

Revista de revistas

Medicina

LIAN (C.) y ABAZA (A.): El papel del espasmo vascular en la angina de pecho. (Le rôle du spasme vasculaire dans l'angine de poitrine.) *Le Progrès Médical*. 18 de mayo de 1935.

La casi totalidad de las prescripciones terapéuticas, tanto medicamentosas, fisioterápicas, crenoterápicas y quirúrgicas, consideran la intervención del elemento espasmódico vascular en la génesis de la crisis anginosa. Por consecuencia, la eficacia indiscutible de estas prescripciones en gran número de angor coronarias, muestra con toda evidencia, que a la lesión coronaria se suma un elemento espasmódico vascular.

Siempre, por bueno que sea, el resultado terapéutico resulta más o menos incompleto, la mayoría de los anginosos cardio-arteriales, aun cuando el tratamiento antiespasmódico vascular les ha mejorado, quedan en la imposibilidad material de marchar en forma rápida y están expuestos a nuevos ataques de su afección. Es que, en efecto, al origen espasmódico se une la lesión causal, lo más a menudo coronaria.

Solamente en el angor puramente funcional se puede esperar una curación completa.

A. R.

MASSIERE (R.): La alcalosis renal. (L'alcalose rénale). *Gazette des Hôpitaux*. 15 de mayo de 1935.

Es necesario tener presente que la reserva alcalina alta y alcalosis, no son sinónimos. Así en la acidosis gaseosa la reserva alcalina es elevada; en cambio, en la alcalosis gaseosa alcalina es baja. No se puede hacer el diagnóstico de alcalosis renal basándose únicamente en el valor de la reserva alcalina.

El único "est" de certidumbre para el diagnóstico de alcalosis es la elevación del pH. Su investigación es delicada y a veces equívoca; de aquí la importancia de su expresión clínica.

El embotamiento es un signo común a los estados de acidosis y alcalosis.

Para Ambard la poliuria de los urémicos traduce acidosis; la disminución de esta poliuria fuera de todo déficit cardíaco puede ser interpretada como ascenso de la alcalosis.

Un signo que parece patognomónico de la alcalosis renal es la tetania observada en ciertas nefritis; manifestándose por sacudidas mioclónicas de los miembros o de la cara, con signo de Chvostek positivo.

El diagnóstico de alcalosis renal apareja conclusiones prácticas. Se debe siempre pensar que al lado de la acidosis existe una alcalosis renal, que exige medicación acidificante.

A. R.

Cirugía

LOEWENBERG (E.): La aplicación de la seroterapia en el tratamiento de la apendicitis grave. (L'application de la sérothérapie dans le traitement de l'appendicite grave). *Journal de Médecine de Paris*. 9 de mayo de 1935.

Las observaciones de Loewenberg confirman en forma evidente los excelentes resultados obtenidos por Weinberg con el tratamiento seroterápico en las apendicitis graves. Gracias a la seroterapia Weinberg y Laquière sobre 90 casos de apendicitis gangrenosas, sólo han tenido tres casos mortales. Todos estos enfermos fueron tratados con grandes dosis de suero por vía intraperitoneal, subcutánea e intra muscular, simultáneamente.

La mayoría de los casos se hacen acreedores a la seroterapia mixta anticolibacilar y antigangrenosa.

Como ha observado el autor, otros microbios pueden también intervenir; por eso es prudente y si se quiere indispensable hacer un frotis del peritoneo cuando el cirujano se encuentra en presencia de una apendicitis grave, perforada.

La seroterapia parece llamada a jugar, en el porvenir, un gran papel en el tratamiento de las apendicitis malignas a formas tóxicas, en las que la gravedad habitual ha causado hasta el presente la pérdida de tantas vidas humanas.

A. R.

DESPOTIN (A.): Tratamiento de la artritis supurada de rodilla. *La Semana Médica*. Buenos Aires, p. 780, núm. 37, 1935, 12 de septiembre.

1.º No existe tratamiento único para la artritis supurada de rodilla; pues no existe una forma anatómica única de esa afección.

2.º El reposo, el hielo, el método de Bier, lo mismo que la suero, vacuno, quimio y hemoterapia, son coadyuvantes de primer orden que se deben aplicar cuando los casos lo requieran.

3.º La punción articular es útil en los casos benignos, debiéndosele aplicar, como el primer paso hacia la artrotomía.

4.º La artrotomía amplia y doble es el método ideal en las artritis graves.

5.º El método de Willems es el indicado como conservador de la función articular, pues evita la anquilosis y la atrofia muscular.

A. R.

Urología

STAJANO (C.) y CROTTOGINI (J.): La diverticulosis uretral en la mujer. *Arch. Ur. de Med. Cir y Esp.* T. VI, núm. 4. Abril de 1935.

Por razones clínicas, anatómicas, histológicas y de similitud con otros hechos de la Patología, consideramos conveniente rectificar la vieja denominación de *uretroccele* por la de *divertículo uretral* y a la malformación en sí, cuando es múltiple, por la de *diverticulosis de la uretra*. Consideramos excluyente, simplista y fuera de la realidad clínica la etiología traumática pura.

El traumatismo en sus diversas formas puede hacer sintomática una lesión aclínica hasta entonces preexistente al traumatismo. La multiplicidad de un mismo proceso diverticular, así como su existencia en niñas y vírgenes, nos imponen la noción de un proceso congénito de la misma naturaleza que las malformaciones diverticulares de todo el tracto digestivo, afectado del proceso genérico que puede definirse como: *una diverticulosis parietal de los órganos huecos con tapizado de mucosa del tipo histológico normal*.

A. R.

Ginecología

LEON (Juan): Trastornos la dinámica uterina en el síndrome edemonefrótico y eclámptico. *Revista esp. de Obs. y Gin.* Julio 1935.

El autor reúne 111 casos de nefropatía gravítica, en los cuales estudia los trastornos de dinámica uterina durante el parto. Divide sus casos en tres grupos; formas ligeras, formas acentuadas y eclámpticas, según la intensidad de la intoxicación deducida por la albuminuria, edemas, estudio de la tensión, caracteres de la orina, trastornos nerviosos y sensoriales, y ataques convulsivos en el último grupo.

Haciendo un detenido estudio sobre la evolución de las contracciones uterinas en cada grupo, determinando específicamente los datos del trabajo referente a rotura de las membranas, duración del período dilatante y de expulsión, etc., llega a la conclusión de que el porcentaje de partos distócicos es mayor en las formas ligeras de nefropatía gravídica, menos acentuado en las formas más intensas y nulo en las verdaderas eclámpticas.

Atribuye el hecho a la superproducción de hormonas hipofisarias del lóbulo posterior, de importancia en la génesis de las convulsiones y aceleradora, por tanto, de la dinámica uterina.

SALARICH