

Revista de revistas

Cardiología

COSSIO (P.): Ritmo bigeminado por extrasístoles auriculares bloqueados. *La Semana Médica* (Buenos Aires). 7 enero 1932.

El autor resume su trabajo con las conclusiones siguientes:

1. Además del ritmo bigeminado debido a la presencia de contracciones prematuras como son los extrasístoles o debido a la falta de una contracción cardíaca cada tres como sucede en ciertos bloqueos recurrentes, hay una otra forma de ritmo bigeminado debido a la existencia de extrasístoles auriculares totalmente bloqueados y que se producen cada dos latidos normales.

2. El ritmo bigeminado por extrasístoles auriculares totalmente bloqueados, presenta la particularidad de tener los dos latidos del par de idéntico origen, apartándose más del bigeminismo por extrasístoles donde el segundo latido del par es de un origen diferente, que del bigeminismo por fallas de latidos donde los dos constituyentes del par son del mismo origen.

3. El ritmo bigeminado por extrasístoles auriculares totalmente bloqueados, tiene características clínicas y eléctricas que permiten ser diferenciado de las otras formas de bigeminismo.

a) Sus circunstancias de aparición, ausencia de intoxicación digitálica o de cardiopatías graves, y el carácter igual entre los tonos de ambos latidos del par, son razones suficientes para su distinción con el bigeminismo extrasistólico.

b) La semejanza casi absoluta entre los tonos de los latidos del par como el soplo sistólico limitado al primer latido, son caracteres

comunes con el bigeminismo por fallas ventriculares; pero la deformación de la desviación T del segundo latido del par como la falta de relación del doble o del triple entre el espacio que separa a dos pares de latidos y el espacio que separa a dos latidos de un par, son razones suficientes para su distinción con el bigeminismo por bloqueo incompleto aurículo-ventricular y bloqueo sinoauricular o aborto sinusal.

4. El bigeminismo por extrasístoles auriculares totalmente bloqueados, tiene el mismo valor que las otras formas de extrasístoles auriculares bloqueados; hasta ahora los hemos visto en una gran proporción en adenomas tiroideos, el tratamiento quirúrgico puede ser eficaz, pero temporariamente.

Tisiología

CODINA SUQUE (J.): Las llamadas formas filtrantes, ¿representan una fase evolutiva del bacilo tuberculoso? *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. 2 enero 1932.

El autor resume su trabajo con las siguientes conclusiones:

Es prematuro, por los datos obtenidos inoculando filtrados de productos tuberculosos, el pensar en la existencia de una fase filtrable en el desarrollo del bacilo de Koch. Todos los hechos observados hasta hoy pueden explicarse por el paso, a través de los filtros, de trozos de bacilos de virulencia atenuada, ya que la atenuación del clásico bacilo de Koch por los antisépticos, como se desprende de nuestras observaciones, da las mismas formas de tuberculosis ganglionar del cavia que las que se suponen producidas por el mal llamado ultravirus.

Nuevas experiencias son necesarias, desde los más variados puntos de vista, para poderse decidir *en firme* por una de las dos hipótesis. Pero, desde luego, consideramos prematuro, por su falta de rigorismo científico, todo intento de aplicación de estos hechos a la clínica práctica, en contra de lo hecho por autores de gran prestigio científico.

Estas investigaciones han tenido la utilidad de llamar la atención sobre lesiones anatómo-patológicas del cavia, a las que antes no se daba importancia y que hay que conocer bien para hacer diagnósticos exactos.

ESPLUGUES MATRES (F.): El verdadero valor de los signos de Grancher en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar.

Como resumen de su trabajo, el autor sienta estas conclusiones:

1.^a Que las modificaciones del murmullo vesicular, llamados signos de Grancher, no expresan generalmente el comienzo del proceso tuberculoso.

2.^a Que pueden estos cambios ser debidos a muchas otras causas, ajenas en absoluto a la tuberculosis pulmonar.

3.^a Que cuando su origen radica en un proceso tuberculoso, la mayor parte de las veces traducen procesos esclerosos del vértice motivados por la primoinfección y por lo tanto sin ningún valor en la clínica.

4.^a Que cuando son debidos a lesiones tuberculosas activas, muy pronto deben ir seguidos de otros cambios auscultatorios y acompañados de expectoración bacilar, ya que son muy

escasas y problemáticas las tuberculosis activas cerradas; y

5.^a Que es de primordial importancia tener presente estas ideas, para evitar el hacer pasar por tuberculosos verdaderos a muchos cloroanémicos, basedowianos, enfermos de estrechez mitral, de apendicitis, de colecistitis, de anexitis y de las vías respiratorias superiores que, presentando estos cuadros auscultatorios, tienen además síntomas generales que inducen a confusión.

Oto-rino-laringología

DODDS (A. R.) y CARRASCOSA (A. E.): Las inyecciones esclerosantes en el tratamiento de las rinitis congestivas. *Revista de Especialidades* (Buenos Aires), n.º 6, 1931.

Conclusiones.—El método de las inyecciones esclerosantes se debe emplear en las obstrucciones nasales producidas por la rinitis congestiva, por presentar las siguientes ventajas:

1.º Sencillez de la técnica.

2.º Reacción postoperatoria mínima, 48 horas, que se puede atenuar con el empleo de vasoconstrictores.

3.º Ausencia de accidentes o incidentes serios.

4.º Su inocuidad, que lo permite usar en enfermos debilitados.

5.º Tiene sobre la galvanocauterización profunda las siguientes ventajas: reacciones postoperatorias menos vivas; respeta la mucosa y por lo tanto, evita la escara, la supuración y la sinequia, y por último, su resultado es más duradero.