

Revista de Revistas

Histerectomía abdominal sub-total totalizada

Georges Labey, Fayot y Guihenec, en el Journal de Chirurgie proponen ese nombre para una operación que han practicado repetidas veces y creen se pueda conciliar con ella las diversas opiniones sobre las ventajas y desventajas atribuidas a la histerectomía total y a la sub-total.

La novedad de la operación consiste en simplificar la extirpación del útero dando mayor luz y rapidez a la intervención. Se trata por ejemplo de un útero fibromatoso de gran volumen, una salpingitis bilateral con grandes adherencias, la histerectomía subtotal por muchas dificultades que presente, siempre será mucho más fácil que la total. Se hace como en las técnicas clásicas. En un segundo tiempo la enucleación del cuello uterino es verdaderamente sencilla disecando hacia adelante el fondo de saco vesical, hacia atrás el Douglas y a los lados los pedículos uterinos, ya lujados y sostenidos por largos hilos de catgut para, al concluir suturarlos con la vagina y dar así una fuerte implantación a la

extremidad superior de la vagina que evitará el grave inconveniente del prolapso. Los autores no la aconsejan cuando la cavidad pélvica es muy profunda, cuando la enferma es obesa, el primer tiempo ha sido difícil o el anestésico bastante molesto, conformándose con la subtotal.

Amplio campo para trabajar en el cuello, sin sangre, rapidez y tan buenos resultados como en la subtotal, he allí las ventajas de la nueva técnica.

S. S. P.

El adormecimiento en cirugía

A Zeno y O. Carnes, en los Boletines y trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, insisten sobre el método preconizado por Clairmont, de Zurich, que da siempre antes de una operación una dosis elevada de escopolamina. Media hora antes inyecta una solución al uno por mil de un centímetro a un centímetro y medio, es decir uno a un miligramo y medio de escopolamina. Los resultados son excelentes. Algunos enfermos son simplemente aturdidos. Otros presentan un adormecimiento marcado. El ritmo respiratorio, la coloración de la piel son ñor-

males. El pulso y la tensión arterial no sufren ninguna modificación. Una pequeña cantidad de éter completa la narcosis. También se puede emplear la anestesia local. Los vómitos del postoperatorio son raros. Las insuficiencias viscerales contraindican el método.

En cincuenta y ocho casos usados, los autores han obtenido resultados muy buenos.

S. S. P.

16 casos favorables; 12 curaciones; ninguna mejoría; 1 estacionario y 3 muertos.

Concluye en la benignidad de la operación y los resultados muy favorables.

Si después de la frenicectomía el colapso pulmonar no es suficiente, obedece a que la resección del nervio no fue bastante.

S. S. P.

Resultados de la frenicectomía como tratamiento único en la tuberculosis pulmonar

Heinrich Turnes, de Berlín, ha practicado de 1930 a 1932, sesenta y cinco frenicectomías como tratamiento quirúrgico exclusivo y han obtenido los resultados siguientes :

49 casos graves dieron 9 curaciones; 8 mejorías; 9 estacionarios y 23 muertos.

Retención de la vesícula biliar por torsión parcial

Callisano, en la Minerva Médica, relata dos observaciones. Una mujer de 18 años operada de apenicitis, sufre desde hace 15 días de la región de la vesícula biliar. El dolor evoluciona por accesos y contractura muy clara durante los mismos. En el intervalo de los accesos se no-

ta una tumefacción que no puede ser otra cosa que la vesícula. La colecistografía es imposible por la intolerancia de la enferma. La operación hecha con diagnóstico de colecistitis lo rectifica: se encuentra una torsión parcial de la vesícula. La biliar es completamente aséptica y la enferma cura.

Una mujer de 40 años sufre desde hace un año de la región vesicular; ha notado que el dolor desaparece cuando se acuesta sobre el flanco derecho. La vesícula se siente en forma de un órgano piriforme doloroso. La colecistografía muestra después de 9 horas la vesícula llena. La evacuación se hace con retardo e incompletamente. Se hace diagnóstico radiológico de vesícula biloculada.

La colecistectomía muestra una vesícula torcida parcialmente. El origen del cístico, como en el caso presente es un poco lateral con relación al polo próximo de la vesícula.

S. S. P.

El tratamiento quirúrgico de la nefritis crónica y sus resultados

N. Chwalla, de Viena, estima que los enfermos de nefritis crónica pueden obtener un beneficio mayor de la doble decapsulación que del tratamiento médico.

No deben operarse los insuficientes cardiacos ni los que tienen violentos incidentes inflamatorios : con fiebre, piuria, infiltración leucocitaria del riñón.

