretor (vacúolas, glicógeno, etc.). Frecuentemente se observan zonas infiltrativas con cambios degenerativos de origen no infeccioso.

El aumento del tamaño del útero que acompaña generalmente al carcinoma del endometrio hace pensar que los factores desencadenantes de la anarquía celular de tipo maligno también influyen sobre el tejido muscular y conjuntivo.

Se ha prescindido de la clasificación clínica del carcinoma según su localización o invasión, ya sea al endometrio o a las demás capas de tejidos de la matriz (miometrio y serosa). Actualmente la clasificación clínica se reduce a tres estados: primer estado: clínicamente operable; segundo estado: técnicamente operable, aunque estén invadidos órganos vecinos; y tercer estado: no operable.

El carcinoma del útero puede permanecer por largo tiempo localizado al endometrio. Posteriormente se propaga al miometrio y puede producir invasión por contigüidad a las trompas y ovarios, peritoneo abdominal, canal del cérvix o vagina, aunque siendo rara esta última, la invasión a la trompa. Las metástasis por vía linfática o sanguínea se hacen al grupo de ganglios situados en las cadenas ilíacas y para-aórticas inferiores, o trompa y ovario. A distancia se hacen a columna vertebral y pulmón.

II. Importancia del legrado-biopsia en el diagnóstico de las hemorragias uterinas.

Si bien es cierto que las hemorragias de tipo funcional son numerosas, existe gran variedad de lesiones orgánicas endometriales que originan este síntoma, y el único medio diagnóstico de ellas es el legrado-biopsia. No es necesario insistir sobre lo dicho respecto a las lesiones malignas, pero se debe recordar que los pólipos endometriales, restos ovulares, las endometritis crónicas, la mola hidatidiforme, los endometrios atópicos, la adenomiosis, etc., producen hemorragia, y generalmente no es posible llegar a su diagnóstico sino mediante el legrado. Si se tiene en cuenta que la intervención es en muchos de estos casos a la vez indicación terapéutica, hay un motivo más para insistir en su conveniencia. Clínicamente se pueden descartar algunas lesiones aparentes causantes de hemorragia, entre ellas: pólipos del endocervix, en especial cuando están prolapsados, fibromiomas uterinos, tumores del ovario, enfermedades generales, verbigracia: diátesis hemorrágica, lesiones cardíacas y renales, hemorragias del embarazo. Sin embargo, en algunas de ellas, en especial en la fibromatosis uterina, es conveniente y a veces necesario descartar una entidad maligna asociada.

III. Condiciones y técnica del legrado. Exámenes previos. Anestesia. Morbilidad. Mortalidad.

En el Instituto Nacional de Cancerología se procede con las pacientes que consultan por el síntoma hemorragia genital, en la siguiente forma: Se descartan todas aquellas lesiones aparentes que la pueden provocar, en especial las de cuello, vulva y vagina; también las relacionadas con el embarazo y las enfermedades orgánicas de tipo general. Posteriormente, según el criterio del ginecólogo, se indica el legrado-biopsia de endometrio y de endo-

cérvix en muestras aparte para su estudio anatómo-patológico. Gracias a este procedimiento se han confirmado multitud de casos sospechosos de carcinoma de endometrio y se han descubierto casos insospechados, como también se logra una orientación diagnóstica sobre lesiones benignas que el examen clínico no lo habría permitido. Si la lesión no es maligna, la paciente se envía a otros servicios hospitalarios o a su médico particular, y en caso de que resulte maligna se ordena el tratamiento indicado. Además se instruye a las enfermas sobre la necesidad de acudir a la consulta si presentan nueva sintomatología genital.

De rutina se ordenan los siguientes exámenes: clínico general, cuadro hemático, N. P. N. glicemia, parcial de orina, para autorizar la anestesia general. Algunas veces, según las condiciones de la enferma, se practica anestesia local. El anestésico más utilizado es el pentotal por vía venosa, previa medicación. La intervención es la misma que para cualquier legrado uterino y con cierta práctica apenas se lleva unos pocos minutos. Dicho legrado debe ser completo. El accidente más frecuente es la hemorragia posterior fácilmente controlable. Por esta razón las enfermas permanecen hospitalizadas por 24 horas. Se han presentado algunos casos de perforación uterina, especialmente en úteros reblandecidos por lesiones carcinomatosas, pero con reposo y antibióticos esta complicación no es grave. La mortalidad en los casos estudiados es nula.

