

## REVISTA QUIRÚRGICA

*Infección en las heridas operatorias asépticas; estudio de 9 años*

F. L. Meleney de New York en Surgery, Gynecology and Obstetrics refiere que en las operaciones asépticas tuvo en 1925 15 % de infecciones y en 1933 4,8 %. Como causa se encontraron bacilo del tétanos, perfringens, estafilococo, estreptococo hemolítico, etc.

La infección puede provenir de 5 partes distintas: de la nariz y garganta del personal de la Sala de Operaciones; de las manos del personal; de la piel del paciente: del aire de la Sala de Operaciones; de los instrumentos y material operatorio. La más serie es producida por el estreptococo hemolítico, que proviene casi exclusivamente de la nariz y garganta del personal, rara vez de las manos que han hecho una curación a un infectado. La profilaxia consiste en obligar el uso de una mascarilla de tela de regular espesor a todos los asistentes a la Sala. Para las manos, nada nuevo. Para la piel, cambiar el bisturí y de aguja para cada punto de sutura. El autor ha calculado que cae sobre el campo operatorio 35 a 50.000 bacterias por hora. Para el material de sutura insiste sobre los hilos de ligadura. Casi todos los casos de gangrena gaseosa y tétanos se debieron al catgut. Recomienda el empleo de la seda fina para ligaduras y suturas.

*Los principios y resultados de amputaciones por gangrena diabética*

L. S. Me Kittrick y T. G. Pratt de Boston en Annals of Surgery recomiendan una estrecha colaboración entre el médico y el cirujano; operación precoz; antes que haya infección secundaria; preparación cuidadosa preoperatoria de la piel; anestesia raquídea a la novocaina; supresión del torniquete; incisión circular; sección de los nervios al cauterio eléctrico; sin drenaje; cuidados post-operatorios para evitar las escaras del decúbito.

De 1923 a 1933 se han operado 396 enfermos por 497 lesiones separadas de los miembros inferiores atacados de gangrena diabética; 312 presentaban trastornos de la circulación arterial del miembro, la mortalidad fue en ellos de 14.1 %; 187 tenían una circulación suficiente, la mortalidad fue de 7.2 %. Sobre 57 muertos, 32 o sean 56. % se debieron a infección local secundaria. La mortalidad después de 326 grandes amputaciones fue de 15 %. La amputación supracondilea por incisión circular es la mejor para gangrenas de la pierna. Por la cauterización eléctrica de los moñones nerviosos han suprimido los dolores del moñón.

20 % de amputados ha vuelto después de un tiempo medio de 23 meses a amputarse la otra pierna por la misma enfermedad. Después de esta segunda

operación los pacientes curaron de los trastornos cardíacos. 188 operados por gangrena fueron seguidos durante 2 años o más, sólo 64 viven de los que, 22 amputados bilaterales.

*Inyección terapéutica del sistema linfático*

P. Moure, Grasset y Roualt en Boletinas y Memorias de la Sociedad Nacional de Cirugía de París han intentado desde 1932 provocar una esclerosis de territorio linfático por medio de una inyección. En un ganglio sano puesto al descubierto introducen una aguja fina e inyectan una masa compuesta de

formol, éter y clorofila que además de su poder colorante tiene una acción electiva sobre las lesiones tuberculosas. Han visto entonces el ganglio abultarse, pasar la sustancia colorante a los linfáticos y la tumefacción de los otros ganglios de la cadena. Después los ganglios se esclerosan y atrofian. Los resultados han sido magníficos en adenitis tuberculosas, sobre todo en crónicas congestivas.

*El valor de la decapsulación renal en los casos de nefritis médica y quirúrgica*

A. Von Noszkay de Budapest en Zeitschrift für Urologische

Chirurgie insiste en que la decapsulación renal crea un estado local favorable a la curación; dura algunas semanas o meses; a veces es suficiente para detener un estado inflamatorio y permitir la curación. Pone fin a una distensión capsular posible; obra como una simpatectomía: desaparece el angioespasmo, aumenta la diuresis por supresión de la acción inhibitrice del esplánico, desaparecen los dolores. En las nefritis no supuradas sufre el parenquima, en las supuradas el tejido intersticial. Es más eficaz la descapsulación en las nefritis quirúrgicas que en las médicas.

En la glomerulonefritis aguda está muy indicada cuando el tratamiento médico ha fracasado a condición de hacerse precoz y bilateral. Lo mismo en las nefritis hematóricas.

En las nefritis supuradas quirúrgicas debe contemplarse la decapsulación cuando el tratamiento médico no dé resultado y no llegar a la nefrectomía sino en último caso.

#### *Herida del uréter en Cirugía pélvica*

P. T. Brown de Arizona en American Journal of Obstetrics and Gynecology reporta 10 casos de herida unilateral del uréter: 6 en el curso de histerec-tomía abdominal total ordinaria; por Wertheim 3 y 1 al ex-

tirpar un quiste del ovario. En 7 casos el accidente fue notado durante la operación; en los restantes al aparecer la fistula urinaria. En 5 la lesión fue reparada inmediatamente por anastomosis uretero-vesical; en 4 casos este procedimiento resultó satisfactorio, en el 5 condujo a una hidronefrosis mediana. En 2 casos la sutura cabo a cabo se intentó pero fracasó; una paciente murió y la otra perdió el riñón por autonefrectomía.

En los 3 casos no reconocidos inmediatamente una curó espontáneamente y las otras dos por nefrectomía.

#### *Cordotomía*

D. Bagdasar y F. Bagdasar en Miscarea Médicala romana presentan 10 casos de individuos operados de cordotomía por diversos síndromes dolorosos (tabes, cáncer, reumatismo). En 9 el resultado fue excelente; en el décimo (cáncer del seno con metástasis vertebrales, la curación fue temporal, volvieron los dolores a los 5 días pero con un carácter más soportable.

Ningún muerto por la operación. Retención de orina y paresia de los miembros inferiores pasajera fueron los accidentes.

*S. Paredes P.*