

## REVISTA DE REVISTAS

Por el Dr. S. PAREDES P.

*Tratamiento curativo y preventivo de las anquilosis y artritis post-traumáticas por acetilcolina*

R. Fisher en la Presse Médicale, clasifica las observaciones en dos series:

1º—casos en que la acetilcolina fue aplicada a antiguas anquilosis por fractura o sobre miembros atacados de rigidez dolorosa después de inmovilización prolongada: Fractura de la pierna con rigidez del cuello del pie; fractura de la pierna y alta del fémur con rigidez de la rodilla y el tobillo; fractura intra-articular grave del puño con rigidez; luxación congénital de la cadera operada dos veces; primero por reducción sangrienta y después por soporte osteoperioso tico técnica de Lance. En todos estos casos los resultados han sido constantemente favorables, pero en grados diversos después de un tiempo variable.

2º—Casos en que la acetilcolina fue aplicada desde los primeros días del accidente con resultado muy superior a los precedentes. Fractura del maleólo externo con poco desplazamiento; fractura longitudinal de la rótula; fractura de la gran tuberosidad del húmero; fractura intrarticular del puño; fractura banal del radio; anquilosis del puño por herida penetrante y artritis supurada con secciones tendinosas y arteriales; rigidez consecutiva a flebitis, rigidez del

puño y de la mano después de inmovilización por tratamiento de un traumatismo sin fractura.

La dosis es de 15 a 20 ampollas de 10 ce. Puede ser aumentada la dosis en los casos serios. Los resultados son excelentes sobre todo en las rigideces y dolores. La osteoporosis puede a veces ser modificada.

Como obra el tratamiento? Probablemente por vaso-dilatación y modificación del metabolismo del calcio y de la alcalinidad real de la sangre.

*Curación de una meningitis a estreptococo consecutiva a fractura del cráneo*

A. Basset, A. Ameline y Micharet en Boletines y Memorias de la Sociedad Nacional de Cirugía, relatan este caso: Fractura de la región parieto-occipital propagada al peñasco; al 4º día signos meníngeos con 3º; punción lumbar. Inyección intra-raquídea de 15 ce, de suero anti-estreptocócico del Instituto Pasteur y 30 ce. por vía endovenosa. Mejoría al día siguiente y nueva inyección endovenosa de 20 ce. Rápidamente todos los síntomas desaparecen y al 149 día el líquido cefaloraquídeo estéril y curación completa.

*Lobectomía pulmonar total; técnica en dos tiempos, simple y eficaz*

J. Alexander, trata esta cuestión en Surgery, Gynecology and

Obstétrica. Indicación: Bronquiectasia central y abscesos pulmonares múltiples, sin adherencias pleurales inseparables. No deberá hacerse sino después del fracaso de otros tratamientos en particular la Frenicectomia.

Medidas preventivas: Limpieza de la boca y nariz, posición de drenaje durante varias horas por día.

**OPERACIÓN:** Enfermo acostado sobre el lado sano en declive de 15°. Anestesia local. Incisión del ángulo de la 5° a la 9° costilla verticalmente después en el 8° espacio hasta la línea axilar posterior. Resección de 6ª, 7ª y 8ª costillas y 6° y 7° espacios de una extremidad a otra cíclicamente la incisión así como de toda la pleura parietal correspondiente.

Se empieza entonces la anestesia con protóxido de azoé y oxígeno bajo ligera presión. Liberación al dedo o tijeras por la parte inferior del ligamento triangular. Si son muy sólidas desistir de la operación y destruir el lóbulo al cauterio de Graham. Una vez aislado el lóbulo, con una compresa seca .S" hacen fricciones delicadas sobre la pleura mediastinal, costal, diafragmática y visceral hasta la cúpula pleural sin tocar el lóbulo enfermo. Se consigue con dicha fricción una inflamación traumática estéril con exudado supra y subpleural que obra como barrera traumática estéril contra la infección pleural inevitable del segundo tiempo formando adherencias suficientes para mantener prendido el pulmón sano a la pared e impedir la difusión séptica del lóbulo ex-

tirpado y fijar también el mediastino.

Este frote produce una exudación de líquido de 400 a 1.000 cc, que debe ser puncionado varias veces en la semana siguiente. Hacer un drenaje hermético de la cavidad pleural.