IV. Cuadros estadísticos.

Se presentan a continuación los resultados obtenidos en los 100 casos estudiados en serie desde enero de 1952 a febrero de 1953.

I. Incidencia de hemorragia uterina patológica y de carcinoma primitivo de endometrio por grupos de edades:

CUADRO NUMERO 1

Grupo de edades			Hemorragia	Carcinoma endometrio	Porcentaje malignidad
21	a	30	10	0	0
31	a	40	38	1	2,63
41	a	50	35	3	8,57
51	a	60	13	2	15,39
61	a	70	4	2	50
Totales:			100	8	

Observaciones:

a) Se prescinde en este cuadro de un caso de carcinoma de endometrio por propagación de un epiteloma del cuello y un caso de mola degenerada.

b) La mayor incidencia de hemorragia corresponde a la tercera y cuarta décadas.

c) El porcentaje sobre el total de los casos de carcinoma de endometrio es de 8%, y de malignidad, en total, de 10%.

d) Es importante anotar que el porcentaje de carcinoma de endometrio se hace muy alto en la quinta década y es altísimo en la sexta, durante la cual en los casos estudiados llega al 50%.

CUADRO NUMERO 2

Resultado anatómo-patológico en los 100 casos, por orden de frecuencia:

1. Hiperplasia endometrial	24
2. Endometrio estrógeno	19
3. Endometrio atrófico	11
4. Endometrio secretor o pre-g	10
5. Carcinoma de endometrio	9
6. Restos ovulares	6
7. Endometrio atípico	5
8. Endometritis subaguda	3
9. Pólipo endometrial	2
10. Endometrio tipo mixto	1
11. Adenomiosis	1
12. Células deciduales malignas	1
Total	92
Muestra insuficiente	8
Total	100

Observaciones:

a) Los casos de muestra insuficiente se han seguido posteriormente sin repetir legrado por no haber presentado sintomatología. En los casos de endometrio atípico se ha seguido conducta semejante.

b) En los diagnósticos como endometrio estrógeno no se aclaró la fase del ciclo en que fueron tomados; queda la duda de si se trata de endometrio estrógeno persistente, a pesar de que se ordene el legrado en la segunda fase del ciclo cuando ésta se conoce.

CUADRO NUMERO 3

Otras lesiones ginecológicas diagnosticadas clínicamente en los casos estudiados, por orden de frecuencia:

1. Cervicitis crónica	29
2. Fibromatosis uterina	14
3. Pólipos endocervicales	8
4. Salpingitis crónica	3
5. Parametritis crónica	3
6. Varicocele pelviano	1
7 Prolapso genital	1

Observaciones:

a) Es notable el alto porcentaje de cervicitis. Se pone de presente en estas observaciones la fibromatosis uterina y los pólipos endocervicales como causas de hemorragias.

b) Desde luego este cuadro no tiene ninguna significación estadística, puesto que en una enferma han podido coincidir varias de estas lesiones.

CUADRO NUMERO 4

Otras lesiones malignas asociadas en las 100 enfermas:

1. Epitelioma del cuello. Estado III	1
2. Carcinoma del ovario metastásico	1
3. Carcinoma del ovario primitivo	1

CUADRO NUMERO 5

La menopausia en relación con algunas de las entidades encontradas:

		Porcentaje
1. En el total de los casos (100)	29	29,00%
2. En 9 carcinomas de endometrio	6	66,66%
3. En 24 hiperplasias	5	20,83%
4. En 11 endometrios atroficos	11	100,00%

Observaciones:

a) Este cuadro confirma el carcinoma del endometrio; se presenta con mayor frecuencia en pacientes menopáusicas, y por lo tanto en ellas la hemorragia uterina debe inclinar al médico a hacer una investigación más cuidadosa de su causa.

b) En las hiperplasias, por el contrario, la incidental durante la menopausia es mucho menor, en estas observaciones, apenas del 20%.

c) El endometrio atrófico es propio generalmente de enfermas menopáusicas, por la involución genital de esta edad. En estas observaciones es del 100%.

