

Referatas de Revistas

«Les Bronches», Vol. XVII, n° 2, Marzo-Abril 1967

J. M. LEMOINE (París): ATELECTASIA PULMONAR. ESTUDIO CRITICO.

El autor hace un estudio crítico del concepto actual de atelectasia pulmonar, y del abuso en el empleo de la palabra atelectasia. El significado de esta expresión para los neumólogos y para los no neumólogos, haciendo especial hincapié en la obstrucción bronquial. Estudia los dos elementos, opacidad homogénea y retracción, que caracterizan el síndrome radiológico de «atelectasia pulmonar». Hace un estudio comparativo del pulmón y de los bronquios, y destaca la importancia de la endoscopia bronquial, en el estudio de las llamadas atelectasias. Después de una revisión histórica acerca del empleo de la palabra atelectasia en radiología y en clínica, establece el concepto de atelectasia verdadera, y las desviaciones que el sentido de la palabra atelectasia ha experimentado clínica y radiológicamente, por no tener un control anatómico. Aduce toda una serie de razones para descartar el empleo en clínica y en radiología, la expresión «atelectasia pulmonar», ya que el lenguaje médico es lo suficiente rico para no emplear la misma palabra para designar hechos muy diferentes que no tienen ninguna correspondencia ni coincidencia. Se dedica a hacer una revisión de los síndromes de obstrucción bronquial, y distingue la obstrucción proximal única y las obstrucciones distales múltiples. De esta exposición deduce las ventajas de emplear la locución «síndrome de obstrucción bronquial» en lugar del de «atelectasia pulmonar», y se pregunta si es preciso conservar una expresión ambigua, responsable de hecho de numerosos abusos y que tendría dos significaciones: una, de anatomía microscópica, y la otra, radioclínica, sin correspondencia entre una y otra.

CHARPIN, OHRESSER, BOUTIN, GRANGAUD, CHARPIN, RENARD y MALEA (Marsella):
HONGOS DE LOS BRONQUIOS; OBTENIDOS POR MEDIO DE TOMAS
BRONQUIALES PROTEGIDAS.

En este trabajo presentan los autores los resultados obtenidos en las tomas para cultivo de los hongos hallados en el árbol bronquial, empleando un tampón, que se introduce a través del broncoscopio, protegido por un tubo de pyrex estéril. Deducen que de no hacerse así, hay un gran margen de errores, que predominan las levaduras en los enfermos examinados y que hay una correlación entre los tratamientos efectuados con antibióticos y corticoides y la frecuencia de los cultivos positivos.

BOLLA y ZANOTELLI (Verona): CONSIDERACIONES SOBRE EL DIVERTICULO BRONQUIAL SIMPLE Y ASOCIADO A OTRAS MALFORMACIONES.

Hace un estudio sobre dos casos, que son el objeto de este trabajo, y obtienen las siguientes conclusiones:

Si la anomalía bronquial es única (divertículo bronquial, bronquio traqueal, y a veces, bronquiectasia aislada, sin otras lesiones), se trataría de un retorno a la filogenesis por defecto de un esbozo bronquial o por la desviación de éste a la normalidad, bajo el efecto de diversas causas (falta de espacio libre, transposición de todo un lóbulo pulmonar, separación de un segmento, separación de un subsegmento, pulmón supernumerario, etc.). Por el contrario, frente a anomalías múltiples, parece que no es la hipótesis de una etiología esencialmente genética la causa que justificaría los trastornos de desarrollos futuros.

HAYAT y FLAMANT (París): ¿ES PRECISO ASOCIAR LA QUIMIOTERAPIA A LA CIRUGIA DEL CANCER BRONQUIAL?

Los autores tratan de poner al día la cuestión de si la asociación de la cirugía del cáncer bronquial con la quimioterapia anticancerosa puede ser interesante y mejora la supervivencia. Para ello estudian críticamente los trabajos de POULSEN, KARRER, CURRERI, HIGGINS y HORWITZ, que han empleado como quimioterápicos diversos productos, como el Endoxan, la Nitromine, la Cariolisina, etc., y el Clorambucyl. Como resumen, los autores proponen que todos los enfermos que han sufrido una resección completa por su tumor bronquial, deben dividirse en dos grupos, uno testigo y otro sometido a quimioterapia, por lo menos durante dieciocho meses. Dado el pronóstico sombrío de esta afección, sería interesante saber si una quimioterapia prolongada permitiría mejorar la supervivencia de estos enfermos.

J. RENARD (Clermond-Ferrand): LAS AFECCIONES BRONCO-PULMONARES CONGENITAS.

El origen congénito de numerosas afecciones broncopulmonares obliga a una extensa revisión de los capítulos de neumología.

Después de hacer un estudio de casi todas las afecciones congénitas, plantean la importancia de los problemas diagnósticos y, sobre todo, de los medios de exploración, destacando la angioneumografía. Es preciso también el estudio familiar de malformaciones y de las que hay en el mismo sujeto en otras partes. Teniendo en cuenta que algunas de estas malformaciones pueden tener un tratamiento quirúrgico, hay otras, como la enfermedad de Rendu Osler, que recusan la cirugía.