

REVISTA QUIRÚRGICA

Reducción de fracturas t>ajo la pantalla

Akif Chakir, Profesor de Clínica Quirúrgica Infantil y Ortopedia en la Universidad de Istambul en la Presse Médicale de París afirma que a pesar de los descubrimientos modernos la cuestión del tratamiento de las fracturas está lejos de estar re-suelto a satisfacción de todos: conseguir la restitución anatómica del hueso, es decir la reducción perfecta de los fragmentos.

De acuerdo con Bohler de Viena considera el tratamiento sangriento, la osteosíntesis como una innovación nefasta que ha concluido con muchas vidas. Gay de San Francisco en una estadística de 34.000 casos ha encontrado: duración de la cura (fracturas del fémur) dos veces más larga que por los métodos ¡conservadores; gastos del tratamiento tres veces mayor. Para las fracturas del brazo dos veces más, en el 56 %. En las frac-

turas de la pierna (40%) los gastos fueron 50 % mayores. Lambote, creador del método cruento da 46% de casos complicados y fracasos: callos hipertróficos, aflojamiento espontáneo de los tornillos, desplazamiento de los fragmentos, pseudoartrosis, deformaciones diversas; el más ligero error de técnica trae como resultado infecciones, osteítis, etc., que han conducido a veces hasta la amputación.

El autor se sirve del procedimiento de reducción inmediata bajo la pantalla radioscópica de una manera sistemática. Usa anestesia general al éter en los casos recientes y a la avertina en los de algunos días. Su estadística se refiere en el 80% a niños y adolescentes, puede también reducirse, aprovechando la analgesia del traumatismo, sin administrar ninguno, como lo hace el Profesor Sudeck de Hamburgo. La principal ventaja del método es de presentar el obstáculo bajo los ojos y evi-

tarlo por la maniobra más conveniente.

En conclusión, para ahorrar la osteosíntesis a un fracturado en gran número de casos deben seguirse los principios siguientes: I.—Reducir inmediatamente después del accidente. II. — No reducir sino bajo la pantalla.

III. —No reducir sino previa anestesia local y mejor general. IV. —Si es posible terminar también la inmovilización bajo la pantalla.

Anestesia aislada del Ganglio estrellado

LERICHE y FONTAN en la Presse Médicale de Mayo 23 informan los resultados obtenidos en los últimos 9 años y sobre 200 anestias aisladas sobre el ganglio estrellado con un fin diagnóstico o terapéutico,

TÉCNICA. —Individuo en de-cubito horizontal, un cojín bajo la nuca; cabeza vuelta al lado opuesto de la inyección. Por el punto medio de la clavícula, razando el borde superior se introduce una aguja de 8 a 10 cm. en dirección a la apófisis transversa de la VII cervical; obtenido el contacto óseo se levanta el pabellón de la aguja a manera que baje la punta la altura de una vértebra haciéndolo al mismo tiempo girar 30 grados hacia afuera: en ese momento la aguja está en contacto con el ganglio estrellado, inyectar 10 cm. de novocaína al 1%. En el cadáver haciendo lo mismo con azul de metileno se obtiene constantemente la coloración

del ganglio estrellado. La anestesia se manifiesta por un síndrome de Claudio Bernard Horner que persiste desde media hasta varias horas y una vasodilatación con hipertemia de la hemicara y mano correspondientes. Si estos dos signos no se presentan no hay anestesia del ganglio estelar.

Picar las arterias subclavia o vertebral es posible pero no tiene ningún inconveniente, al salir la sangre por la aguja se retira ésta e introduce dándole otra orientación.

Puede la aguja introducirse en el agujero de conjugación, para evitar la entrada al saco aracnoideo del anestésico, esperar si sale líquido cefaloraquídeo.

La herida del pulmón enfise-matoso puede causar la producción de un neumotorax. Ninguno de los accidentes tiene **importancia** suficiente para rechazar el procedimiento.

Indicaciones. — Como medio de diagnóstico sirve para fijar la naturaleza simpática de un síndrome dudoso o prevenir los resultados de una estelectomía.

En la angina de pecho, el asma, la enfermedad de Reynaud para conocer la influencia del ganglio anestesiado e indicar la operación.

Por vía terapéutica se emplea sobre todo en los síndromes viscerales que evolucionan por crisis: asma, angina de pecho, moñones dolorosos, etc.

