

REVISTA QUIRÚRGICA

El actual problema de los trastornos operatorios

P. Dsksr de Lausana en Schweizerische medizinische Wochenschrift después de una larga exposición llega a las conclusiones siguientes: después de la mayoría de operaciones se produce una hiperazoemia sobre todas las escalas de la desintegración proteica; no está demostrado que los accidentes post-operatorios estén ligados al aumento de una de las porciones del ázoe total sanguíneo más que a la otra; es probable que los primeros productos de desintegración, pteosas y peptonas, sean más tóxicos que el final, la urea; es difícil admitir que la hiperuremia no juegue un papel al menos al partir de un cierto grado.

En cuanto al equilibrio del cloro se admiten dos posibilidades: cuando después de una operación se presenta una hipocloremia, manifestación de una cloropenia y cuando el desequilibrio no está ligado a cloropenia.

La segunda posibilidad se ha explicado por dos hipótesis inconciliables: migración de los cloru-

ros hacia los tejidos y migración hacia el interior de la sangre. No debe olvidarse la idea que las variaciones de la taza sanguínea del cloro corresponden en todo en parte a una modificación del volumen de sangre.

Las consecuencias se desprenden: en los estados de cloropenia, rechloruración; cuando no existe proceder con prudencia, pues se han presentado accidentes administrando cloruros y no hay que fundarse exclusivamente para indicar esta terapéutica en evaluación, del cloruro plasmática sino sobre la evaluación clínica.

Cuidados post-operatorios de las supuraciones óseas

R. Soeur de Bruxslas en Bulletin de la Societé Eelge de Orthopedie afirma que el tratamiento de las supuraciones óseas es muy simple siguiendo rigurosamente la técnica, según sean osteomielitis agudas o crónicas, fracturas infectadas, tuberculosis extra-articulares o abscesos óseos de Brodie.

mente buenos resultados *en determinados casos especiales.*

—De la cura higiénico-dietética de la tuberculosis pulmonar, podrá decirse que la noción de su eficacia se encuentra tan arraigada, que constituye un dogma indiscutido.

—El tuberculoso puede curar en cualquier clima y altura.

—El tuberculoso beneficia de

endurecer sus vías respiratorias.

—El reposo graduará de acuerdo con las manifestaciones focales de actividad.

—La alimentación del tuberculoso debe ser sana y variada. La adiposidad buscada por sobre-alimentación, es útil cuando no perjudicial.

—*De Vüláclara Médica.*

I.—Operación practicada ampliamente; incisión larga evitando el clivaje de los planos con excisión de las partes blandas infectadas; trepanación de la capa cartilaginosa sobre amplia extensión; curetaje hasta la zona sana; evitar ligaduras de vasos; el periosteum queda prendido a los músculos; nunca suturar la herida; terminar por un taponamiento compresivo de algunos minutos y desinfección al yodo del hueso, de las partes blandas y de la piel.

II.—Se llena la cavidad de vaselina estéril hasta el nivel de los tegumentos. Cubrir con un apósito y hacer un enyesado sin ventana que inmovilice las articulaciones supra y subyacentes.

III.—Con esa curación rígida se mantiene el enfermo en cama por 6 semanas en que el enyesado se quita; entonces con el mayor cuidado de asepsia se limpia el pus, la vaselina en exceso y el sebo al éter; respetar los botones carnosos que cubren el hueso, ellos preparan la cicatrización cutánea. Enbadurnaje de toda la región al yodo o mercurocromo. Después de una radiografía repetir lo mismo cada seis semanas hasta la curación completa: vaselina, apósito y enyesado.

Abscesos del pulmón; tratamiento quirúrgico; estudio de 50 casos

N. Bethune y G. Deshaies de MontreaJ. en Bulletin de L'Association des Medecins de Langue francaise de l'Amerique du Nord expone en 4 cuadros el resultado de 50 casos de absceso del pulmón:

I.—Resultados del tratamiento médico de 50 casos: Drenaje pos-

tural, 42; arsenicales, 1; autovacunas 4; emetina 1; alcohol intravenoso 1; benzoato intravenoso 1. Hubo 6 curados (12%), 3 mejorados (3.6%), 7 se fueron sin tratamiento (7.14%), 28 pasaron a cirugía (28%), 6 muertos (12%) que sólo tuvieron tratamiento postural.

II.—Intervenciones de pequeña cirugía: 23 (neumotorax 8, neumotorax espontáneo 2; broncoaspiración 5; frenicectomía 6; frenicectomía y neumotorax 2). Dieron 6 curaciones 26%, 3 mejorías 3.13%, 3 estados estacionarios 3.13%. 9 pasaron a operaciones importantes 39%, 2 muertos 8.6%.

B.—Intervenciones quirúrgicas mayores. 14.5 venidos de medicina y 9 de pequeña cirugía. Resultado: Costectomía y drenaje 4 C3sos: 2 curados y 2 mejorados.

Taponamiento extra-pleural 2 casos 2 muertos.

Toracoplastia 1 caso, 1 muerto.

