

EXTRACTOS DE REVISTAS

FIBRINOLISINA EN EL TRATAMIENTO DE TROMBOSIS ARTERIAL EN LOS INJERTOS ARTIFICIALES

(Fibrinolyün i» *the Treatment of Thrombosed arterial fnothetic grajts*) Oli-vera F. E., García Reyes L. F., Paffucci F. L., Pérez V.—San Juan, Puerto Riç0-The American Journal of Surgery Vol. 105, No.. 6. Pág. 779-780. 1963.

A **pesar** de los **avances** en cirugía cardiovascular, las arterias que miden cinco milímetros o menos, **presentan** serios problemas en su anastomosis primaria o en el uso de injertos, debido a la alta incidencia de trombosis. Mucho se ha escrito sobre el uso de **agentes** fibrinolíticos en trombosis venosa y **arterial**.

En el presente artículo los autores usaron perros de diez a veinte kilogramos **de** peso, i-n los rúales se expusieron las arterias femorales que median de 3 a 4 milímetros y a los cuales se les resecaron 2 a 3 centímetros de arteria y se sustituyó por injertos de Teflón, después de comprobar su **permealidad**, una **de** las arteras se **trombosó poniéndole** torniquete en sus extremos **aférentes** y eferentes por 15 a 20 **minutos**.

Veinte injertos fueron colocados en **diez perros**, 24 horas después de la intervención quirúrgica los perros recibieron fibrinolisina intravenosa en dosis de 5.300 v 6.000 unidades por kilogramo de peso. Al segundo día post-operatorio los animales **Fueron** reoperados. es decir, después de 24 horas de la administración de la fibrinolisina y todas las artera **trombosadas intencionalmente seguían obstruidas** y por consiguiente, no pulsaban. Igual **experimento** **Be hç7o** con las arterias aorta, iliacas externas, con los mismos resultados.

En conclusión, la fibrinolisina que muchos autores la han encontrado efectiva clínicamente y **experimentalmente** en la prevención y tratamiento de Tas **trómbosis venosas** arteriales, en las trombosis consecutivas a injertos artificiales aún permanece sin **demostrar que** la fibrinolisina produzca algún beneficio.

Dr. Virgilio Banegas M.

TÉCNICA DE LA EXPLORACIÓN DEL CONDUCTO PANCREÁTICO PARA LA PANCREATITIS RECURRISTE

(*The Technic of Pancreatic Duct Exploration for recurrent Pancreatitis*): Marshall K. B. Edwin L.C., Boston Mass.
The American Journal of Surgery, Vol. 105, No. 6, Pág. 755-758, 1963.

En la experiencia **de** los autores la esfinterotomía transduodenal y la exploración del sistema de lo; conductos pancreáticos ha sido un éxito, y creen que **en la** mayoría de los casos este procedimiento debe **incluirse** como base en el tratamiento de la Pancreatitis recurrente, ya que, frecuentemente se han encontrado obstáculos en

la desembocadura de] conducto **pancreático principal'** pero si las obstrucciones son en cualquier parte de la **glándula, !os resultados** son muy desalentadores.

El **páncreas** tolera pobremente el **trauma quirúrgico** y la exploración exitosa del **sistema** de: conductos pancreáticos **requiere**, además, del buen conocimiento anatómico una técnica depurada y cuidadosa. **Reconocen** los autores **que el 90%** el **Wirsung** desemboca en el conducto común en **su último centímetro** distal o b' en el labio inferior de la papila de Vater. en el **10%** el Santorini es el conducto principal y **desemboca** por la parte anterior de la papila de Vater. siendo la distancia **variable** hasta de dos centímetros.

En el artículo se da una descripción detallada de la técnica de **esfinterotomía** de la exploración de los conductos pancreáticos y concluyen que este procedimiento **quirúrgico**, debe ser usado en gran parte de los pacientes que presentan pancreatitis recurrentes.

PATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD SIN PULSO. UN ESTUDIO SISTEMÁTICO Y UNA REVISIÓN CRÍTICA DE VEINTIUNA AUTOPSIAS DE CASOS REFERIDOS EN EL JAPON

*(Pathology of **pulsates** disease. A systematic study and critical review of twenty one **autopsy** cases reported in Japan. Tsuyosshy .Vara. Angiology. 14:225:1963.*

1.—**Concidiendo** con las manifestaciones clínicas, 18 de los 21 casos eran **mujeres jóvenes** o niñas. 19 de los casos examinados **por** reacción de Wassermann eran negativos y 11 **de** los 15 examinados por la prueba de tuberculina resultaron **positivos**.

