

Revista de Revistas

Medicina

GALLEGO BURIN (M.): Metabolismo comparado del Cl en enfermos de cáncer gástrico, úlcera y otras gastropatías. *Archivos españoles de Enfermedades del Aparato digestivo y de la Nutrición*. Novbre. y Diciembre. de 1932.

Conclusiones

- 1.ª El Cl sanguíneo se comporta de diferente manera en los enfermos de cáncer gástrico y úlcera.
- 2.ª En el cáncer gástrico la cifra de Cl sanguíneo, en la mayoría de los casos, es superior a la normal.
- 3.ª En los casos de úlcus gástrico y duodenal, el Cl sanguíneo se encuentra disminuído en la mayoría de los casos.
- 4.ª Este hecho de observación, que resume las dos conclusiones anteriores, pudiera interpretarse, como diferencia de afinidad, por el Cl de las albúminas protoplásmicas, principalmente por las de la mucosa gástrica.
- 5.ª Son dignas de la mayor atención las ideas de Ambard sobre la eliminación del Cl urinario, extendidas por Martínez Nevot a la eliminación del Cl por la mucosa gástrica en los casos de cáncer y úlcera gástrica.
- 6.ª En el cáncer gástrico, la cifra de Cl urinario, que fisiológicamente guarda relación íntima con el sanguíneo, se encuentra disminuída con relación a éste.
- 7.ª En los casos de hipoclorhidria y anaclorhidria, sin lesión orgánica manifiesta, el Cl sanguíneo se encuentra aumentado, aunque no con la constancia que en los casos de cáncer gástrico.
- 8.ª En los enfermos de gastritis y neurosis gástrica hay más paralelismo entre las cifras de Cl sanguíneo, gástrico y urinario.

PATIÑO MÍYER (C.): Consideraciones sobre el reumatismo abarticular. Localizaciones pleuropulmonares del reumatismo agudo. *La Semana Médica* (Buenos Aires). 29 Dicbre. 1932.

Conclusiones

- 1.ª La enfermedad de Bouillaud, es, sin duda, la consecuencia de una causa infecciosa cuyas manifestaciones, si bien a menudo son poliarticulares, éstas no son más que un episodio frecuente de la infección reumática.
- 2.ª Las manifestaciones del reumatismo agudo son articulares o abarticulares. Estas últimas rara vez son solitarias; casi siempre van acompañadas bien por la discreta alteración articular o lo son por múltiples localizaciones articulares, más o menos intensas.
- 3.ª En ciertas ocasiones, su carácter más abarticular, permite el error tanto como para poderle confundir con procesos más generales: septicémicos, granúlicos, tíficos, o con la simulación de otros conocidos, somatoespláncicos.
- 4.ª Las complicaciones pleurales, pulmonares o pleuropulmonares, no son infrecuentes en la Enfermedad de Bouillaud, siendo susceptibles de adquirir una marcada intensidad.
- 5.ª La localización pleural, pulmonar o pleuropulmonar del reumatismo agudo, puede ser inicial, a veces acompañando a una ligera artritis que por ello mismo se hace inapreciable; otras, se desarrolla en plena evolución de un múltiple ataque articular; puede ser inicial; es raro que la complicación pulmonar o pleuropulmonar se desenvuelva durante la declinación de la poliartritis.
- 6.ª Si bien no debemos establecer una correlación paralela entre la artritis reumática y las manifestaciones pleuropulmonares; sin duda, la violencia y la multiplicidad expone con más facilidad a la complicación visceral y, por ende, a la complicación del aparato respiratorio.

7.ª Las formas anatómo-clínicas del reumatismo pulmonar están caracterizadas por congestiones poco fijas, emigradoras. Es raro verlas como simple congestión; lo frecuente es la asociación con la pleura, la congestión pleuropulmonar; realizan en ocasiones una variedad de ésta, una córticopleuritis, por lo menos semiológicamente.

8.ª En alguna oportunidad la congestión va más allá, se hace la esplenización y se llega a una hepatización que no sólo se diferencia de la neumonía franca por sus diferentes caracteres propios en su evolución, porque no se trata de una neumonía lobular, sino de una neumonía parcial de un lóbulo. También, la congestión reumática puede ser más o menos brusca y difusa, tanto como para provocar un edema agudo del pulmón.

9.ª Las pleuresías reumáticas existen, pero son raras y más raras es verlas solitarias; acompañan o son acompañadas por congestiones pulmonares, queriendo decir con esto que dentro de esa asociación que es lo más habitual, predominan, bien los síntomas pleurales, bien los pulmonares.

10.ª La pleuresía, sea sola o asociada a la congestión, puede ser seca o con derrame. Estos procesos pleurales son por lo común inestables, pasajeros, y la cantidad de líquido es habitualmente escasa; serofibrinoso, por excepción purulento, y, siempre con un marcado pronunciamiento de los polinucleares.

En ocasiones, su movilidad habitual se torna en fijeza, con relativa lentitud en su reabsorción; pero es innegable su docilidad y rápida reabsorción a su piedra de toque, el salicilato de sodio.

A diferencia de las demás pleuresías, desaparece sin dejar rastros; no deja el "límo sobre las paredes", como lo decía Peter para las pleuresías con derrame.

