

Revista de Revistas

(Continúa)

En el neumoperitoneo se requiere introducir grandes cantidades de aire usualmente cerca de 800 a 1000 c.c. cada semana.

Opinan los autores que para obtener un completo beneficio del método combinado, el paralizado hemidiafragma debe ser elevado, al ser posible, a nivel del 3er. espacio intercostal anterior, sin embargo, muchos casos responden satisfactoriamente con menos elevación; cuando existen, extensas adherencias sub-diafragmáticas el límite de elevación es mínimo, y entonces el neumoperitoneo es ineficaz.

Según su experiencia, los autores del artículo manifiestan que el neumoperitoneo debe ser establecido antes de verificarse el aplastamiento del nervio frénico.

Una de las principales razones de usar la parálisis del nervio frénico y el neumoperitoneo en los casos en que está indicado el tratamiento por el neumotórax, es la baja incidencia de las complicaciones. La única complicación seria que los autores han observado fue la peritonitis tuberculosa con ascitis; esta complicación ocurrió en cinco pacientes o sea el 0.9%. No han observado casos de muerte accidental como resultado por el tratamiento por el neumoperitoneo.

Menos del 2% desarrollaron un tipo de hernia inguinal enfisematosa, y en cada caso la hernia fue reducida y el tratamiento fue continuado.

La interrupción del nervio frénico ha sido empleada por los autores con beneficio en 1,915 pacientes, pero la interrupción del frénico solo, no produce suficiente colapso pulmonar y esto es igual si se emplea solamente el neumoperitoneo.

El método combinado es capaz de efectuar curaciones en un gran porcentaje de pacientes; la reducción del volumen pulmonar se obtiene fácilmente como con el neumotórax.

Los factores básicos de reducción del volumen pulmonar y limitación del movimiento respiratorio, son obtenidos, sin la separación del pulmón de las estructuras protectoras, y las complicaciones producidas por el aire introducido en la cavidad peritoneal, no son comparables en frecuencia y en seriedad con las que se presentan con la introducción de aire en la cavidad pleural.

Con el método combinado es fácil seguir por las radiografías en series, la progresión o retrogresión de las lesiones; igualmente que en aquellos pacientes tratados solamente por el reposo en cama mientras que durante el tratamiento por el neumotórax o después de torocoplastías, las radiografías no revelan claramente las arias de la enfermedad, y aunque es cierto que usualmente pueden determinarse cuando las cavidades están cerradas y las

aries de infiltración están bien colapsadas, es difícil, sino imposible determinar por la radiografía, cuando aparecen nuevas lesiones-Finalizado el colapso, se obtiene la restauración del volumen original del pulmón y su función; no hay tampoco mínima o permanente pérdida de buen tejido pulmonar, si se ha evitado la parálisis permanente del hemidiafragma. Las radiografías demuestran que el hemidiafragma recobra la misma posición que tenía antes del tratamiento, y ponen de manifiesto que el pulmón no queda inexpandible, y que no existe un desplazamiento de la estructura mediastínica.

En conclusión los autores exponen en este trabajo, el resultado obtenido en 546 tuberculosos pulmonares tratados mediante la combinación de la interrupción temporal del frénico y el neumoperitoneo describiendo la técnica de éste último procedimiento.

Toman en cuenta q' a pesar de que el pronóstico en esta serie de casos era malo en 58.7%, dudoso en 29.8% y bueno sólo 11.3%, obtúvose cierre aparente de todas las cavernas en 63.3% de los casos y conversión del esputo en 56.9%. Comparan las ventajas de este método combinado con las otras formas de colapso-terapia haciendo hincapié en que las complicaciones graves fueron raras.

Crean que la interrupción temporal del frénico y el neumoperitoneo, representa aparentemente un medio razonablemente satisfactorio para obtener el colapso en los tuberculosos pulmonares, con tal de que las lesiones no sean antiguas ni rígidas.

Están de acuerdo en decir que con el empleo de este método pueden obtenerse resultados halagadores en enfermos que muestran lesiones exudativas y adherencias pleurales extensas y en los que no es posible, ni está indicada otra clase de tratamiento.

El empleo de la parálisis frénica y el neumoperitoneo permite restringir el empleo el neumotórax terapéutico a los enfermos con lesiones limitadísimas, sin excluir el beneficio de la colapso-terapia temporal a los¹ que muestran invasión más difusa de los pulmones y extensas adherencias.

REVISTA MEDICA DE CORDOVA

Noviembre de 1945.—Tratamiento de la tina microscópica del cuero cabelludo. Dr. Eleázar Oliva Túnez.

