

Revista de Revistas

Medicina

MASSELOT (F.), JAUBERT DE BEAUJEU (H.): Utilidad de la telerradiografía en posición transversa para la conducta a seguir en el tratamiento por el neumotórax artificial. *Revue de la tuberculose*. Octubre 1933.

Dicen que la radiografía en posición transversa es muy útil en los enfermos portadores de un neumotórax. En esta posición sólo es útil la radiografía, pues por radioscopía, la complejidad de las imágenes hacen la observación delicada. Esta exploración en posición transversa es innecesaria cuando se trata de un despegamiento normalmente constituido y total. Las indicaciones de esta exploración son: 1.º En los casos de despegamiento incompleto. 2.º Para precisar el número, la importancia y la posición de las adherencias. 3.º Para determinar exactamente la situación de ciertos derrames de volumen mínimo imposibles de localizar por un solo examen en posición frontal.

Sucede al comienzo del tratamiento en los casos de lesiones, que dejan la parte cortical del pulmón con su transparencia normal, que el pequeño volumen de aire inyectado en la primera insuflación determina un neumotórax lineal completamente invisible en posición frontal. Las posiciones oblicuas y transversas dan lugar a un cambio en el grado de transparencia de los pulmones y acusando los contrastes permiten descubrir un neumotórax hasta entonces invisible. La radiografía de perfil pone en evidencia la mayor parte de adherencias y hasta a menudo de finas membranas cuya acción no es despreciable.

Ilustran el trabajo con radiografías muy demostrativas de lo que exponen.

ENRIQUE JUNCADILLA.

PORTER (P.), VINSON, RUSSELL (M.), WILDER: Ulceración difusa del esófago y de la tráquea asociada a diabetes. Ausencia de arterioesclerosis. *Arch. of Int. Med.*, núm. 4, vol. 52. Octubre 1933.

Estudian los autores dos diabéticos en los cuales existían una ulceración difusa del esófago en uno de ellos y de la tráquea en el otro. Estas lesiones son poco citadas en la literatura sobre diabetes. El primer caso es el de un enfermo de 24 años con sintomatología diabética. En noviembre de 1924 se descubre fuerte glucosuria; la glucemia era de 210 mmgr. por 100. Anteriormente había tenido una apendicitis, difteria, gripe, neumonía y bronconeumonía. Con un régimen de insulina desaparece la glucosuria. Luego por incumplimiento del régimen sufre una agravación de su estado, llegando varias veces al coma; entonces comienza a tener dolores retroesternales al tragar, que incluso le impiden el alimentarse.

Por esofagoscopia aparece una ulceración extensa, anular, en la mitad inferior del esófago, con poca reducción de la luz.

Las reacciones serológicas luéticas eran negativas. Esta ulceración fué tratada con nitrato de plata al 20 %, y en agosto de 1930 había mejorado considerablemente. Mas tarde este enfermo murió en coma y en la autopsia existía una atrofia de páncreas y una esofagitis ulcerativa. La aorta no era más esclerótica de lo corriente a esta edad. El estómago y el duodeno normales.

El segundo caso es el de un enfermo de 57 años que entra en la clínica en julio de 1930 por ronquera. Desde hacía 7 meses notaba ronquera al cantar y durante los 3 meses últimos incluso al hablar. La glucemia de este enfermo en ayunas era de 272 mmgr. por 100. La serología luética negativa. El examen de la larin-

ge demostró la existencia de un espesamiento en la subglotis con una ulceración que se extendía a la tráquea. El examen por broncoscopia demostró que esta ulceración ocupaba toda la tráquea. Esta ulceración era sorprendentemente similar a la del esófago del otro paciente. Con tratamiento adecuado fué mejorando.

ENRIQUE JUNCADELLA.

Gastroenterología

CH. WALLER: La presión coloidosmótica en las afecciones hepáticas. *Pol. Gaz. Lek.*, tomo XI, núm. 40, 20 octubre de 1932, p. 239.

El autor estudia el papel del hígado en el metabolismo del agua en relación con la presión coloidosmótica, observando sus variaciones en diversas afecciones hepáticas; limitando su estudio a los procesos primitivos en los que el hígado está interesado directamente. El método empleado es el de Krogh.

Los resultados obtenidos indican que en los procesos patológicos en los que la célula hepática está afectada directamente, la presión coloidosmótica está sensiblemente disminuida. Parece que exista un cierto paralelismo entre ésta y el grado de alteración celular. Estas oscilaciones se traducen en la clínica por la acentuación o la regresión de los síntomas patológicos.

V. ARTIGAS

IATER (W. M.) y OTELL (L. S.): Diagnóstico diferencial de las enfermedades del hígado y del bazo mediante el empleo del thorotrast por vía intravenosa. *Annals of Internal Med.* 7 : 281-416 septiembre 1933.

Hacen una descripción del método, consistente en la inyección intravenosa de una solución de dióxido de thorium (thorotrast), el cual es fijado por las células del sistema retículo endotelial, y siendo estas células muy abundantes en el hígado y en el bazo, se visualizan estos órganos mejor que otras partes del organismo. Por este procedimiento han podido diagnosticar la naturaleza de las lesiones hepáticas en veinticuatro enfermos. En once enfermos se pudo diagnosticar la naturaleza de la enfermedad del

hígado o del bazo; en siete fué diagnosticada la naturaleza de un tumor abdominal, y la confirmación de un aumento de volumen de hígado o del bazo fué obtenida en trece casos. En cambio, en ocho casos no dió el resultado apetecido.

Dicen los autores que mediante este método pueden determinarse las siguientes cuestiones: 1.^a La existencia de un aumento de volumen del hígado o del bazo. 2.^a Cuando se encuentra una masa en la parte alta del abdomen, determinar si puede deberse al hígado o al bazo. 3.^a La presencia de metástasis en el hígado. 4.^a La existencia de un tumor, quiste o absceso en el hígado. 5.^a En algunos casos la naturaleza y extensión de algunas enfermedades hepáticas. 6.^a El curso de algunas enfermedades del hígado. 7.^a La presencia de líquido libre en el abdomen. 8.^a La existencia de ciertas lesiones del bazo, como un tumor, infarto, absceso, fibrosis y leucemia. 9.^a La existencia de una ruptura del hígado o del bazo. 10.^a La posición del diafragma. 11.^a La existencia de bazos accesorios.

ENRIQUE JUNCADELLA

POZZI: Las peritonitis agudas de origen biliar. *Bolletino Opera Pia Poliambulanza Giuseppe Ronzoni.* an. VII, fasc. 1, primer trimestre 1933, p. 25-153).

Se basa este trabajo en 43 casos en los que el autor estudia los factores etiológicos de la peritonitis biliar: bilis y flora microbiana de las vías biliares normales y patológicas. Cree que hay que achacar la causa de muerte en estos casos a una verdadera intoxicación biliar.

En segundo lugar trata de la patogenia y de la anatomía patológica de las diversas formas de peritonitis biliar: formas sépticas por propagación o por perforación; formas séptico-biliares por perforación, y por fin las formas biliares propiamente dichas por perforación o filtración de las que especialmente estudia el mecanismo patogenético.

La última parte es exclusivamente clínica; en las formas circunscritas observadas por el autor existe una mortalidad de 8 sobre 27 casos, y en las formas difusas de 7 sobre 16 casos.

V. ARTIGAS