

## REVISTA QUIRÚRGICA

*Absceso del pulmón curado con alcohol endovenoso*

J. R. Galán y R. A. Poleti en la Prensa Médica Argentina refieren el caso de un absceso del pulmón derecho en la unión del lóbulo superior y el medio; expección sanguinolenta no revela espiroquetas ni espirilas sino estafilococos, estreptococos, neumococos y numerosos bacilos vanales. No hay bacilo de Koch. Gran intoxicación. 8 inyecciones de 10 a 30 c. c. de alcohol a 33 grados consiguen bajar la temperatura, mejoría general. Aumento de peso fórmula sanguínea normal. La radiografía muestra el desaparecimiento de las sombras de acceso.

Desde ha tiempo se vomita que el alcohol posee una acción electiva, casi exclusiva sobre el pulmón, por el mecanismo de fijación sobre el endotelio alveolar.

Presenta el inconveniente de un dolor experimentado por el paciente por algunos minutos a lo largo del trayecto venoso hasta el hombro.

*La esplenectomía en las cirrosis del hígado*

A. Bergeret, J. Caroli y R. Audeod en Revue de Chirurgie refieren la observación personal de una esplenectomía practicada in extremis y produciendo una verdadera resurrección con desaparición de sintonías hemorrágicas y ascíticas; re-

gresión de las alteraciones hepáticas y estado de curación mantenido 2 años después.

Los autores aconsejan la intervención en las cirrosis de los jóvenes, de etiología desconocida. En la forma evolutiva crónica con moderada ofuerte esplenomegalia. Cuando hay crisis violentas pseudo-litiásicas, hemorragias abundantes, anemia perniciosa, ictericia pleio-crómica, prurito intenso.

Aun habiendo ictericia con decoloración de las materias, ascitis intensa y muy serio estado general, la operación es mejor el cruzarse de brazos.

*Taponamiento en las peritonitis supuradas y agudas y heridas infectadas*

P.C. Tcherevkoff en Annals de Sfesfurgie, Vestnib Chirourguu. de Leningrado, expone su método personal: 1.—Abrir ampliamente el foco de supuración y evacuarlo. 2.—Introducir en la cavidad peritoneal taponos secos, pasados previamente por la solución hipertónica del cloruro de sodio. 3.—En el fondo de la cavidad y en el centro de los taponos secos se ponen pequeños sacos de gaza estéril llenos de sal (de 1 a 3 c. m. de ancho por 5 a 8 de largo; el tamaño depende de la profundidad, de la cavidad. Tomar la precaución al momento de colocar estos de no tocar los tejidos porque sobreviene un estácelo, sino de protegerlos con los taponos. 4.—Encima de los sacos-

Afecciones febriles agudas y crónicas; del corazón y riñones con diabetes. La complicación más peligrosa es la embolia.

*Éxitos y fracasos en el tratamiento de la peritonitis difusa*

Bentlin de Koenigsberg en Deutsche Medizinische Wochenschrift muestra los resultados en 265 casos estudiados.

Peritonitis post-partum: mortalidad 33%.

Peritonitis post-abortum: mortalidad 43 %.

Las peritonitis por perforación gástrica son relativamente más favorables que por perforación del colon.

La asociación de peritonitis con infección general da un 100 por 100 de mortalidad.

El estado general del paciente contribuye mucho en el pronóstico.

Formas monomicrobianas 60 % de mortalidad.

Formas polimicrobianas 48 % de mortalidad.

Formas a estreptococos puros 25 %.

Formas a estreptococos hemolíticos 65 %.

Las complicaciones operatorias dan ellas solas una mortalidad de 18 %.

Antes de tratamiento quirúrgico la mortalidad era de 80 %.

La precocidad de la intervención es factor primordial del éxito; dentro de las 24 horas la curación es segura; pero debe operarse siempre, salvo los moribundos.

Lapa rotomía con drenaje; respetar las barreras peritoneales preformadas; lavado con éter.

No insistir en la extirpación del foco séptico si no hay facilidad.

Buena parte del éxito depende de los cuidados post-operatorios.

*S. Paredes P.*