Historia	Edad	Número de embarazos	Ultimo parto	Tiempo de menopausia	Lapso sintomatología, 1ª consulta	Sintomatología	Tratamiento tipo histológico	Observaciones
28.166	28	3	2	no	4	Metrorragia.	Legrado Mola Deg.	En observación.
30.281	30	6	4	no	7	Metrorragia.	Rádium. Rayos X. Carcinoma. Escamocelular.	Con epiteloma de cuello.
20.155	38	5	5	no	8	Metrorragia.	Ninguno. Adenocarcinoma.	Pérdida.
29.831	43	0	—	2	3	Flujo fétido. Hemorragia.	Rádium intrauterino. Adenocarcinoma.	Tratamiento incompleto por desaparición.
30.028	45	2	13	no	12	Metrorragia.	Rádium. Histerectomía. Rayos X. Adenocarcinoma.	Carcinoma. Metastático ovario. Rayos X incompletos.
29.654	48	0	—	10	12	Leucorrea. Hemorragia un día.	Histerectomía. Rayos X. Adenocarcinoma.	Tratamiento completo.
29.907	55	1	23	8	5	Metrorragia.	Rádium. Histerectomía. Carcinoma. Escamocelular.	Tratamiento 8 meses más tarde, por desaparición.
29.779	55	0	—	12	12	Flujo fétido hemorrágico.	Rádium. Adenocarcinoma.	Tratamiento completo paliativo.
29.486	62	3 abortos	19	12	2	Metrorragia. Abombamiento abdominal.	Histerectomía. Adenocarcinoma.	Con carcinoma primitivo celular ovario. Tratamiento incompleto.
28.116	70	9	35	30	8	Metrorragia.	Rádium adenocarcinoma.	Tratamiento completo.

Observaciones:

a) Se presenta en este cuadro un resumen sobre los siete casos con lesiones histológicamente malignas. De los 10 casos, siete consultaron por metrorragias, dos por flujo hemático fétido, y una por leucorrea y pequeña hemorragia ocho años después de su menopausia. Una de las enfermas que consultó por hemorragia había anotado abombamiento abdominal.

b) La edad promedio en los siete casos de carcinoma primitivo del endometrio es de 52 años, lo que coincide con las observaciones de otros autores. La enferma más joven, de 38 años, y de 70 la de mayor edad.

c) En los mismos siete casos primitivos cinco enfermas habían tenido partos y dos eran nulíparas. Se acepta que la incidencia del carcinoma es más o menos igual en nulíparas y multíparas.

d) El tiempo mínimo transcurrido entre el último parto y la consulta de la enferma fue de cinco años. Ya se observó que el carcinoma del cuerpo y la hiperplasia endometrial se presentan un tiempo prudencial después de haber sufrido el útero las modificaciones fisiológicas del embarazo.

e) Seis de las enfermas en menopausia y 4 reglando. El tiempo promedio de menopausia en los casos presentados es de 12 años 4 meses. El tiempo máximo, de 35 años.

f) Del total de los casos con lesiones malignas (10); en seis se practicó tratamiento completo. En tres incompleto, y en uno ningún tratamiento por desaparición de la enferma. Los tratamientos incompletos se debieron el primero a que después de la aplicación de rádium intrauterino la enferma no regresó para practicarle histerectomía; el segundo, a que después de rádium intrauterino e histerectomía posterior se indicó tratamiento con rayos X profundos por haber comprobado metástasis ovárica, tratamiento que fue incompleto por desaparición de la enferma; y el tercero, debido al mal estado de la paciente que presentaba además de la lesión uterina un carcinoma del ovario, y no se hizo irradiación posterior por esta causa.

Nota: Uno de los tratamientos considerados completos fue paliativo debido a invasión de órganos vecinos.

Conclusiones:

1. Es conveniente practicar legrado uterino descartadas las causas aparentes de hemorragia en las mujeres que presentan alteraciones menstruales, en especial en la edad pre y menopáusica.

