

## REVISTA DE REVISTAS

Por el Dr. S. PAREDES P.

*Drenaje suboccipital. — Trepanación atloido-occipital de Ody aplicada al tratamiento de lesiones traumáticas cráneo-encefálicas.*

—o—

Ch. Lenormant, Profesor de Clínica Quirúrgica en la Facultad de Medicina de París y su Jefe de Clínica Jean Patel, emiten sus ideas en el Journal de Chirurgie del mes de julio, respecto al drenaje sub-occipital.

La trepanación posterior del cuarto ventrículo, gran confluente de los espacios subaracnoideos, parece resolver el problema, mejor que otra intervención en las meningitis traumáticas por razones de índole diversa: dimensión, sitio infra y retro cerebeloso, supra y retro bulbar; en relación en fin, con los otros ventrículos y sus relaciones: allí se colecta a través de los orificios de Magendie y de Lushcka, el líquido célofo raquídeo.

Desde muy antes algunos autores habían propuesto la abertura de este confluente como tratamiento de las meningitis supuradas; pero a Ody, de Ginebra, corresponde el mérito de crear el drenaje occipital bajo tensión, agregando la resección del arco posterior del atlas.

En defensa del método juegan dos categorías de argumentos: Cualquiera que sea el sitio inicial de la hemorragia, contemporánea de la contusión cerebral, la sangre tiende a colectarse en los lagos de la base, sobre todo en el gran confluente, más vasto y de más declive. Los coágulos encuentran en la vecindad del agujero occipital el estrangulamiento normal que separa el espinal de los departamentos cerebrales y el abultamiento cervical propios para la estásis.

El derrame en estas condiciones, obra directamente sobre los centros vitales de la médula oblongada; un efecto indirecto sobre la reabsorción de los líquidos. Estos coágulos provocan una irritación, compresión sobre el bulbo y la unión bulbo-medular; provocan anemia y un disfuncionamiento de los centros respiratorio y cardíaco.

Además por la obstrucción que fealiza la sangre acumulada en la cisterna magna se rompe el equilibrio entre la secreción ventricular y la absorción sub-aracnoidea del líquido Géfalo-raquídeo. Por eso sobreviene una dilatación de las cavidades ventriculares. una hidrocefalia que ha sido provocada experimentalmente ya, por Dandy y Bisé.

De estos argumentos se deducen otros de **probabilidad**: la ineficacia de la trepanación temporal y aun de la punción raquídea suboccipital por la evacuación imposible de los coágulos.

Por estas razones Ody la prefiere a todas, la intervención, que él llama: trepanación Atloidea y que Lenormant titula: Drenaje sub-occipital.

Operación simple sin instrumental especial que respeta la integridad de la caja craneana.

No produce mayor shock ni es difícil. Se coloca al enfermo en decúbito ventral, poniendo un cojín bajo los hombros para favorecer la hiperflexión del raquis cervical. Incisión media de la tuberosidad occipital externa a la cuarta apófisis espinosa cervical hasta el hueso.

Desinserción de la aponeurosis superficial de esta apófisis. Separación de las masas musculares de la nuca y hemostasis. Descubrimiento del arco posterior del atlas y resección a la pinza-gubia en una extensión de 2 cm. La membrana occipito-

atloidea aparece en el fondo. Incisión longitudinal para-mediana; salida de grandes coágulos a fuerte tensión y líquido céfaloraquídeo.

La descomposición brusca no produce acción nociva; sin embargo puede suceder que una amígdala cerebelosa enclavada en el agujero vertebral por hipertensión se presente al orificio operatorio, fácilmente **reductible**. Drenar con una mecha o tubo de vidrio respetando la médula. Sutura plano por plano.

La intervención requiere de 25 a 35 minutos. Post operatorio sin incidentes. Si el apósito no se imbibes es que el tubo se ha obstruido, hay que cambiarlo.

Cuando el líquido se aclara completamente, retirar el drenaje. El estado del herido mejora notablemente, la temperatura baja, la respiración y el pulso disminuyen de frecuencia.

Indudablemente se requiere precisar los casos en que la operación está indicada.