El 2° tiempo 9 a 12 días después del 1°. Antes puede que las adherencias no estén formadas y después que sean muy sólidas. Sin embargo puede retardarse 4 a 6 semanas a condición de envolver el lóbulo a extirpar con una tela de hule y perforada para evitar las adherencias, Reincisión, liberación del lóbulo, ligadura con seda trenzada del hilo del lóbulo enfermo. El autor prefiere no cortar el hilo sino dejarlo desprenderse solo, 1.0 o 12 días o amputarlo a los 5 días.

Tratamiento de la herida: Dejarla abierta si es tardía; si es precoz cerrar la piel con drenaje e instilaciones de Dakin.

Cuando se deja necrosar el lóbulo y ya caído se quitan las ligaduras y taponamientos de grasa. La cavidad resultante disminuye pronto y al cabo de 3 a 4 meses ha desaparecido, dejando apenas unas impresiones con aberturas brónquicas que se cauterizan. Por último puede practicarse una autoplastia para reparar la brecha.

La resección de un lóbulo pulmonar entero es una operación grave; da una mortalidad de 53.4 por 100 sobre 127 casos en donde no han sido aplicados los perfeccionamientos actuales de la técnica.

En una serie de 115 casos precedentes de 8 clínicas especiali-

zadas no da sino un 21.5 por 100 de mortalidad.

Alexander ha practicado de enero del 28 a abril de 32, 18 lobectomías totales con 3 muertos o sea 16.66 por 100.

Seis con la técnica enunciada sin un solo muerto. Se trataba de bronquiectasias basales graves; 4 completamente curados; 4 notablemente mejorados y casi curados; 1 sensiblemente mejorado. Ninguno agravado. Ninguno muerto en los últimos 8 casos operados.

*A propósito del tratamiento quirúrgico de las pleuresías purulentas no tuberculosas de la gran cavidad*

P. Jourdan en tesis de París; expone después de consideraciones anatómo-patológicas que buen número de pleuresías purulentas agudas llamadas de la gran cavidad, operadas tardíamente son realmente derrames limitados entre el raquis y la línea axilar media y propone la denominación de pleuresía costal posterior.

Hay tres categorías de procedimientos operatorios:

1°—Los que abren y drenan la pleura ampliamente sin preocuparse de estancamiento del pus y la permanencia del neumotórax.

2°—Los que después de la abertura de la pleura y evacuación del contenido instalan un drenaje irreversible.

3°—Los que tienen por fin resvalar en un espacio por frotamiento un sistema de drenaje irreversible sin explorar ni evacuar completamente la cavidad.

Describe la técnica de cada uno de ellos e insiste sobre los cuidados post-operatorios: curación diaria, busca de una retención purulenta, apreciar la proximidad del pulmón, interpretar la curva térmica, fecha de supresión del drenaje.

La pleurotomía a mínima consiste en introducir por medio del dilatador a tres ramas usado para traqueotomía un tubo rígido y conectarlo con un sifón. Si bien se reduce casi a nada el neumotórax y el Shock operatorio no da seguridad al punto de vista evolución pleural. Sin embargo permite una gran mejoría del paciente y practicar después cualquier otro procedimiento.

Crítica los experimentos físicos apoyándose en que no es lo mismo un pulmón enfermo que una vejiga de hule.

El autor se manifiesta francamente partidario de la pleurotomía amplia a condición de exquisitos cuidados post-operatorios. Rechaza los métodos de drenaje irreversible y concede a la pleurotomía mínima una seguridad del orden vital para casos donde no se puede pensar en una gran operación que el enfermo no resistiría. Jordán dedica importante parte de su trabajo al estudio de las indicaciones operatorias reprobando enérgicamente la idea de que no debe intervenir sino en casos de fracaso médico y como último recurso. Estudia las pleuresías al punto de vista bacteriológico con la operación conveniente a cada una de ellas y luego apartándose de ese concepto trata las operaciones en sus grandes líneas.

Termina haciendo patente para evitar las reintervenciones debe evitarse la fistulización del tórax y esto se consigue operado en el curso del segundo mes de evolución, toda pleuresía purulenta que camina hacia la cicatrización de la herida primitiva.

*Un síndrome abdominal agudo de irritación peritoneal con derrame moderado y progresivo de líquido aséptico* J. Meillere en la Prensa Medica de París, publica un trabajo destinado a individualizar "un síndrome clínico debido a inundación progresiva y sub-aguda de la cavidad peritoneal por un líquido aséptico, particu-

larmente la sangre. Caso típico, ruptura espontánea del baso.