2. Este método diagnóstico, que a la vez tiene indicación terapéutica en algunas entidades, se utiliza rutinariamente en el Instituto Nacional de Cancerología.

3. El alto porcentaje de malignidad (10%), a pesar de ser presentado por una institución dedicada al diagnóstico del cáncer, hace poner en guardia al ginecólogo sobre la necesidad de excluir mediante el examen histológico las lesiones malignas y no contentarse con atribuir las a causas funcionales.

4. La mortalidad en el legrado-biopsia fue nula, y su morbilidad es mínima.

5. La observación de los datos presentados orienta sobre las causas orgánicas y funcionales de la hemorragia uterina.

6. En el Instituto Nacional de Cancerología se emplea el siguiente tratamiento en los casos de adenocarcinoma del endometrio:

a) En los casos operables: aplicación de rádium intrauterino en empalizada. Cuatro semanas más tarde histerectomía total con salpingo-ooforectomía bilateral sin vaciamiento ganglionar.

b) Cuando se comprueban metástasis a los órganos pélvicos en la intervención quirúrgica, o si éstas se presentan posteriormente, se aplica roentgenterapia profunda.

c) Si el caso es inoperable se aplica rádium y roentgenterapia profunda y se clasifica como tratamiento paliativo. En algunas circunstancias se practica la histerectomía y luego rayos X, verbigracia cuando no es posible aplicar el rádium intrauterino.

ARTICULOS SACADOS DE LA OBRA "NOUVEAU TRAITÉ D'ÉLECTRO-RADIOTHÉRAPIE", CORRESPONDIENTES AL MES DE MAYO DE 1953

Autor

Aimard, J.	Affections bénignes de la vésicule biliaire.
Berclère, Claude	Stérilité.
Coliez, Robert	Statut légal de l'électro-radiologie.
Coliez, Robert	Tumeurs malignes du sein.
Dariaux, A.	Hypertrophie de la prostate.
Delherm, L.	Les agents physiques en gynécologie, affections inflammatoires et bénignes.
Delherm, L.	Atonie du sphincter.
Delherm, L.	Constipation.
Delherm, L.	Fissure anale.
Delherm, L.	Prolapsus du rectum.
Delherm, L.	Vomissements incoercibles.
Devois, A.	Énurésie et incontinence d'urine.
Ducuing, J.	Fibromes utérins.
Fainsilber, B. Mme.	Affections non cancéreuses de la glande mammaire.
Formigal Luzes, F.	Cirrheses hépatiques.
Gally, L.	Cancer de l'estomac et de l'intestin.
Gauducheau, R.	Cancer du rectum.
Grenet, H.	Acrodynie.
Grenet, H.	Les pyodermites des nourrissons.
Grenet, H.	Rachitisme.
Gros, Ch.	Le cancer du canal anal.
Hélie, Y.	Thérapeutique et prophylaxie collective par les rayons ultra-violet.
Jutras, Albert	Cancer du foie, des voies biliaires et du pancréas.
Lamarque, Paul	Les cancers des organes génitaux de la femme.
Marchand, J. H.	Abcés et fistules de l'anus.
Marchand, J. H.	Hémorroïdes.
Marchand, J. H.	Rétrécissements non cancéreux du rectum.
Marchand, J. H.	Ulcérations de l'anus et tumeurs bénignes ano-rectals.
Mathey Cornat, R.	Le cancer de la verge.
Merger, R.	L'accouchement "électrique".

Porcher, P.	Oclusion intestinal.
Raocayril, P. E.	Affections microbiennes de l'appareil urinaire et génital mâle.
Rosset, A.	Péritonite tuberculeuse.
Sorin, A.	Tumeurs malignes et bénignes, et de la vessie.
Truchot, P.	Cancer du testicule.
Truchot, P.	Cancer de la prostate.
Truchot, P.	Troubles névropathiques, impuissance, spermatorrhée.
Truchot, P.	Tuberculose génito-urinaire chez l'homme; étude générale clinique et thérapeutique.
Truchot, P.	Tumeurs malignes du rein.
Truchot, P.	Indurations plastiques des corps caverneux.
Turpin, R. Mm.	Les affections névro-musculaires de l'enfance.

