

Revista de Revistas

Radiología

AGUIRRE (J. A.) y JÖRG (M. E.): El problema de la hepatoesplenografía, con especial referencia a un trabajo argentino (1). *Actualidad Médica Mundial* (Buenos Aires), N.º 24, diciembre 1932.

Conclusiones

1.ª La introducción en el organismo del dióxido de torio que se expende en el comercio bajo el nombre de *Thorotrast*, cuyo uso está destinado a obtener la contrastación del hígado y del bazo con el propósito de ofrecerlos como sombras de intenso contraste al examen por los rayos X, provoca el bloqueo del sistema retículo endotelial por fijación del producto sobre el mismo.

2.ª La gran experimentación llevada a cabo hasta la fecha por diversos autores de reconocida capacidad científica, evidencia que el bloqueo del sistema retículo endotelial crea al organismo una situación que no es de absoluta indiferencia y si bien no es posible al presente determinar con exactitud las consecuencias ulteriores que pueden derivarse de tal estado, los conocimientos actuales inducen a aceptar la inconveniencia de producir el bloqueo experimental con fines diagnósticos, generalizando un pro-

(1) La opacificación del hígado en el estudio radiológico de las lesiones focales, por J. R. Goyena, J. P. Usleghi y S. R. Abad. *Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición*, N.º 6, agosto-septiembre de 1932.

cedimiento de examen que tiene por base la fijación de una sustancia cuyo tiempo de eliminación no se conoce.

Cardiología

VEGA (F.) y QUERO (M.): Observaciones en torno al problema de la onda Q larga y los complejos en M y W de III en los síndromes anginosos. *Archivos de Cardiología y Hematología*, N.º 3, marzo 1933.

Para un estudio de onda Q larga en síndromes anginosos adoptan los autores la terminología de Lian y Vidrasco, de Padilla y Cossío y de Ivan Mahaim, admitiendo la positividad o negatividad de las ondas del grupo Q R S, exactamente igual que se admite para P y T, siguiendo un criterio topográfico-cronológico, y no simplemente alfabético.

Renuncian a establecer una comparación rigida con los trabajos de Pardee, Willius, Ziskin, etc., por el hecho de que el criterio seleccionador de gráficas, más restringido, orienta, en sentido distinto, el trabajo.

Demuestran que la pretendida onda Q III de Pardee en el síndrome anginoso, por otros autores adoptada en el infarto, es una onda R invertida por lesión parcial o bloqueo funcional de rama derecha, en estados coronaríticos, tan frecuentes en todos los síndromes de sobrecarga ventricular izquierda. Coinciden en parte con Willius, en que tal deflexión negativa es sintomática de sobrecarga ventricular izquierda o de tendencia a predominio izquierdo de origen coronario.

Haciendo un estudio seriado de ondas Q negativas auténticas y de ondas Q positivas, en III D., superiores al 25 por 100 de R, solamente se aproximan a la estadística de Pardee por medio de las Q positivas, o sea, de gráficas de indudable preponderancia izquierda (comprobación radiológica).

Intentan establecer un concepto nuevo de bloqueo parcial, etapa de tránsito, evolutiva, funcional, hacia el bloqueo de rama derecha, en todo enfermo con síndrome ventricular izquierdo, especialmente con angor, que presente trazados eléctricos del tipo que describen. Y otorgan a tal onda R negativa el valor de onda coronaria inicial.

En somera estadística de ondas Q auténticas, encuentran que, como es de siempre sabido, aunque se la designara de otro modo, la Q positiva es evidentemente representativa de hipertrofia ventricular izquierda; y tanto la positiva como la negativa auténtica, que superan al 25 por 100 de R—Q largas III D.—tienen la misma significación, siempre que la I D. no oriente a un predominio derecho (eje eléctrico normal o izquierdo).

Estudian, en general, los complejos de III D. en M y W de bajo voltaje limpios, no atípicos, con I y II D. normal, y concluyen siguiendo su terminología, suponiéndoles debidos a un descenso de voltaje de previas preponderancias.

En último apartado, estudian otros complejos en M y W propuestos por López Brenes como sintomáticos de infarto miocárdico, y aceptan ese criterio, considerándoles bloqueos "mixtos", debidos a bloqueo de rama con simultáneo bloqueo de otras zonas.

Tisiología

ARMAND UGON (V.), VOLONTERIO (M.) y ROCA ESTEVEZ (A.): Tratamiento de las cavernas crónicas y superiores del pulmón tuberculoso. *Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. N.º 2, febrero de 1933.

El tratamiento conservador indispensable en la terapéutica de la tuberculosis pulmonar crónica y cavitaria, debe ser complementado, en tiempo útil, por operaciones colapsantes, para poder obtener, con rapidez y seguridad, un 50 por 100 de curaciones definitivas.

La aparente benignidad del neumotórax y frenecectomía no justifica su utilización sistemática en las cavidades crónicas circunscritas y unilaterales, pues sólo proporcionan un 15 por 100 de curaciones, siendo la indicación de elección las pequeñas cavidades rodeadas de parénquima poco enfermo.

La toracoplastia extrapleural alta, comprendiendo las 6 ó 7 primeras costillas, está indicada en lesiones que no rebasan la quinta costilla, atrás, en placa frontal. Es tan peligrosa como, y menos eficaz que, la toracoplastia total cuando las lesiones son más extendidas.

El plombaje es ventajoso en casos en que la toracoplastia es peligrosa e insuficiente; y como terapéutica de emergencia, frente a hemoptisis recurrentes y graves en cavitarios con sínfisis pleural.

Todos los médicos deben conocer las indicaciones y resultados de estas intervenciones, pues ya no tienen el derecho de privar a sus tuberculosos de estas operaciones beneficiosas.