

REVISTA QUIRÚRGICA

Investigaciones sobre la hiper- el clorurado y urémico pero no
pcliptidemia post-operatoria el polipéptido.

M. Tabanelli y A. Ergoli en Rivista di Patologie sperimentale publican el resultado de sus observaciones sobre la polipeptidemia. La miden precipitando el suero por el ácido tricloracético que no retiene los polipéptidos y por el ácido fosfotunsténico que sí los retiene. La dosificación se hace midiendo la cantidad de ázoe en los dos filtrados, la diferencia entre uno y otro da la del ázoe polipeptídico. Admiten como media 0.030 por 100 variando la normal entre 0.010 y 0.070.

Después de la operación se registra aumento desde el primer día hasta alcanzar el máximo entre ese y el quinto día. Cae del quinto al undécimo. Existe una relación del aumento con la gravedad y duración del acto operatorio. Hecho muy interesante anotado fue el paralelismo entre la cantidad de polipéptidos y la gravedad de la operación, la duración y las complicaciones cosa que no se ve en la urea.

Caída constante de la cloruremia, independiente en el tiempo, intensidad y variaciones de la uremia y polipeptidemia. Corresponden a las complicaciones operatorias uno, dos o los tres trastornos humorales.

La administración de cloruro de sodio a dosis suficiente para mantener el equilibrio clorurado no impide los otros desequilibrios. A dosis fuertes sí impide

La medicación arsenical como causa de cáncer

Fassreiner de Colonia en Zentralblatt für Chirurgie refiere una observación demostrativa. Se trata de un paciente que en 1910 y 1919 fue tratado con Licor de Fowler por un ecsema de las manos. En 1915 le aparecieron pequeñas verrugas en las manos que crecieron después de la segunda toma del medicamento en 1919. En 1930 se desprende una verruga y deja una ulceración del índice izquierdo. Se hace diagnóstico de tuberculosis y de micosis hasta que una biopsia en 1933 muestra un epiteioma. Hasta, dos años después acepta el enfermo la amputación ya con ganglios axilares que extirpados y examinados al microscopio dieron el aspecto canceroso. Muy pronto recidiva ganglionar seguida de intervención y 9 meses después invasión de los ganglios supraclaviculares y carotídeos.

Fracturas y lujaciones de la columna vertebral. Consideraciones sobre el tratamiento sangriento de las fracturas vertebrales

Bohler de Viena en Der Chirurg resume así sus puntos de vista: Laminectomías descompresivas, opuesto a intervenciones dirigidas contra la parálisis. Se basa en la estadística de Schmieden de 3.014 fracturas de

las que 1.105 con parálisis y 217 operadas, sólo 16 curaron o sea 7.3 %. Teóricamente las laminectomías clescomprensivas nada descomprimen, pues la compresión la da el pico saliente del fragmento vertebral, inferior sobre el que se acoda la médula. La reducción ortopédica sí suprime la compresión. Sólo en caso de luxación de las apófisis articulares estaría indicado reseccarlas para facilitar la reducción.

Las operaciones anquilosantes en lugar de favorecer la consolidación prolongan su duración e impiden la movilidad ulterior de la columna.

La resección de las apófisis fracturadas no mejora los dolores no provocados por su **causa**. En general Bohler es contrario a las operaciones en las fracturas de la columna.

Iroidotomía total por desfallecimiento congestivo cardíaco y angina de pecho'

J. A. Me Creery de New York en *Annals of Surgery* publica 3 observaciones de tiroidectomía total en casos de desfallecimiento cardíaco seguidas de éxito y 2 en anginas de pecho.

En 16 casos operados 10 lo fueron por la primera causa con un muerto; de los 9 restantes 2 tuvieron mejoría temporal; 4 mejoría moderada pero no pudieron trabajar; 3 muy mejorados sí pudieron.

Los otros seis por angina de pecho, ninguno murió por la operación. 4 muy mejorados, uno moderadamente y el otro murió 3 meses y medio después.

Operación con anestesia regional mejor que local. Técnica

de adelante a atrás al principio después de atrás a delante. En uno trastorno paratiroideo; en ninguno recurrencial.

Tratamiento de las peritonitis por Rayos Ultra-violeta filtrados

Nicole de Basilea en *Zentralblatt für Chirurgie* recomienda el método de Havlicek en el tratamiento de las peritonitis supuradas. Consiste en la irradiación por los Rayos ultravioleta filtrados.

Tiene por objeto reforzar el poder defensivo del peritoneo, levantar la tensión sanguínea en el territorio de los espíacnicos tanto que la infección general se encuentra reducida e inutilizando todo lavado, drenaje o desinfección de la serosa.

En 108 peritonitis purulentas difusas así tratadas Havlicek no perdió ninguno.

En Basilea se ha empleado el método 44 veces: 8 perforaciones del estómago, 14 apenaicitis perforadas, 22 apendicitis agudas gangrenosas o flegmosas, con resultados interesantes.

La irradiación disminuye los dolores post-operatorios, excita el peristaltismo, refuerza el poder de defensa y resorción del peritoneo y combate el choc esplánico. Pero no detiene las complicaciones, pues han visto en los operados crisis de meteorismo, abscesos del Douglas, fistulas estercoreales, trombosis e infartus pulmonares. Sin embargo sólo tuvieron dos muertos en las perforaciones gástricas, casos muy malos.

Casos que requieren una intervención quirúrgica después de una coledstectomía. — Análisis de 66 y discusión sobre ciertos problemas técnicos concernientes a la extirpación de la vesícula biliar y operaciones sobre el colédoco

H. L. Beye de Jowa City en Surgery, Gynecology and Obstetrics expone en 6 grupos las causas que indujeron a nueva intervención después de colecistectomía en un lapso de 15 años.

I.—Reconstitución de una vesícula biliar, 14 casos. Neoformación de una bolsa semejando la vesícula por dilatación de un cístico ligado muy lejos del colédoco; defecto de técnica. Hacer nueva resección.

II.—Lesiones de los canales principales, 11 casos. Consistentes en inclusión en la ligadura de pequeña porción del canal principal hasta exisión de un largo segmento. Se evita descubriendo bien el cístico y no tirando la vesícula al hacer la ligadura para no seccionar el colédoco. Se reparó anastomosando 5 veces el hepático al duodeno con 4 buenos resultados; 2 veces anastomosis del hepático al colédoco por medio de un tubo en T con 2 curaciones; 2 ve-

ees drenaje del hepático dilatado; una vez la sección del colédoco se reconoció en el acto operatorio y suturó, un muerto.

III.—Cálculos del colédoco, 6 casos. Por falta de exploración de la vía principal se dejan cálculos. Para evitarlo pensar siempre en su presencia cuando se hubiere notado ictericia y escalofríos. Cuidadosa exploración.

IV.—Adherencias. Deformaciones, compresiones, obstrucciones del colédoco, oclusión pilórica o duodenal. Secuelas evitables por hemostasis perfecta y buena peritonización.

V.—Eventración. Los vómitos pueden determinar la abertura de la herida después de la colé - cistectomía. La sutura cuidadosa de los planos evita este accidente.

VI.—Infección peritoneal localizada por contaminación imposible de impedir en el curso de una operación difícil. La buena limitación de la zona operatoria por campos y la aspiración en los casos requeridos estrecha la inoculación séptica.

S. PAREDES P.