LIBROS CLASIFICADOS DURANTE EL MES DE MAYO

Aubaret	Anatomía bioscópica.
Barbier, Jean	Manuel de Sédimentations sanguines.
Bleyer R.	Fisiología, patología, terapéutica y política.
Caméron, A. T.	Recent advances in endocrinology.
Carter, J. Bailey	The fundamentals of electro-cardiographic.
Fattorusso, V.	Atlas d'électro-cardiographie.
Grégoire, R.	Manual de Anatomía.
Kahn, Reubeul	Tissue immunity.
Laubry, Ch.	Les maladies des coronaires.
Lutembacher, R.	Syphilis et lésions cardiovasculaires.
Pérez Manuel L.	Tratado de Obstetricia.
Polonovski Michel	Pathologie chimique.
Tandler, Julius	Tratado de Anatomía sistemática.
Trueta, Josep	Studies of the renal circulation.
Villemin, F.	Manual de Anatomía topográfica.

LISTA DE LOS ARTICULOS SACADOS DE LA REVISTA "PRENSA MEDICA ARGENTINA", DURANTE EL MES DE MAYO DE 1953

Albanese	Neumonectomía de urgencia por herida penetrante de tórax con lesión de pulmón izquierdo.
Bachman, Alois E.	Contribución al estudio del origen retículo-endotelial.
Bachman, Alois E.	Estudio sobre las nebulizaciones de 2-(N-fenil-N-bencil-aminoetil).

Ballester, Herraiz	Curso completo de enfermedades alérgicas, dictado en el Servicio de Alérgica del Hospital Rivadavia.
Baraldi, Alberto	Sobre algunos aspectos quirúrgicos de la neurofibromatosis de von Recklinghausen.
Bay, Ricardo	Absorción normal y anormal de grasas en el hombre.
Bazán, Julio	Ampliación de las indicaciones de la operación cesárea.
Benchimol, Alberto S.	Vías biliares: algunas consideraciones sobre los últimos cien casos operados.
Benzadón Jacobo	Divertículos verdaderos de la primera porción del duodeno.
Benzecry, I.	Insuficiencia tricuspídea, estudio radiológico.
Bertola Vicente	Bocios tóxicos, resultados operatorios.
Boccia, Donato	Patología del berilio.
Boccia, Donato	Valoración de la capacidad laborativa en la silicosis.
Bortoluzzi, Alfredo S.	Sobre un caso de bronconeumopatía subaguda con monilias.
Brachetto-Brian, D	La edad de la menarquia, menopausia y duración de la vida.
Brachetto-Brian, D	La histología patológica como contribución al pronóstico.
Canonica, Abel, N.	El método de clarificación en el estudio anatomo-patológico-quirúrgico de los tumores.
Casal, Manuel A.	Invaginación ileocecal por cáncer.
Castelli, Armando J.	El empleo de la cloromicetina en la tos ferina.
Castex Mariano R.	Efecto del ácido succínico en la intoxicación alcohólica.
Castex Mariano R.	Las manifestaciones alérgicas de la cabeza y del cerebro.
Costa Bertani, Guido	Reumatismos vertebrales.
Caviglia, Miguel L.	Meningitis tuberculosa, tratamiento con estreptomina.
Cernich, I. R.	Aneurisma de la aorta, aortografía y tratamiento quirúrgico.
Colacelli, Alfredo E. A.	Las disociaciones aurículoventriculares.
Cordero Alejandro A.	Reinfección sifilítica.
Cornell, Beaumont S.	Hábitos alimentarios y dieta general.
Dante Baistrocchi, Julio	Várice de los miembros inferiores, clínica y técnica.
Dassen, Rodolfo	A propósito de una eosinofilia de carácter excepcional.
Defeo, Héctor U.	El apósito adhesivo gelatinoso en los trasplantes de piel.