Neumotomía: 5 casos, 2 curaciones. 2 mejorías, 1 muerto.

Lobectomía, 1 caso, 1 muerto.

Pneumectomía, 1 caso, 1 curación.

Tratamiento médico: curados. 12%; mejorados, 6%; muertos, 12%.

Pequeña cirugía: curados. 26%; mejorados, 13%; muertos, 8.6%.

Gran cirugía: curados, 35%; mejorados. 21.4%; muertos. 43.8%.

Para los autores el porvenir corresponde a la neumotomía para los abscesos grandes y superficiales y los múltiples y profundos para la neumectomía y lobectomía.

Mortalidad en las intervenciones Quirúrgicas de las vías biliares

R. Colp y L. Ginzburg de New York en. *Annals of Surgery* en un trabajo ibasado sobre 130 autopsias de individuos muertos por afecciones biliares, unos operados y otros no por su estado de gravedad consideran 3 grupos:

I.—La enfermedad y sus complicaciones son la causa de la muerte. Angiocolitis, 16 casos; Pileflebitis, 8 casos; Peritonitis por perforaciones, 9 casos. Supurada.

II.—Casos en que la enfermedad no amenazaba la vida y la muerte resultó de errores de técnica o de diagnóstico; o de complicaciones inevitables en estas grandes intervenciones: 10 muertes por herida de las vías biliares y estrecheces traumáticas; 3 casos por evisceración; 2 por uremia; 11 por neumonía; 6 por desfallecimiento cardíaco; por embolias pulmonares; 7 en individuos cirróticos, angiocolitis primitiva, atrofia amarilla subaguda y operados por afecciones vasculares.

III.—28 casos cáncer de las vías biliares muertos generalmente por hemorragia.

Intervención quirúrgica en las icterias de génesis desconocido

Pohl de Brunn en *Zentralblatt fur Chirurgie* se refiere a icterias cuya causa es oscura y que se atribuye a hepatitis, representan el 13%. Von Haberer ha observado 12 casos y los trató por colecistostomía.

Pohl prefiere la colecisto-gastrostomía que le ha dado curaciones constantes. 4 enfermos seguidos por 4 a 18 meses estaban en perfecto estado.

Tratamiento de las Embolias por la Eupaverina

Domanig de Salzburg en *Zentralblatt fur Chirurgie* relata la observación de una mujer de 42 años operada de apendicitis aguda que al 7 días, después de quitarle las suturas, cayó sin pulso, con respiración cortada, primero cianosada, después pálida como muerta; vuelve después de una inyección de 3 ampollas de Eupaverina por vía endovenosa y continúa la misma medicación durante el día.

Al siguiente día igual crisis con pérdida de conocimiento y desaparición del pulso con el mismo resultado con la eupaverina.

A los 3 días de la primera embolia pulmonar aparece una flebitis derecha.

Una semana más tarde, embolia de la arteria poplítea izquierda, persistencia del agujero de Botal, con enfriamiento, insensibilidad y cianosis del miembro, sin dolor brusco inicial; desaparición del pulso en la poplítea y la pedia. Con 10 ampollas de Eupaverina en 6 horas se restablece la circulación. No se repiten los accidentes y el enfermo se encuentra en perfecta salud 6 meses después.

Domanig sigue el método de su maestro Denk que usa la eupaverina endovenosa y subcutánea a altas dosis.

Tratamiento de la neuralgia del Trijémino según Kirschener

Herbert Adler de Berlín en Deutsche Zeitschrift für Chirurgie refiere que 25 enfermos de neuralgia del trijémico tratados en un año en la Charité de Berlín por el método de Kirschener de la electrocoagulación del ganglio de Gasser, notó una parálisis flácida de la mitad opuesta del cuerpo que retrocedió rápidamente y una vez un úlcus rodens al nivel del surco nasolabial.

En 140 casos tratados por Kirschener hubo recidiva en 6 que curaron con una nueva electrocoagulación.

Inflamación aguda de un divertículo alzado del ciego simulando una apendicitis

Flages de Halle en Zentralblatt für Chirurgie refiere el caso de un hombre de 52 años, eme en el curso de una amigdalitis aguda es atacado de violentos dolores abdominales, primero difusos en la región periombilical y después localizados con fuerte intensidad en la fosa ilíaca derecha. No hay vómitos, temperatura 38.2. Signos de apendicitis.

A la operación el apéndice se encuentra normal; a 3 cm. arriba, en la cara convexa del ciego se ve un tumor inflamatorio como una papa pequeña que se extirpa lo mismo que el apéndice.

El examen de la pieza muestra que se trata de un divertículo conteniendo en su interior un cálculo estercoral del tamaño de un frijol; la pared está infiltra-

da, flegmonosa, espesa, se observan todas las capas de la pared intestinal.

Los divertículos son frecuentes en el colon sigmoideo pero excepcionales en el ciego donde la literatura sólo registra unos 15 casos.

