

REVISTA DE REVISTAS

Por el Dr. S. PAREDES P.

*La cuestión del tratamiento de la peritonitis difusa y considera -
dones sobre las adherencias
Post-Operatorias y
oclusión por bridas*

K. O. Peters de Viena, en Archiv für Klinisches Chirurgie revisa varias estadísticas de Peritonitis (Apendicitis, estómago, duodeno vesícula biliar, aparato genital de mujer, intestino delgado y grueso); da los resultados de su experiencia, cita algunos ejemplos típicos e insiste sobre las incisiones pequeñas, el cuidado de no traumatizar, evitar toda hemorragia, toda evisceración, operar rápidamente, abstenerse del drenaje ofensivo para no impedir la defenza del peritoneo. Los resultados observados muchos años después, muestran un estado abdominal sensiblemente normal y el examen de las diferentes adherencias constatadas en el curso de las autopsias, enseña retrospectivamente que cuando más precoz fue la operación menos importantes son los peligros y las alteraciones post-operatorias.

La cifra más elocuente la da la Apendicitis: 0.6 por 100 de mortalidad y 0.4 por 100 casos de oclusión postoperatoria.

La iliostomía en el tratamiento de la oclusión intestinal después de intervenciones por Apendicitis aguda

G. Petren, de Lund, en el Acta Chirurgica Escandinávica, relata

18 casos personales de oclusión intestinal post-operatoria de origen mecánico y consecutivos a intervenciones practicadas por Peritonitis Apendicular.

Aconseja contentarse en la regla con practicar una simple Ileostomía bajo anestesia local.

Examen radiológico del apéndice. Resultado de 304 radiografías y 144 apendicectomías K. E. Herlyn de Gottingen, en Derchirurg, precisa la técnica de exploración apendicular radiológica controlando los resultados con el examen macro y microscópico de los Apéndices extirpados.

Exámenes sucesivos son necesarios para obtener la visibilidad del órgano sobre todo tres a cuatro horas después de la administración del enema baritado de preferencia a la comida. Procediendo así el autor pudo obtener la imagen del apéndice en 184 casos sobre 304.

Para probar que no atribuye a este método de exploración un valor absoluto Herlyn opone 184 casos donde el apéndice es visible de los que 81 son operados a los 120 casos en que el apéndice es invisible de las que 73 son operados y se encuentran las lesiones siguientes:

17 adherencias, 15 obstrucciones, 8 estenosis, 9 inflamaciones agudas, 6 apéndices retrocecales una inflamación granular. 1 cálculo estercoral, 11 apéndices no modificador, 5 ningún trastorno. Existían, pues, lesiones cier-

tas en la ausencia de todo signo radiológico en 5" casos sobre 73. La no llenada del apéndice puede resultar de un espesamiento de la mucosa o de un espasmo esfinteriano. Las verificaciones permiten demostrar que en estos casos la comida de vario no penetra mejor que el **enma**.

El estudio de la imagen apendicular normal y patológico comprende los problemas siguientes:

1^o?.—Lleno—incompleto—testifica la irregularidad de la anchura, o límites de la sombra, o estiramiento, o no visibilidad de la punta. Este estudio es sobre la base. Infundibular o retraída en su origen puede mostrar adherencias u obstrucción explicando la no llenada y por tanto trastornos cuando la base es dolorosa a la presión. El cuerpo también puede ser irregular por iguales razones pero debe ser verificado en distintas condiciones y diferentes momentos. No tiene valor si no es observada constantemente. El afilamiento de la punta testimonia adherencias o inflamación antigua.

2^o?.—La longitud del Apéndice nada tiene de patognomónico, sin embargo, apéndices largos y estrechos son frecuentemente patológicos.

3^o?.—La situación y movilidad deben estudiarse inmovilizando el ciego por compresión y movilizándolo el órgano; se puede así determinar adherencias al ciego o la pared tomado por reparo el esqueleto.

4^o?.—El estudio del llenamiento, evacuación y peristaltismo apendicular permite conocer la motilidad propia. La, **evacuación** puede ser rápida o durar varios

días, habiendo en este caso estasis.

La disminución del peristaltismo mostrado por radiografías en serie *es* frecuentemente señal de adherencias.

5^o?.—El dolor a la presión directa o la tracción del ciego es un signo de gran valor positivo en ochenta por ciento de los casos operados.

6^o?.—Errores de interpretación y anomalías de posición: Puede creerse en posiciones pélvicas ascendentes cuando la sombra apendicular es simulada por una anza ileal todavía llena. Debe precederse a nuevo examen.

7^o?.—Las modificaciones de la sombra cecal puede interpretarse como signos indirectos de inflamación del apéndice sobre todo cuando se notan incisuras o irregularidades constantes.