Las formas de esclerosis atrófica son las más beneficiadas. No es necesario operar todas las nefritis crónicas sino cuando presentan un síntoma alarmante: hematuria en particular, pero sería bueno operar toda nefritis aguda que dura más de cuatro semanas, es decir la crónica en estado naciente.

La decapsulación obra felizmente sobre los síntomas: hematuria, dolor, albuminuria, edema, oliguria y aun síntomas preurémicos. No se descuidarán los focos primitivos que por metástasis dieron la nefritis y así la amigdalectomía se encuentra muy indicada.

Once enfermos han sido operados: en 8 que lo resistieron, la decapsulación fue bilateral. La intervención fue bien soportada y si bien la nefritis no curó, se registraron en la mayor parte mejorías durables con mantenimiento de la capacidad de trabajo.

De los 8 operados bilaterales 1 se perdió de vista; 1 murió accidentalmente; 1 murió al cabo de 11 meses y 5 quedaron curados después de 5 a 11 años.

Tres enfermos a causa de su mal estado general, sufrieron una decapsulación unilateral: todos murieron de 4 horas a tres días después: 1 de colapso cardíaco y los otros dos de insuficiencia renal que en el momento de la intervención se traducían: en uno, por anuria desde ocho días antes y en el otro por un coma uránico con anuria casi completa.

S. S. P.

La curación definitiva del cáncer del cuello uterino por la operación precoz

El profesor Jean Louis Faure, en **La Presse Médicale**, de abril 16, de 1932, afirma con toda su autoridad que un caso sobre diez de cáncer uterino del cuello cura definitivamente con la operación precoz. Hace un llamamiento a los médicos y a los estudiantes para que hagan operar sus casos cuanto antes, pues son ellos los que están y estarán mañana en contacto directo con los enfermos al aparecer los primeros síntomas del mal. Por desgracia los médicos no creen en la curabilidad operatoria y se explica fácilmente su idea porque ellos nunca han curado un cáncer operándolo, ni siquiera viéndolo operar. Ahora que el radio está de moda mandan los enfermos a conseguir sus aplicaciones, cosa que ellos aceptan con mayor agrado que una intervención sangrienta por razones de fácil comprensión.

El profesor se lamenta de que apenas se presenten a la clínica un quinto de casos favorables, es decir, de quiénes se puede esperar una curación completa.

La estadística de casos operados en el hospital BROCA durante los años 1924, 25 y 26, o sea de cinco años atrás, es la siguiente: entraron 185 cánceres del cuello, de los cuales sólo 28 eran buenos casos: bien móviles, limitados, indoloros, dentro de los primeros tres meses. Los casos medianos y los graves no son considerados en esta cuestión. 68 enfermos inoperables, enviados al radio y 125 operados.

Ha tenido 15 por ciento de buenos casos sobre la cifra total y 22 por ciento sobre los en-

fermos operables. De éstos 78 por ciento han sido operados en condiciones mediocres, lo que no ha impedido tener unos 30 curados radicalmente. Luego una séptima parte de operados en buenas condiciones, 6 séptimas llegados muy tarde. De los 28 casos buenos, uno ha sucumbido por la operación; 2 salieron del hospital en buen estado, pero no se vieron más; probablemente no volvieron a sufrir; 8 se han estado viendo en un período de dos a cuatro años, siempre bien. La recidivas se presentan generalmente a los seis meses, un año, 18 meses a más tardar. Se cuentan entonces estos ocho casos como curados.

Taine muestra su estadística así:

1 muerto sobre 28 casos	3.58%
2 recidivas.....	11.11%
15 curaciones durables	83.33%

Sumando las dos estadísticas:

2 muertes operatorias sobre 46	4.34%
2 recidivas sobre 44 .	4.54 %
40 curaciones s o b r e 44.....	90.90%

Aunque no quieran creerlo, la realidad es ésta, porque al principio el cáncer no ha invadido los ganglios pélvicos, en cuyo caso la batalla está perdida.

La histerectomía amplia: estirpación total del útero, de la porción superior de la vagina y del perimetrio cervical es de elección. Es una operación muy amplia por una lesión muy re-

ducida. La técnica de Wertheim es la empleada siempre con el taponamiento del drenaje de Miculickz.

Influye, indudablemente, en el éxito operatorio, la capacidad del cirujano. No serán sino los individuos entrenados en la cirugía pelviana los autorizados para hacer una operación de tamaño categoría.

La campaña contra el cáncer debe tener por base la educación de los médicos generales y estudiantes para que diagnostiquen el cáncer precozmente y lo hagan operar al instante. Cada uno contribuirá de esa manera a rescatar muchas vidas que fatalmente se hubieran perdido.

El radio no ha dicho su última palabra, la cirugía sí. Operado precozmente el cáncer, cura en el 90 por 100 de los casos.