No se hará en las primeras 24 horas en plena conmoción cere-

bral sino cuando hayan fracasado los otros medios terapéuticos. La estadística de Ody da un muerto en ocho operados.

*Tratamiento del Tétanos traumático*

Loebner de Marienbad, en el Zentrablatt für Chirurgie del mes de septiembre, emite su absoluta convicción de la eficacia del tratamiento del tétanos declarado, por fuertes dosis de suero antitetánico en inyección intraraquídea combinada con 3a limpieza perfecta de la puerta de entrada, inyección local de antitoxina e inyecciones intramusculares de sulfato de magnesia al 50%,5 a 10 ce. tres veces al día.

inyección en la herida: 3.000 unidades antitóxicas. Inyección intraraquídea: 12.500 unidades antitóxicas.

Curación en 20 a 25 días.

*Tratamiento de la neuralgia del trigémino por la vía cerebelosa*

Dandy, de Baltimore, ha operado 250 casos, sin tener en los últimos 150 ningún caso de muerte ni complicación post operatoria.

Por una incisión curba reseca un segmento atrás de la mastoides abre la duramadre, levanta leí lóbulo cerebeloso y llega al trigémino. Anestesia rectal. Con Rin gancho especial toma la raíz sensitiva y la secciona. Sutura

completa de la duramadre.

Tiempo operatorio de 10 a 15 minutos hasta hora y media. Esta vía permite también la sección bilateral en las neuralgias dobles. También se practica la sección del glosio-faríngeo en la neuralgia de este mismo o la del nervio auditivo en la enfermedad de Menière.

Eu autor estima como muy superior la vía cerebelosa a la vía temporal.

*Tratamiento de la parálisis facial periférica, por resección del ganglio simpático cervical superior*

Wertheimer, de Lyon, en los Boletines de la Sociedad de Cirugía de París, dice que reseccó el ganglio cervical superior en un caso de parálisis facial de 8 años, a frigore. Inmediatamente el paciente experimenta una sensación de suavidad en la mímica y la oclusión palpebral se hace más amplia. La intervención obra sobre 3a lagofthalmia y la epífora.

Puede esperarse una regeneración del nervio, y habiendo fracasado al hacer tina anastomosis hipoglosio facial.

*Conclusiones sobre el tratamiento del cáncer de la lengua P.*

Moure, en los Boletines de la Sociedad de Cirugía de París, concluye así: Siendo la acción del radio puramente local.

su eficacia no es superior a la cirugía. La biopsia necesaria implica un peligro real. Acción excitante sobre **los** ganglios y el riesgo de una osteo-radio-necrosis.

Por esas razones es partidario de la exéresis quirúrgica con anestesia loco-regional, seguida 15 días después, de extirpación de ganglios y aplicación precoz de Rayos X.

*Tratamiento del reumatismo crónico deformante por irritación química de la región tiroidea*

Simón, de Strasburgo, en los boletines de la Sociedad de Cirugía, dice que después de haber ensayado el efecto de la tiroidectomía y de la **simple** exploración tiroidea, ha encontrado interesantes resultados.

Queriendo provocar una congestión del aparato tiro-paratiroideo, decidió pincelar ampliamente la región tiroidea con isophenol. En 6 casos observó un resultado nulo y 5 favorables. Desde el día siguiente los movimientos son más fáciles y menos

dolorosos. Los edemas disminuyen y el estado general mejora. Por desgracia la mejoría no persiste más de algunos meses.

*Sobre la existencia de un doble apéndice*

Berthold, de Osnabrück, dice en el Zentralblatt für Chirurgie, que Braats operando un enfermo que diez meses antes había sufrido una apendicectomía, encontró un segundo apéndice.

Nada de extraño tiene el haber apéndices dobles en un mismo ciego desdoblados.

Berthold, en el curso de una laparotomía por oclusión intestinal aguda en una mujer de 60 años, encontró dos apéndices, uno insertado en el sitio normal de 7 cms. de longitud. El otro a 2 o 3 cms. hacia afuera y con una longitud como de 5 cms.: ambos rojos, inflamados, pero sin lesión profunda. Los dos fueron extirpados. El examen histológico demostró la estructura típica del apéndice ileocecal, pero con débil desarrollo de los folículos linfáticos.