Defeo, Héctor U.	VII Congreso Internacional de Cirugía, la esfinterotomía.
De Pierris, Carlos Alberto	Las incisiones y los fleboextractores en las safenectomías combinadas.
Dujovich, Adolfo	Bulbo de la trompa de Falopio.
Fernández Rozas, Francisco	Forma de organizar los servicios de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
Finochietto, Ricardo	Colecistitis aguda en antiguos rectomizados.
Flórez Belaúnde, Rufino Jorge	Instrumental atraumático para cirugía vesical.
Galarce, Jorge A.	Técnica de la cavernostomía amplia primitiva.
Grammático, Alfredo D.	Rehabilitación del accidentado ocular.
Gennes, Lucien de	Sobre el retroneumoperitoneo, un nuevo procedimiento de exploración radiológica.
Gherzi, Julio A.	Cierre de las heridas operatorias en neurocirugía, nuestro concepto, técnica, resultado.
Givre, Alfredo	La radiología de los tumores del nervio acústico.
González García, Alfredo	Enclavamiento intramedular del esqueleto.
González Ulloa, Mario	Tratamiento intraoral de las fracturas.
González Videla, J.	Conducto arterioso permeable y aneurisma de la rama izquierda de la arteria pulmonar.
Goñi Moreno, Iván	Tratamiento racional de las hernias y eventraciones crónicas voluminosas.
Grammático, Alfredo D.	Consideraciones fisiopatológicas sobre la cirugía del glaucoma.
Guber, Emanuel	La dimetilbenzoil-sulfanilamida en las colibacilosis de las vías urinarias.
Kaplan, Salomón	Gastrectomía total a lo Pack por lininitis.
Lacal, Federico	Aspectos clínicos y humorales del enfermo prostático.
Lacroix, Pierre	Orientación de las recientes investigaciones.
Laranja, Francisco S.	Clínica y terapéutica de la enfermedad de Chagas.
Lasala, Atilio J.	Comentario sobre la labor efectuada en la seccióncirugía del hígado.
León, Juan	Frecuencia operatoria en partos con analgesia.
Lichtwtz, A.	Histofisiología del crecimiento.
Lluesma-Uranga, Estanislao	Resultados de un año de actividad quirúrgica.

Maccarini, Hugo	Profilaxis y tratamiento del bocio endémico.
Maggi, A. L. C.	Aplicaciones clínicas del tetra-etilamonio.
Maissa, Pedro A.	Roentgenodiagnóstico de los tumores del páncreas.
Malamud, T.	Inversión de la ondat. en las cuatro derivaciones.
Malbec, Ernesto F.	Los injertos de piel en estampilla en las grandes heridas cutáneas.
Marino Héctor	Radiodermatitis grave y colgajos pediculados.
Marino Héctor	Retracción del pezón, tratamiento quirúrgico.
Marino Héctor	Reconstrucción del esqueleto cartilaginoso.
Mayer, Raúl	Henry Coutard, in memoriam.
Mazzei, Egidio S.	Hepatitis aguda.
Mazzei, Egidio S.	Insuficiencia renal funcional en las hemorragias.
Mazzei, Egidio S.	Taquicardia supraventricular.
Meeroff, Marcos	Diagnóstico etiológico de la estenosis pilórica.
Meeroff, Marcos	Reacciones de labilidad sero-coloidal en hepatopatías.
Mosca, Lidio G.	Tumor del riñón izquierdo y duodeno.
Navarro, Antonio	Enfermedad de Morgagni, a propósito de una observación clínica.
Pantolini, Mario L.	Colecistoakenosis aparoquina.
De Pierris, Carlos Alberto	Litiasis gigante del colédoco.
Pérez Fontana, Velarde	Hernias del ligamento suspensorio del hígado.
Provenzano, Sergio D.	Hiperqueratosis idiopática pigmentada de pezones.
Re, Pedro M.	Hidatidosis, acción de los antihistamínicos.
Riveros, Manuel	Cáncer de la próstata.
Rossi, Carlos Alberto	Síndrome de Marchand-Waterhouse-Friderichsen.
Saigg, Edmundo	Espruo no tropical, consideraciones clínicas.
Sceopul, Tibere Nicolás	Progreso en la psiquiatría moderna.
Schiavo, Carlos D.	Reconocimiento de la sensibilidad a la estreptomycin mediante un sencillo test intradérmico.
Schtirbu, Isaac	La colpocitología en la práctica ginecológica.
Serebrinsky, Bernardo	Higiene mental en la edad escolar.
Solari, A. V.	La acción antialérgica de la sal sódica del ácido para-amino-salicílico.
Sonzini Astudillo, Carlos	Vía de acceso al ganglio estellado (es-telectomía).