2.—La enfermedad es esencialmente una mesarteritis del arco aórtico y sus **troncos**. El cuadro histológico de la arteritis se asemeja al de la arteritis sífilítica pero es diferente del de la **enfermedad de Buerger**.

3.—Los **sitios preferidos** por los cambios arteríticos, como **se** supone por los **síntomas** típicos de ausencia del pulso, son principalmente el arco aórtico y sus troncos, pero las alteraciones invaden la aorta torácica y abdominal y también los troncos de las arterias de las extremidades así como las celiacas, renales y el tronco arterial **pulmonar**. Por ello, desde el punto de vista nosológico sería más apropiada llamar a esta enfermedad "**trucoarteritis productiva granulo matosa**".

4.—La causa de esta enfermedad no está establecida hasta el momento, aunque algunos casos muestran evidencias sugestivas de su **naturaleza, tuberculosa**, por lo cual se puede pensar en un agente etiológico múltiple.

5.—El hecho de que la incidencia de la enfermedad sea decididamente alta en las mujeres jóvenes parece sugerir que la edad y el sexo se relacionan con el desarrollo de una arterioesclerosis juvenil secundaria

Dr. J. Gómez-Márquez G.

PROBLEMAS ACTUALES EN LA HORMONO TERAPIA DEL CARCINOMA MAMARIO

(Aktuelle Fragen in der Hormontherapie des Mammacarcinoms) Régele, H. Domanig, E.—Lorbek, W. Der Chirurg, No. 5:199.1963.

Se sabe por experiencia que la aplicación rutinaria de hormonas sexuales **masculinas** sólo **proporciona** éxito aproximadamente en la mitad de los carcinomas

mamarios. Se cree que ello puede estar relacionado con la morfología sexual de los núcleos celulares. Se encuentra que entre 400 casos estudiados, aproximadamente algo menos de la mitad tienen cuadros nucleares de tipo "masculino". De los estudios realizados por los autores se deduce:

1.—Que el carcinoma de la mama obtiene mediante la terapia con hormona *masculina, o con ovariectomía, solo un resultado favorable cuando se escogen* los casos adecuados, es decir, cuando se trata de aquellos que tienen morfología de los núcleos **celulares** de tipo "femenino".

2.—Los casos que tienen **morfología** de los núcleos celulares de tipo "masculino", demuestran un empeoramiento por medio de la hormonoterapia o, después de la ovariectomía. No se sabe aún si los casos con núcleos celulares morfológicamente "masculinos" reaccionarían bien con terapia estrogénica. No obstante, parece que se puede afirmar que en los casos con núcleos celulares morfológicamente "masculinos", debe **proscribirse** la hormonoterapia masculina o la ovariectomía. Se considera por tanto que antes de iniciar un tratamiento hormonal en estos casos debería hacerse un estudio histológico encaminado a determinar la morfología sexual de los núcleos **celulares**.

Dr. J. Gómez-Márquez G.

TRATAMIENTO PREOPERATORIO DEL ASMÁTICO

América Clínica, 42; 1963.

En el enfermo asmático la limitación de la reserva pulmonar, la disminución de las horas de sueño, el gasto excesivo de energía y la debilidad general, plantean problemas cuando es necesario practicar una intervención quirúrgica. El esfuerzo de la tos y de la disnea, constituyen obstáculos en la reparación de las hernias y en los métodos intraoculares. El tratamiento del asmático es el siguiente:

- I. Siempre que sea posible practicar la intervención *de*: modo electivo, se elegirán los periodos de remisión, que en unos enfermos coinciden con el verano, (resfriados e infecciones respiratorias del invierno) y otros con el invierno. (Pólenes del verano que estimulan las crisis).
- II. Si el paciente tiene tos o respiración sibilante, bastará con la administración de Yoduro Potásico en dosis de 10 gotas de la solución saturada, 11v veces al día, junto con una hidratación adecuada. Los fumadores deberán abstenerse del hábito.
- III. Si el paciente tiene asma moderada, se prefiere hospitalizarlo, tomando las precauciones necesarias para reducir a un mínimo el contacto con polvo, plumas, flores, humo de tabaco y otros factores irritantes del aparato respiratorio.
- IV. Si el enfermo adolece de asma grave, convienen las siguientes medidas: yoduros como dijimos anteriormente; un broncodilatador oral (compuestos de efedrina) 4 ó 6 veces al día; reposición de líquidos si hay deshidratación, añadiendo 250 mgs. de aminofilina por litro. Esto puede repetirse dos o tres veces durante las primeras 24 horas. Si hay infección administrar antibióticos
- V. Si el enfermo ha estado recibiendo medicación de esferoides, o bien, ha sido tratado con una cantidad considerable durante los últimos meses, continuamos el plan con una prescripción de 4 miligramos de Triamcinolona, o su equivalente, cada 6 horas hasta 48 horas antes de la operación. Des-