Si bien las consideraciones de Herlyn no enseñan un camino exacto sobre el diagnóstico radiológico del apéndice si muestra que en ciertos casos ha podido indicar formalmente una intervención o al contrario evitarla.

Estadística clínica sobre la apendicitis

G. Hielman, de Helsingfors, en el Acta Societates Medicorum Fennica **Duodecim** recoge estadística de 5287 **apendicitis** tratadas de 1921 a 1930 en dos servicios de Helsinki con mortalidad global de 2.67 por ciento.

El 3818 casos operados con 17 muertos tuvo:

3,114 casos no complicados con 23 muertos o sea 0.74 por 100, 219 abscesos periapendiculares con 21 muertos o sea 9.54 por 100, 483 peritonitis difusas con 73 muer-

tos o sea 15.11 por 100. Estas cifras demuestran la necesidad de la intervención precoz mortalidad de 0.88 el primer día subiendo hasta 5.26 por 100 el 49 día. Sin embargo la operación precoz no fue realizada sino en 51 por 100 de casos dentro de las primeras 48 horas y sobre la peritonitis difusas (173) 35.5 por 100 se produjeron antes de las 48 horas.

Es interesante precisar la mortalidad de la peritonitis difusa:

3.23 por 100 en el primer día.

11.35 por 100 en el segundo día.

11.73 por 100 en el tercer día.

24.83 por 100 en el cuarto día.

Las complicaciones parecen más frecuentes antes de los 10 años y después de los 50 con un aumento manifiesto de la mortalidad en los últimos.

Compresión del colédoco por adenopatía de los ganglios del colédoco

P. Baldón de Roma en el Archiv für Klinische Chirurgie, publica 4 casos observados en el

servicio del Profesor Alessandri en el Policlínico de Roma en corto espacio de tiempo.

El 1° en una mujer de 26 años, se encontró a la intervención un ganglio duro como una piedra que comprimía el colédoco produciendo vivos dolores, jamás **úl-cera** ni fiebre. El examen histológico mostró un ganglio lleno de substancia caseosa.

2°—Un joven de 14 años con violentas crisis dolorosas e ictericia con decoloración de materias. Se encontró una masa pegada al páncreas y al colédoco y el examen histológico mostró estar compuesta de ganglios linfáticos inflamatorios sin carácter de tuberculosis.

El 3er. caso un hombre de 56 años que vio aparecer después de algunos trastornos digestivos, sin dolor y sin fiebre una ictericia de las **conjuntivas**, prurito y dos meses después crisis de cólicos con vómitos biliosos. X la intervención se vio un colédoco dilatado y una masa gruesa como una nuez en el ángulo en-

tre el colédoco y el duodeno.

Al examen histológico se comprobó una adenitis Hiperplásica simple.

El 4º caso, un joven de 20 años que tuvo violentos dolores, 10 días después una ictericia con temperatura elevada. La intervención mostró un hígado muy voluminoso, un colédoco muy dilatado pero sin cálculos; un ganglio cístico muy aumentado de volumen fue estirpado con otros situados sobre el borde externo del colédoco, en fin un gran ganglio en la desembocadura del cístico rodeando la cara posterior del colédoco.

El examen histológico confirmó una linfangitis aguda con ganglio lleno de linfocitos y espesamiento del endotelio de los vasos linfáticos.

El enfermo vio desaparecer su ictericia rápidamente, pero presentó accesos de temperatura, después una bronconeumonía, que lo mató al 42º día. La autopsia mostró una endocarditis, un infarto del miocardio y una pleuresía purulenta.

El autor da cuenta de 27 observaciones publicadas hasta hoy, por diferentes autores concernientes a casos semejantes.

Nosotros publicamos en este mismo número un caso presentado a la Asociación Médica Hondureña en la sesión del 4 de noviembre.

Colecistostomía

J. M. Medinaveitra en Los Progresos de la clínica expone su criterio en un artículo basado sobre 30 observaciones.

Utiliza siempre la anestesia local después de inyección de morfina y de sulfato de eserina.

Incisión: laparotomía media supraumbilical. Después del tiempo indispensable de exploración completa, punción de la vesícula para disminuir la tensión; incisión y extracción de cálculos. Con el pequeño explorador de Desjardins verifica el cístico y canales hepáticos, y luego algunos centímetros en el colédoco.- fijación de una sonda de Pezzer al fondo de la vesícula e inyección de sulfato de magnesia para determinar un aflujo biliar y darse así cuenta si la vesícula no es permeable. Se fija ésta al peritoneo parietal y no a la piel. Por último la pared abdominal es suturada en un sólo plano. El enfermo se levantó el 49 día. Para quitar la sonda debe basarse sobre el examen bacteriológico de la bilis y suprimirla cuando ésta se encuentra estéril. La fístula se cierra siempre espontáneamente.

El autor no ha tenido un muerto en 30 casos y recomienda 3.1 tratamiento postoperatorio hacer frecuentes sondajes duodenales.