Primeros ensayos en el hombre de injertos heteroplásticos medulares en las heridas de los nervios periféricos

A. Gosset e I. B'ertrand en Mémoires de l'Académie de Chirurgie recuerdan que en 1935 hicieron un reporte a la Société Nationale de Chirurgie sobre los injertos medulares de gato o conejo en la reparación de nervios periféricos.

De entonces para acá 12 casos han sido operados: 6 radiales, 2 cubitales, 2 medianos, 2 ciáticos. 4 casos minuciosamente examinados por reacciones eléctricas han dado magníficas regeneraciones.

Citan el caso de un hombre de 23 años herido en el brazo por accidente de motocicleta se le hizo un injerto de médula de conejo de 11 cm. por pérdida de sustancia del radial hace 6 meses. Dos meses después del injerto era posible la extensión dorsal del puño. Ahora 14 meses de la operación el examen eléctrico muestra signos claros de regeneración. Dos medianos y un ciático dieron también resultados notables.

La regeneración se hace mucho más rápidamente con injerto que por simple sutura.

Piensen los autores que podría explicarse eso por la disminu-

ción del tejido mesenquimato-soal nivel de la sección y de la sutura por la reserva lipídica del injerto.

Diagnóstico y tratamiento de los traumatismos cerebrales

Clovis Vincent en *Memoires de l'Academie de Chirurgie* expresa que la vigilancia constante del enfermo, de su respiración, del pulso, de la deglución, temperatura, obnubilación de su conciencia, estado de las pupilas, son de absoluta necesidad en traumatizados cráneo-cerebrales. Además del examen clínico y neurológico recomienda: mejor que la punción lumbar y la ventriculografía que no debe ser usada antes del 8º día, la punción ventricular o el examen directo del cerebro y sus envolturas a travez de 4 agujeros de trépano.

El tratamiento lo recomienda así: cuando en un traumatizado cráneo-cerebral persiste la conciencia .vigilancia; si hay como inmediata y considerable alteración de las funciones vitales, abstención; si hay un intervalo libre, operar en todos los casos.

Si las funciones vitales tienden a alterarse, operar, basándose en los exámenes clínicos y radiológicos y los otros aconsejados al principio. Evacuar los hematomas y las meningitis serosas; contra Gledema cerebral hacer un gran colgajo frontal, asociando inyecciones de estricina y de sulfato de magnesio hipertónicas; drenar las hidropesías ventriculares por raquicentesis y punción ventricular..

Tratamiento de las neuralgias intercostales graves consecutivas a la zona por medios quirúrgicos

Wustmann de Koenigsberg en *Zentralbltt fur Chirurgie*, refieren dos casos: en 2 individuos de 72 y 70 años que presentaban dolores intolerables después de una zona intercostal practicó la resección de nervios y arterias intercostales en la zona dolorosa, de 3 a 8, en el primer caso; los sufrimientos desaparecieron y no recidivaron después de 3 años.

Al principio el autor solo resecaba los nervios sin que los dolores disminuyeran y al pinchar una arteria, notó que el dolor se exageraba; por eso resecó también las arterias con los éxitos apuntados. Dedujo que esos dolores eran función del simpático.

Colecistitis en vesícula doble

Pettinari en *Atti e Memorie della Società Lombarda di Chirurgia* refiere el caso de un síndrome de colecistitis crónica en un hombre de 48 años con colecistografía negativa.

Una laparotomía muestra una gran vesícula tendida, opaca, muy fija, conteniendo bilis blanca; al ser evacuada el examen de las vías biliares muestra en la profundidad una segunda vesícula independiente de la primera y llena de cálculos. No hay cálculos en el colédoco ni en el hepático; se extirpa la primera y después la segunda que cabalgaba sobre el duodeno y comunicaba con el colédoco por un cístico propio.

Dos observaciones de implantación intra-uterina del ovario con embarazo consecutivo

G. Pañis de Commercy en Mémoires de l'Académie de Chirurgie refiere que dos veces ha realizado la operación consistente en implantar un ovario conservando su pedículo, en una casilla cavada en el espesor del músculo uterino, al nivel de la implantación tubárica. En ambos sobrevino un embarazo y parto normales.

Curación de las luxaciones habituales del hombro y de las rupturas de los ligamentos cruzados de la rodilla por la auto-hemoterapia

Mandl de Viena en Zentralblatt für Chirurgie preconiza el

siguiente método de tratamiento: tomar 10 a 20 cc. de sangre del pliegue del codo e inyectarla en abanico en la cápsula articular del hombro o la rodilla, repitiéndola 5 a 10 veces con 2 a 3 días de intervalo. Cree el autor que la inyección de sangre determina una retracción de la cápsula que impide la recidiva e inestabilidad de la rodilla. Ha tenido 3 éxitos en 3 casos de luxación recidivante del hombro y 75% de sucesos en 64 casos de ruptura de los ligamentos cruzados de la rodilla. También ha practicado la inyección al final de intervención en los casos que tuvo necesidad de hacer artrotomías exploradoras y en lesiones de los meniscos.

S. Paredes P.