Spota, Benjamín B.	Posición actual en que colocamos a la esclerosis.
Sverdlick, José	Exofatálmo unilateral no pulsátil, por aneurisma difuso de la arteria oftálmica, tratamiento quirúrgico.
Tarnopolsky, S.	Artritis en ratas adrenoprivas, anatomía patológica.
Tarnopolsky, S.	Artritis reumática o reumatoide tratada con desoxcorticosterona y vitamina C.
Tricerri, F. E.	Tratamiento quirúrgico de la estrechez mitral.
Uranga Imaz, Francisco A.	Insuficiencia renal aguda por transfusión sanguínea, nefrosis del nefrón inferior.
Verdu, Raúl	Naturaleza sistológica de las fases protodiastólicas.
Wernicke, Germán R.	Aporte para el tratamiento de la tricomoniasis vaginal.

ARTICULOS SACADOS DE LA OBRA "TRAITÉ DE MÉDECINE"

Bariéty, M.	La primo-infection tuberculeuse.
Bariéty, M.	Généralités sur l'infection tuberculeuse.
Meyer, André	Traité de la tuberculose pulmonaire.

ARTICULOS SACADOS DE LA OBRA "PATHOLOGIE CHIMIQUE", DURANTE EL MES DE MAYO DE 1953

Autor

Bénard, Henri	Porphyrie essentielle et porphyries symptomatiques.
Boulanger, P.	Autres oligo-éléments.
Boulanger, P.	Les avitaminoses, Le complexe B.
Boulanger, P.	Biochimie du cancer.
Boulanger, P.	Eau, chlore, sodium et potassium.
Boulanger, P.	Soufre.
Bourlière, François	Sénescence.
Bugnard, Louis	L'action biochimique des radiations ionisantes.
Busnel, René-Guy	Action biochimique des ultrasons.
Delbarre, Florian	Biochimie de la goutte.
Delbarre, Florian	Biochimie des intoxications et de la détoxication.
Delbarre, Florian	Biochimie des obésités.

Delbarre, Florian	Biochimie de la sous-alimentation et des maigreurs.
Delbarre, Florian	Vitamines et avitaminose A.
Delbarre, Florian	Vitamine et avitaminose C. Le problème des vitamines.
Delbarre, Florian	Vitamines et avitaminose E.
Delbarre, Florian	Vitamines et avitaminose K.
Dreyfus, Jean-Claude	Puberté.
Dreyfus, Jean-Claude	Travail, fatigue et entraînement.
Dreyfus, Jean-Claude	Mélituries.
Gartier, Pierre	Phosphates, calcium et magnésium.
Jayle, Max F.	Biochimie de la grossesse normale et pathologique.
Jerôme, Henri	Iode.
Macheboeuf, Michel	Biochimie de l'immunité.
Nordmann, Jo	Biochimie des brûlures.
Polonovski, Claude	Cuivre.
Parrot, Jean-Louis	Biochimie de l'allergie.
Polonovski, Jacques	Les stéatoses.
Polonovski, Jacques	Syndrome humoral de l'infection.
Polonovski, Michel	Anomalies du métabolisme des amino-acides.
Polonovski, Michel	Diastases et lésions biochimiques.
Polonovski, Michel	Hormones et interrelations hormonales.
Polonovski, Michel	Introduction à l'étude des facteurs nutritionnels.
Polonovski, Michel	Modifications physiologiques et pathologiques.
Polonovski, Michel	Vue d'ensemble sur le métabolisme intermédiaire.
Santenoise, Daniel	Action biochimique des climats.
Schapira, Georges	Biochimie du choc.
Schapira, Georges	Effets des carences maternelles sur le fœtus.
Schapira, Georges	Vitamines et avitaminose.
Schapira, Georges	Polycories.
Tayeau, Francis	Action biochimique des ultravirus.
Tayeau, Francis	Biochimie des parasitoses.