Los autores concluyen: la anestesia del ganglio estrellado debiera entrar en la práctica, su técnica está bien reglada, fácil y sin peligro. Sirve para di-

ferenciar cuándo debe hacerse una estelectomía o no.

Es capaz de detener las crisis rebeldes por poco o mucho tiempo de angina de pecho, asma, algiás de varias clases, de los moñones en particular.

La amigdalectomía y extirpación de adenoides están contraindicadas en los niños muy tiernos?

Marcel Ombredanne, Oto-rino-laringólogo de los Hospitales de París en la Presse Médicale plantea el problema en forma de interrogación y discute el pro y el contra de la operación.

Algunos médicos y especialistas se aferran en no operar amígdalas y adenoides sino a partir de los 7 años. El autor combate ese hermetismo aduciendo razones de peso.

Argumentos invocados contra la intervención precoz: El desarrollo considerable de las amígdalas palatinas y faríngea no es sino la consecuencia de un estado general defectuoso, de las glándulas endocrinas, la tuberculosis, el terreno limfático o heredo-sifilítico.

El tejido linfoide periamigdalino tiene un papel útil de defensa del organismo contra un cierto número de infecciones que entran por la faringe.

Las intervenciones quirúrgicas sobre las amígdalas y las vegetaciones en los niños muy pequeños tienen los inconvenientes mayores: inmediatamente, los accidentes postoperatorios palidez e hipertermia; más tarde la recidiva.

Argumentos en favor de la operación antes de los 7 años: el terreno no explica el porqué de la hipertrofia de las amígdalas y vegetaciones. Es solamente la infección aguda o crónica.

Clínicamente existen dos razones poderosas para operar: accidentes mecánicos y accidentes infecciosos. Los primeros se traducen por dificultad para respirar con los subsecuentes trastornos: falta de desarrollo, enflaquecimiento, inapetencia, insomnio, etc.

Los accidentes infecciosos: agudos, temperatura alta repetida con frecuencia, con el cortejo de >las grandes infecciones.

Accidentes subagudos o crónicos

En el lactante que deglute muco-pus de su cavum aparecen serios trastornos digestivos. Las otitis, supuradas o simplemente catarrales desapercibidas muchas veces por el médico que a la larga conducen al endurecimiento del oído.

La fiebre llamada ganglionar. La laringo-traqueítis. Bronco neumonías. Nefritis. Ciertos reumatismos que no curan sino después de la operación, a condición de ser precoz. La apendicitis.

La infección puede ser directa o por vía sanguínea.

CONCLUSIONES: está indicado operar en caso de grandes amígdalas que obstruyan la faringe, para permitir la correcta aereación y evitar las complicaciones infecciosas.

Cuándo debe operarse? Nunca durante el primer año; rara vez en el segundo calificados como épocas peligrosas. A partir de dos años y medio a tres bien puede hacerse sin ningún riesgo como si fuera niño de 7 años.

Resultados lejanos de la arrización del fascia, renal como método de Nefropexia

N. Kleiber, Primer Asistente del Profesor Pribram del Hospital Saint Hildegard en Berlín, en el Journal de Chirurgie de París .hace una revista de los diversos procedimientos de nepropexia, recuerda el suyo ensayado desde hace diez años,

sienta las razones del fracazo obtenido con gran frecuencia y por último expone las indicaciones precisas.

50 o 60 % de recidivas se presentan en las operaciones de nefropexia por los métodos usuales, de fijación capsular a la 12 costilla y a la musculatura **lumbar**.

Repasa el estudio de los medios de sostén del riñón según los trabajos de buen número de anatomistas de autoridad indiscutible: pliegues serosos que se extienden del riñón a los órganos vecinos, ligamento he-pato-renal, ligamento duotenorenal; frénico-esplénico, frénico-cólico. Algunos le dan mucha importancia a **la** glándula suprarrenal y a los vasos renales. Ninguno de estos elementos resiste la crítica rigurosa al punto de vista anatómico y operatorio.

De acuerdo con los más connotados anatomistas contemporáneos Kleiber admite que el mejor sostén del riñón es el tejido celular subperitoneal cuyos pliegues- forman una verdadera envoltura que fija el órgano en su sitio.

Gerota dice: el fascia renal es el medio -de fijación de riñón principal.

La fijación del fascia renal a la pared abdominal posterior es considerablemente más sólida que la fijación al órgano mismo.

En caso de riñón flotante las hojas del fascia se separan abajo