pues, administramos Acetato de Cortisona (200 mgms. por vía intramuscular) repitiendo la dosis al día siguiente, más 100 mgms. la mañana de la operación. Recientemente se ha visto que el Fosfato de Prednisolona es útil cuando se administra por vía intramuscular una dosis de 100 mgms. la noche antes y la mañana de la operación.

VI. Debe evitarse el uso de morfina y de todos los medicamentos que hayan causado reacciones alérgicas en el pasado. La mayoría de los asmáticos son capaces de tolerar el hidrato de cloral y la meperidiana (demerol).

VII. Respecto a los anestésicos, la mayoría de los accidentes se deben a un exceso de dosis. La menos peligrosa es la **anestesia** local. La anestesia raquídea ofrece seguridad, si se aplica por debajo del nivel que corresponde a los músculos torácicos.

En la anestesia general, la mayoría de los anestésicos son aceptables. El ciclopropano está contraindicado por EU efecto broncoconstrictor. El accidente **urgente** que se produce durante la operación es la broncoconstricción, que exige la inyección intravenosa de epinefrina.

VIII. En la fase postoperatoria administraremos aminofilina por vía intravenosa, en gota a gota lento, a velocidad de 30 a 60 mgs. Por hora. En caso de secreciones espesas puede añadirse 1 gm. de Yoduro Sódico a la solución intravenosa, una o dos veces al día.

IX. Las demás medidas que hemos mencionado en relación con el período preoperatorio, serán reanudadas en la medida en que sea necesario.

Dr. Ramiro Coello

LA CIBERNÉTICA EN LA CIENCIA MEDICINA ELECTRÓNICA

M. D. en español. I: 1963.

La Cibernética es la ciencia de los sistemas de control, de mando y de información de las máquinas. Debe su nombre al investigador estadounidense Norberto T. Wiener; la expresión deriva de la voz griega "Kybernetiké".

Antes de la creación de la Cibernética, las máquinas eran manejadas y controladas por seres humanos, siéndolo ahora por mandos y controles automáticos electrónicos.

Blanco de la sátira de los caricaturistas es un complicado mecanismo de alambres y cuadrantes que, al suministrarles los síntomas de un paciente, emite, por medio de una computación electrónica, el diagnóstico con el respectivo régimen terapéutico. La primera máquina de diagnosticar moderna fue diseñada en Inglaterra y construida hacia 1954. No era automática, ni siquiera eléctrica: pero funcionaba, según su inventor, siguiendo el mismo método que emplea el médico en pos de un diagnóstico: comparando los signos y síntomas observados con los de una lista memorizada de enfermedades. El "logoscopio" consistía en una regla principal, en uno de cuyos bordes se hallarían impresos los nombres de 337 enfermedades, y varias reglas secundarias cada una de las cuales contenía un solo signo o síntoma. Las reglas con los síntomas individuales tenían líneas correspondientes a los de las enfermedades impresas en la regla principal. El médico seleccionaba las reglas relativas a los síntomas observados en su paciente y las colocaba junto a

la regla principal: **luego** buscaba la enfermedad a la que correspondían todos los síntomas anotados.

Actualmente las respuestas *do*. cada paciente (afirmativas o negativas) se colocan en una computadora para su análisis, correlación y memorización. Después la máquina da e) diagnóstico, el **tratamiento**, y hasta sugiere exámenes complementarios. Todas las máquinas de diagnosticar son susceptibles, de aumentar "sus **conocimientos**": de la **literatura** médica, incorporando nuevos datos de libros de texto y otras publicaciones; de la experiencia "ajena", incorporando la historia clínica en "su" memoria, y modificando los datos que ya posee en relación con el nuevo caso.

Muy pronto, mucho-, hospitales contarán con computadoras en vez de registros médicos. La máquina almacenara todos los datos **relativos** a un paciente (su historia clínica, su situación económica y social, etc.) y suministraría toda la **información** en cuestión *di*: segundos. Estas "enfermeras electrónicas" pueden descubrir peligros mucho antes y mejor que una humana. Varias docenas de nuestras de sangre, colocadas en un analizador químico automático, no requieren la vigilancia personal del técnico: el aparato **mezcla** reactivos, los distribuye, filtra, diáliza, agita, calienta, lee e imprime los resultados en una cinta de papel. Desde los tiempos de Hipócrates la ciencia médica no había contado con un colaborador más **sorprendente** y objetivo que la computadora electrónica.