11.ª La reacción del parénquima pulmonar a la infección reumática, como lo hemos visto, no es extraña. Puede ser la bronquitis; es la congestión activa y emigradora, más o menos violenta, en ciertas oportunidades puede ser tan aguda y de carácter tan violento que sin tener que ver con una claudicación cardíaca, ventricular o auricular, es la misma congestión que provoca el edema agudo del pulmón, pasajero o rápidamente mortal; otras veces, puede en cierta parte, evolucionar hacia una hepatización.

12.ª La frecuencia de la localización pleuropulmonar del reumatismo agudo es rara. En un total de 2.800 historias archivadas en mi Servicio hospitalario, y aun teniendo en cuenta un número no menor de enfermos vistos en el público en un período de más de veinte años, no he hallado más de cinco casos de fenómenos pleuropulmonares (uno de público, cuatro de hospital) y dos de pleuresías solitarias, imputables al reumatismo.

13.ª El diagnóstico de fenómenos pleurales, pulmonares, o pleuropulmonares por reumatismo, debe hacerse con ciertos reparos.

Si bien es difícil hallar poliartritis reumática y perturbaciones pleuropulmonares concomitantes, de otra naturaleza, no debe considerarse como imposible.

14.ª La manifestación pleural, pulmonar o pleuropulmonar reumática solitaria, es de presentación muy rara; el diagnóstico para este caso se hace muy difícil; debe considerarse extraño no verla acompañada, bien por alguna perturbación articular, bien por otra lesión visceral sospechosa reumática.

15.ª Si el diagnóstico de reumatismo visceral, por ahora, no puede ser establecido en el vivo mediante pruebas de laboratorio, existen ciertos considerandos que deben tenerse presentes y que servirán de base de diagnóstico.

16.ª Las neumopatías que se presentan durante la evolución de un reumatismo agudo son debidas unas veces directamente al reumatismo; otras, son una consecuencia indirecta, pues dependen del corazón lesionado por el reumatismo (edema agudo pulmonar por insuficiencia miocárdica); finalmente son complicaciones determinadas por infecciones secundarias.

17.ª La evolución de la localización reumática de que tratamos es habitualmente corta, una vez medicada. Si se prolonga depende de la insuficiencia de la medicación; de las lesiones no reumáticas por infecciones mixtas o puede ser una resistencia del germen a la terapéutica empleada.

18. El tratamiento debe ser de preferencia salicilado y a altas dosis, no menores de 8 a 10 grs. en las 24 horas; bien por boca, bien intestinal o inyecciones endovenosas isotónicas. No debemos descuidar las sugerencias que permiten los demás tratamientos aconsejados, ante la poca eficacia o rebeldía al salicilato.

Ante una complicación abarticular es neces-

rio redoblar los recursos terapéuticos. Por lo general el reumatismo visceral suele ser más rebelde a la medicación.

CARRANZA (F. F.) y ARENAS (N.): Fibromas de la pared abdominal. *La Semana Médica* (Buenos Aires). 8 Dicbre. 1932.

Conclusiones

- 1.ª Los fibromas de la pared abdominal son tumores poco frecuentes, de carácter benigno, de evolución muy lenta y que causan poca molestia a las enfermas.
- 2.ª Estos tumores se localizan generalmente en el lado derecho de la pared abdominal, y especialmente a nivel de la F. I. D.
- 3.ª Se desarrollan la mayoría de los casos en las mujeres, durante su vida genital activa.
- 4.ª Son tumores que aparecen en un 95 % de los casos en mujeres que han tenido uno o más embarazos, por esto creemos que la teoría mecánico-traumática que se ha invocado para explicar su etiopatogenia, es la que mejor explica el origen de estos tumores.
- 5.ª Siempre son tumores únicos, que causan pocos dolores y casi ninguna molestia, aunque por su crecimiento excesivo pueden dar lugar a compresiones y aun llegar a ulcerar la piel.
- 6.ª Histológicamente, son fibromas puros, se han visto — aunque excepcionalmente — degeneraciones sarcomatosas.
- 7.ª En todos los casos de tumores grandes, fijos y poco móviles, nos permitimos aconsejar la radioterapia preoperatoria, que hará a dichos tumores fácilmente extirpables.
- 8.ª El tratamiento debe ser quirúrgico y la extirpación amplia, para evitar recidivas.

ADROGUE (E.), COURTIS (B.) y SENA (J. A.): Estado actual del tratamiento de la miopía. ¿Puede corregirse la miopía sin anteojos? *La Semana Médica* (Buenos Aires). 22 diciembre 1932.

Conclusiones

- 1.ª Según el estado de la ciencia actual la miopía es un vicio de refracción que al igual que la hipermetropía debe considerarse como una variante normal de un estado fisiológico y por lo tanto sujeta a las leyes biológicas de la herencia.
- 2.ª La influencia del trabajo de cerca, de la posición como causa productora de la miopía no está probada.
- 3.ª En el estado actual la corrección óptica de la miopía es el tratamiento indicado por las razones ya mencionadas debiendo completarse por los procedimientos que la higiene ocular aconseja "y este tratamiento es el que sostiene y preconiza la Cátedra de Oftalmología de nuestra Facultad de Ciencias Médicas.
- 4.ª Es imprescindible el uso de la corrección óptica durante la edad escolar y la adolescencia como en la miopía de alto grado; posteriormente tal indicación no es perentoria.
- 5.ª Respetamos la opinión de colegas que emplean otros tratamientos subjetivos sobre los pacientes, pero recordamos el último párrafo de Greef: "Ningún partidario del dogma de Bates está en situación hasta la fecha de comprobar que ha mejorado en una sola dioptría un defecto ya existente en la vista".