Tegucigalpa, agosto de 1933.

*donar al menor choque.*

He aquí, pues, si cabe expresarnos así, "puesto en acción" el aparato vesicular. En tanto el estímulo fisiológico es el único que sobre él obra, su funcionalismo continúa normal. Pero está a merced de un choque **brutal**. ¿De **qué** naturaleza puede ser este choque? Puede tratarse de *una causa fisiológica*, una comida demasiado copiosa, por **ejemplo**, que provocará una expulsión biliar brusca; ciertos alimentos son muchas veces, desde este punto de vista, especialmente nocivos, como por ejemplo, los **huevos**, las grasas, la crema.

Un *brote infeccioso* vesicular puede producir la crisis por un fenómeno de irritación local fácil de comprender.

La *movilización de un cálculo*, su encajamiento en el cístico son factores clásicos de cólico hepático. Pero así comprendida, la migración litiasica pierde su valor preponderante y no es más que uno de los tipos de agresión local susceptible de producir el acceso doloroso. Si la vesícula no está irritada ni infectada, algunos cálculos pueden permanecer en ella y pasar desapercibidos durante toda la vida del paciente y sólo por casualidad ser encontrados en la autopsia.

Finalmente, la conmoción del sistema nervioso vegetativo y muscular, en este órgano excitable, puede ser debida a uno de

estos *choques* humorales que precisamente se manifiestan tan sólo por intermedio de las fibras nerviosas y de los músculos lisos.

*Mecanismo general del choque.*

— Una ley general regula las relaciones de los choques humorales y de las crisis orgánicas que producen; está fundada en la necesidad de encontrarse reunidos tres elementos: el terreno, el choque, la espina orgánica localizada. El *terreno*, del que no nos ocuparemos aquí, ha sido denominado, según los autores, terreno sensibilizado, coloidoclásico, etc. Sea innato o adquirido durante la vida por las diferentes vicisitudes patológicas del individuo, es siempre necesario; es en él que aparecen todos aquellos estados diversos, asma, urticaria, jaquecas, entre los cuales, conforme veremos, puede incluirse el cólico hepático.

En este terreno, los *choques* se producen y su repercusión es muy intensa; ya veremos después que sus orígenes son muy diversos (alimentos, sueros, etc.) Para que obren electivamente sobre un órgano, es necesario que este órgano sea, consecutivamente a una lesión, muy irritable; representa entonces, si vale la frase, una punta que llama hacia sí la chispa humoral. La *lesión localizadora* puede, conforme hemos dicho, ser mínima, pero no por ello deja de desempeñar un papel de atracción. /

te. con suma frecuencia, la causa desencadenante está representada por la menstruación.

*El "choque menstrual".* — El período menstrual es, en efecto, muy parecido a un choque. El medio humoral, el tono vegetativo se modifican bruscamente: existe una vagotonía premenstrual y, algunas horas antes de aparecer la sangre, sobreviene un paso brusco hacia la hiper-simpaticotonía (**Stolper**, Klaus, Guillaume y Godel); la aparición del flujo va a su vez acompañada, en la corriente sanguínea, de **hiperleucocitosis**, de eosinofilia, de aumento del índice refractométrico. Algunos autores (Bouché, Hustin, Dalché) han admitido una teoría anafiláctica

de la menstruación. Recientemente, se ha podido, en América, mediante inyecciones de extracto de sangre menstrual, suprimir accidentes catameniales, como la urticaria, por ejemplo.

Creemos, pues, posible, emplear este término de "choque menstrual" y comprendemos hoy por qué, durante la menstruación, pueden aparecer bruscamente toda la serie de estas manifestaciones clínicas especiales descritas antes, jaqueca, asma., urticaria. No es, pues, extraño, después de lo dicho, que conjuntamente con estas diversas crisis, o a veces sola, aparezca al mismo tiempo esta descarga vegetativa local, que tal es el cólico hepático.

(Continúa en el próximo número)