

REVISTA DE REVISTAS

Por el Dr. S. Paredes P.

La intervención quirúrgica en ciertas icterias por retención sin obstáculo. — La influencia del drenaje biliar externo sobre las funciones hepáticas.

Pierre Mocquot en el Journal de Chirurgie admite con muchos autores, aunque algunos médicos y cirujanos no lo aceptan, el **síndrome** clínico de la ictericia por retención sin obstáculo.

Dos observaciones recientes apoyan, tanto lo dicho como los

felices resultados del tratamiento quirúrgico.

En la primera, una señora que sufre desde hace 9 años de trastornos hepáticos y digestivos, se le practica una colecistostomía que da lugar a salida de bilis, **125** gramos el primer día; **150** el segundo y se mantiene entre 50 y 75 gramos hasta el 15^o. Los primeros días la bilis era muy oscura, poco a poco fue aclarándose con grandes variaciones de color. Al vigésimo fue quitada la

como tanteo previo, aumentando el número de unidades de insulina si no se presentan trastornos hipoglucémicos.

3° Combatir la deshidratación bien manifiesta de estas enfermas, por medio de inyecciones repetidas de suero evitando la desnutrición con un régimen dietético apropiado, de comidas poco copiosas pero sí frecuentes, frías y metódicas, pues el apetito de estas enfermas siempre es caprichoso, **cuidándonos** mucho de regular la función intestinal.

Con el tratamiento predicho, los resultados son halagüeños y permiten recomendar la práctica del mismo sin el temor que algunos autores tienen a las crisis hipoglucémicas, pues haciendo un empleo discreto de la insulina no hemos observado nunca el menos incidente.

En su **consecuencia** podemos

concretar nuestras observaciones resumiéndolas del modo siguiente :

CONCLUSIONES

1- Los vómitos gravídicos son tributarios del tratamiento insulínico.

2- El tratamiento insulínico deberá ir precedido siempre de la determinación de glucosa de la sangre.

3- Dada la predisposición de estas enfermas al choc hipoglucémico durante el tratamiento, se deberá ser prudente en el empleo de la insulina asociándola siempre **al suero glucosado**. La dosificación dependerá del análisis de orina y de la cantidad de cuerpos acetónicos.

4- Toda embarazada con vómitos debe ser examinada atentamente para investigar las posibles causas de los mismos.

(Tomado de El Día Médico).

sonda y no salió más bilis. Se le hace por el agujero vesicular una inyección de lipiodol y una radiografía muestra el cístico hepático y colédoco completamente libres. Los trastornos van desapareciendo y cuatro meses después de operado el individuo se encuentra en muy buen estado.

El otro caso es más o menos igual a éste, citándose además buen número de observaciones de varios cirujanos.

¿Cuánto tiempo debe mantenerse el drenaje? Un mes, dos y en un caso 3 años. Es cuestión que se resolverá según el estado del enfermo.

*Tratamiento ambulatorio del
Hidrocele por el método
Kirschner*

Kaisten Keltel de Copenhague, ha observado, en 177 intervenciones practicadas en la clínica Joyer-Jensen, 41/2% de recidivas, sensiblemente la misma encontrada por Heyman en una serie de 214 inversiones de la vaginal.

La técnica de Kirschner es la siguiente: Anestesia local, la mano izquierda toma el polo inferior del tumor y lo empuja hacia el anillo inguinal y hacia la pared anterior del escroto. La piel tensa se incide para que salga el tumor. Incisión en cruz de las túnicas del hidrocele y evacuación del líquido; hemostasia cuidadosa y exploración del testículo. Después se pasan cuatro hilos tomando cada ángulo

de la incisión crucial y se vuelven a pasar a través de la vaginal de dentro a fuera de modo que coaptan las caras internas, quedando una amplia abertura cuadrangular en el polo inferior del saco; reducción del saco y sutura cutánea. Cambio de curación, al cuarto día. quitada de hilos al 109. El enfermo puede irse a su casa el día mismo de la operación. Durante los primeros días se nota a menudo un ligero edema del escroto.

Es capital situar justamente en el polo inferior el orificio, de lo contrario el testículo, haciendo de flotador, obturaría y esa es la causa principal de la recidiva.

Tratamiento de las fistulas vecico-vaginales por laparotomía

Caso presentado por E. Vogt de Zwickan, referente a una vieja fistula véscico-vaginal, por histerectomía vaginal tratada por dos veces sin éxito.

Laparotomía bajo raquianestesia. Desprendimiento de la ilíaca al muñón vaginal y a la vejiga, después de extirpar los anexos izquierdos adheridos a la fístula sin abrir la vajina.

Para exponer bien la fístula llenan con tapones de gasa la vagina, la cual es empujada hacia arriba por un ayudante. Exciación del trayecto fistuloso en 10 1/2, cms., sutura de la vejiga, mucosa exceptuada, con catgut y colocación de tejidos sanos y peritoneo por encima. Sutura de la pared vaginal y peritonización. Tabicamiento de la pelvis