Es el objeto del artículo demostrar la excelencia de la colecistostomía sobre la colecistectomía. Asunto en discusión desde hace mucho tiempo y sobre el cual no se ha producido la última palabra.

Esplenectomía por anemia espiénica y kiste hidático del epiplon pancreático esplénico J. A. Bengolea, H. H. Mascheroni y A. Negri en la Prensa Médica Argentina publican el caso de una mujer de 22 años que tuvo a los 14 años paludismo tratado con grandes dosis de quinina, acusa desde hace algunos

meses debilitamiento progresivo, anemia, palpitaciones, vértigos. Bruscamente dolor en el hipocostrio izquierdo con náuseas, sudores fríos, urticaria, hematemesis de casi un litro repetida el día siguiente. Fórmula sanguínea 1.010.00. Esplenomegalia importante. Se trata de una anemia desconocida independiente de la esplenomegalia y probablemente palúdica o hay correlación entre los dos fenómenos? La anemia existía antes de las hemorragias y la fórmula sanguínea desglobulización progresiva aun habiendo cesado las hemorragias. Fracazo de varias transfusiones.

Descartada la anemia perniciosa por no encontrarse ningún elemento de regeneración entropoyética.

Nada que justificase un origen tóxico, infeccioso o parasitario. En cambio varios signos nematológicos de una anemia palúdica: disminución del valor globular, ligera poikilosites, regeneración ortoplástica con leucopenia

na y mononucleosis.

Con este diagnóstico se decidió la esplenectomía.

Anestesia local y éter.

Extirpación del baso y de un tumor incluido en el epiplón esplenopancreático que resultó ser un kiste hidático del epiplón la patogenia: El tumor produjo trastornos circulatorios (estasis venenosa) en el parénquima esplénico de donde lesiones del tipo enfermedad de Bantli.

La mejoría del enfermo fue clara y progresiva comprobada por el control de la fórmula sanguínea.

Cuando deben tratar se quirúrgicamente los cálculos del riñón o del uréter?

W. Sebening y H. Eltzer J; Francfort sur mein en Therapia der Gegenwart partiendo del principio conservador en la litiasis renal hacen hincapié sobre ciertas manifestaciones del orden funcional y radiológico; hay que fundarse: 10 Lesiones funcionales de origen mecánico; 29

Infección; 3º dolores para concluir en una indicación operatoria que se impone en 25 por 100 de los casos, según estadísticas alemanas más recientes.

En los cálculos bilaterales la indicación es más difícil por las recidivas.

Basarse sobre la evolución evitando la formación de una pió-nefrosis y pensar en la gravedad, de una nefrectomía.

En casos de anemia intentar un cateterismo ureteral y si no da resultado pielonefrostomía.

En caso de anuria refleja cateterismo uretral o anestesia espinal.

Cáncer del pene en un hombre cuya esposa había muerto de un cáncer del útero

Giordano de Venecia en la *Rinascenza Médica* publica el siguiente caso:

Un hombre de 70 años perdió su esposa 5 años antes, de un cáncer del útero después de habersele practicado una histerectomía.

Las últimas relaciones sexuales tuvieron lugar dos meses antes de morir.

Hace 5 meses le apareció un tumor al nivel del glande y se ha desarrollado progresivamente; ganglios duros e indolentes en las ingles.

Amputación del pene
Histológicamente se trata de un carcinoma a células basales.

Tratamiento quirúrgico de la osteo-artritis de la cadera

E. W. Hey Groves en el *British Medical Journal*, emite su opi-

nión sobre el tratamiento quirúrgico:

10—Artritis traumática unilateral con osteofitos.

Extirpación de las producciones óseas.

89—Artritis crónica deformante.

Artroplastía con modelaje de las superficies articulares.

30—Artritis dolorosa.

Artrodesis.

49—Anquilosis bilateral.

Resección del lado más doloroso.

5P—Anquilosis viciosa.

Osteotomía subtrocantariana.

Artritis supurada de la rodilla a estreptococos, tratada -por la punción e inyección de bacteriófago

M. Salmón y J. Dor de Marseille en *Boletines y Memorias de la Sociedad de Cirugía de Marsella* publican el caso de una artritis purulenta de la rodilla a estreptococos, sobrevinida en el curso de una septicopiohemia curó después de dos punciones y lavados al bacteriófago; 40 cms. de pus, extraída en la primera punción, 20 en la segunda.

El examen bacteriológico mostró una disminución paralela de los gérmenes microbianos.

Los autores no creen que la simple punción sea capaz de curar una artritis tan rápidamente, sin embargo lo aconsejan en la forma asociada al bacteriófago, ya que es perfectamente inofensivo y tal vez susceptible de impedir una intervención que pudiera al fin terminar en una anquilosis.