Dr. Ramiro Coello

*"NUEVO MEDICAMENTO PARA EL TRATAMIENTO DE
SÍNDROMES VERTIGINOSOS*

MORA, E.

Archivo Italiano di Otología Rinología e Laringología,
73: 1: 1962.

El autor informa sobre sus experiencias con un nuevo medicamento, comercialmente llamado Diligan, que corresponde a una asociación de sustancias (Acido Nicotínico, Meclazina e Hidroxizina). Este medicamento se aplica sobre un buen número de enfermedades con resultados excelentes. Se obtuvieron conclusiones sobre 21 casos hospitalizados en los cuales se podían realizar observaciones cotidianas. La dosis habitual fue de 4 comprimidos d aros. Se observó una reacción vasomotriz en todos los pacientes que presentaban una evidente condición angioneurótica. Este medicamento resulta útil para el tratamiento de numerosos síndromes vertiginosos (síndromes menieriformes: arterioesclerosis. menopausia, traumatismos craneanos, hipertensión, laberintos s, etc.)

El mejoramiento es más constante en los casos con hiperreflexia laberíntica, que en los que presentaron hiporreflexia. El mejoramiento se obtuvo desde los primeros días, y los resultados permanentes se lograron después de un tratamiento prolongado.

Fue también posible obtener ligera mejoría de la audición, la cual se confirmó con repetidos exámenes audiométricos.

Dr. Enrique Aguilar-Paz

-PRUPHYLACTIC ANTIBIOTICS?"

Shambaugh Jr. George E.s Arch. of Otolaryng. 77:

459: 1963.

El autor llama la atención sobre el exagerado uso común **de** antibióticos, como profilaxis de una infección. Transcribe los 7 errores habituales **que** Wenstein señala en la administración de antibióticos.

- 1.—Fiebre de origen desconocido, en donde la **administración** de antibiótico? no sólo **es inútil** sino que dilata los estudios para establecer un diagnóstico apropiado, y expone al paciente a reacciones secundarias.
- 2.— Sobredosis de antibióticos puede causar daño. Más de 2 **grms**, de tetraciclina **administrados** endovenosamente: produce hepatitis. De 3 a 4 gms. diarios de **Estreptomicina** producen daño del **VIII** par. La excesiva toma de la mayoría de las sulfonamidas causan hematuria, oliguria o anuria. La administración intratecal de dosis excesivas del Penicilina o **Estreptomicina** pueden ocasionar ataques epileptiformes, algunas veces **fatales**. Por otra parte, pequeñas dosis de determinado antibiótico, puede faltar para erradicar ciertas infecciones. La meningitis **neumocócica** puede necesitar cuando no se usa la vía intratecal, hasta 24 ni limes de unidades de Penicilina, La sífilis necesita 2-400.000 unidades diarias de Penicilina durante 10 a 12 días. La endocarditis bacteriana y **osteomielitis** necesita altas concentraciones de antibióticos para alcanzar el organismo en tejido.; relativamente **avasallares**. La **farangitis** estreptocócica requiere tratamiento con penicilina continuada de 8 a 10 días.
- 3.—La combinación de antibióticos generalmente es mala, y encubre el UÍO de agente; a dosis individualmente inefectiva. Este encubrimiento de antibióticos con "mixturas" caseras *es* un paso atrás en el manejo de infecciones.
- 4.—El error de no discontinuar un antibiótico, en presencia de reacciones secundarias o el administrar un antibiótico que **previamente** ha causado una potencial reacción constituye una situación muy grave.
Los últimos 3 errores se aplican particularmente a los problemas otorrinolaringológicos:
- 5.—Enfermedades debidas a verdaderas virosis, incluyendo por lo menos el 90% de las infecciones del tracto respiratorio **superior**, son intratables por antibióticos.
- 6.—El uso de antibióticos, sin el tratamiento quirúrgico de ciertas afecciones (por ejemplo un colesteatoma infectado) puede enmascarar el cuadro clínico y **exponer la** vida del paciente.
- 7.—La quimioprofilaxis en cirugía en un **campo** limpio, tiene doble inconveniente: por una parte no es necesaria, y por otra, más bien puede crear resistencias en casos en que ulteriormente se necesiten los antibióticos. (Esto particularmente **a** la cirugía de las sorderas).

Dr. Enrique Enrique-Paz