El autor señala los éxitos que ha obtenido en el tratamiento de la tina del cuero cabelludo con la tintura de Methaphen. Hace hincapié en lo difícil que es tratar la enfermedad por la radioterapia, ya que además de producir la caída total del cabello se necesita mucho tiempo para curar la dolencia, requiere una técnica consumada y puede dar como complicaciones: radiodermitis y alopecias totales y definitivas. Menciona también como tratamiento de la tina el acetato de Talio, pero señala su gran toxicidad y el he-

cho de estar contraindicado en los niños que sobrepasan de los siete años; por esos inconvenientes recomienda ensayar el uso de la tintura de Methapthen cuya aplicación es simple, está al alcance de cualquier persona y desprovista absolutamente de peligro.

REVISTA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

(Río de Janeiro). Tuberculosis y gravidez. J. Fernando Carneiro.

Manifiesta el autor que la dolencia tuberculosa afecta con mucha frecuencia el funcionamiento de los ovarios, ocasionando dismenorrea, oligomenorrea, amenorrea e infecundidad. Cuando una mujer tuberculosa queda embarazada, por lo general lo sopor ta bien, teniendo un parto y puerperio normal. El embarazo puede representar para la mujer una condición favorable o nefasta; pero opina el autor que las mejoras o agravaciones que puedan observarse durante el embarazo, son independientes del estado gravídico y siguen el curso de la evolución propia de la infección tuberculosa.

REVISTA MEDICA PERUANA

Noviembre de 1945.—A propósito de un caso de obstrucción uretral consecutivo a un tratamiento sulfamidado. Dres. Enrique Navarrete y Aldo Rafo.

Los autores ponen de manifiesto las frecuentes complicaciones renales derivadas del tratamiento sulfamídico, tales como: obligurias, Hematurias, y anudas con retención nitrogenada. Señalan los autores, que cuando solo se disponía de la sulfanilamida como quimioterápico para las infecciones, las complicaciones renales eran raras, pero con la introducción en la terapéutica de la sulfapiridina sulfatiazol y sulfadiazina, su frecuencia aumenta, lo que es debido a que estos preparados se eliminan en su casi totalidad

por la orina y en forma de derivados acetilados y además la solubilidad de la sulfanilamida es muchas veces superior a la de los compuestos sulfamidados, resultado de ello, que estos últimos precipitan con mayor frecuencia en el árbol escretor urinario.

Los autores relatan un caso que fue tratado sin ningún control por las drogas sulfamídicas, sulfatiazol y sulfamerazina, presentando después una complicación renal; señalan los autores que el primer signo urinario que presentó el paciente fue la oliguria, signo que hubiera desaparecido tal vez, si se aporta al riñón mayor cantidad de líquido con el objeto de evitar la precipitación de la droga en los túbulis renales, observación que no se le hizo al paciente, quien presentó después, hematurias y luego un franco cólico renal, de tipo litiásico, que bloquearon los riñones llegando hasta la anuria. La hematuria es interpretada por los autores como una lesión traumática de la mucosa uretral por el paso de las concreciones sulfamídicas; la anuria se debe en estos casos a la obstrucción de los canalículos renales por la precipitación de la droga en ellos a consecuencia de su poca solubilidad en la orina y la disminución del aporte total de líquidos a un riñón que exige mayor cantidad de ellos.

Señalan como factores que influyen en la formación de urolitos sulfamidados, los siguientes: 1o. La concentración de la droga en la orina, que puede ser reducida por disminución de la dosis de la droga y por aumento del aporte líquido al riñón; 2o. El grado de acetilación; 3o. La estasis urinaria; 4o. El P H urinario, ya que la acidez contribuye a favorecer las concreciones, al contrario de la alcalinidad que evita la precipitación y 5o. La temperatura cuando ella es elevada.

Los autores señalan como medidas profilácticas para evitar la precipitación de los derivados sulfamídicos, las siguientes: 1o. Aumentar la solubilidad urinaria de la droga, aumentando la ingestión de líquidos a 5 litros diarios con el objeto de alcanzar una diuresis de 1.500 cc. en 24 horas; 2o. Alcalinoterapia: algunos autores recomiendan 5 dosis diarias de bicarbonato de sodio de 2.50 grs., además de, una dosis inicial de 6 grs., con esta cantidad de álcali se mantiene la orina alcalina.

Si la complicación se presenta, los autores recomiendan la conducta terapéutica siguiente: suspender de inmediato la droga. Si el estado infeccioso del paciente es grave se puede usar la penicilina, exenta de peligros. II suministrar líquido superabundante por todas las vías. III. Reforzar la alcalinoterapia bucal y endovenosa y IV. En los casos de anuria, los autores indican el cateterismo ureteral con el lavado de la pelvis por medio de soluciones alcalinas de bicarbonato de sodio para tratar de llegar hasta el mismo sitio donde se encuentran los cálculos sulfamídicos. En el caso de que la anuria se ha debido a la precipitación de sulfamidados dentro de los túbulis renales, está indicada la decapsulación.

Dr. M. C. V,