Se caracteriza el síndrome: Al principio por un dolor vivo sobreenvenido en momento de un esfuerzo que se calma; después de un intervalo variable un mal estar abdominal con punzadas sordas, náuseas, movimientos intestinales, constipación, emisión escasa de gases; fatiga, posturación ligera, fiebre 38.9, pulso rápido, facies pálido pero no peritoneal, lengua saburra!

A la palpación, meteorismo no hay ondulaciones peristálticas. Regiones lombares y fondo ÚB Douglas dolorosas. El autor insiste sobre la palpación abdominal que da sensación de tensión con sensibilidad difusa en la parte baja del epigastrio y fosa ilíaca y cierta defensa que no es la contractura. Hay timpanismo con desaparición de la macidez hepática.

Amén de un derrame sanguíneo, el autor declara que el síndrome puede ser producido también por una ascitis de formación rápida, ruptura de un quiste hidático, ruptura de una viscera; hemorragias post-operatorias por insuficiente hemostasis o hemoperitoneo residual operatorio.

En resumen dice Meillere, los derrames de sangre intraperitoneales se traducen por síndromes variables. Aparte los estados anémicos que pueden dominar el cuadro clínico del hemoperitoneo produce una irritación serosa traducida por sensibilidad dolorosa, defensa muscular y parálisis intestinal. De constitución lenta o rápida según sea la hemorragia y difundido o localizado a una región cualquiera.

*Tratamiento operatorio de la ptosis gástrica. Principios directores.*

Pribram de Berlín en el *Generalblatt für Chirurgie*, defiende el tratamiento quirúrgico de la ptosis a condición de una correcta indicación. No es suficiente la constatación clínica o radiológica de una caída del estómago. Se necesita que haya trastornos funcionales y ausencia de toda otra causa que pudiera explicarlos. Normalmente las vísceras están sostenidas a manera que su peso nunca se hace sentir. Signos esenciales de ptosis gástrica, son: Dolores, náuseas, sensación de plenitud después de las comidas, agravación de estos síntomas sentado o de pie, desaparición acostado en decubito dorsal, impresión que siente el enfermo al volverse de un lado para otro de un saco lleno que se desplaza de derecha a izquierda y de arriba a abajo.

Se complica a menudo de estasis duodenal. Tal es la ptosis pu-

ra mejorada por la intervención.

Los fracasos son debidos a malas indicaciones.

Resecciones gástricas y gastroenterostomías condenadas.

Unico tratamiento: Gastrorrafia combinada a gastropexia a condición que sólo se trabaje sobre la porción vertical del estómago dejando libre el antro y el píloro.

El autor emplea la técnica siguiente: Exteriorización del estómago hilvanar en la porción vertical de la pared anterior a partir de la curvadura mayor y lo más alto posible 3 o 4 hilos que se anudan conservando largos los cabos. Así se consigue la plicatura. Es inútil y difícil hacer lo mismo en la pared posterior.

Para fijar el estómago se reconocen las inserciones del diafragma y el espacio intercostal, inmediatamente subyacente y allí se marcan tres puntos sobre la piel. Por cada punto se introduce una aguja de Reverdín curva que trae un hilo y después el otro de la misma sutura pero en

otra dirección. Así se pasan todos y luego se anudan, se cortan al ras y se introducen haciendo resyalar la piel.

Pribram ha operado 24 enfermos desde 11 años. Ha vuelto a ver 13 uno de ellos el primero y están curados completamente 8 y 5 muy mejorados.

#### *Complicaciones urinarias de la apendicitis*

Lepoutre de Lille en el Journal Belge de Urologie, insiste sobre la frecuencia de manifestaciones urinales en el curso de la apendicitis que pueden inducir a error y crear complicaciones.

19—Hematurias en apendicitis agudas debidas a Nefritis aguda y en apendicitis crónica a infartos renales o a nefritis infecciosa y aun al síndrome enterorenal.

29—En apendicitis con apén-dice a inserción baja se pueden observar todas las reacciones vesicales desde la simple disuria hasta la retención completa.

3° — Abscesos apendiculares pueden abrirse a la vejiga y constituir fístulas entero-vesicales.

#### *Ruptura traumática del hígado*

. F. Bertrand de Tolosa en Boletines y Memorias de la Sociedad Nacional de Cirugía de París, publica las observaciones de una contusión del hígado evolucionando en dos tiempos separados por 3 días durante los que el individuo trabajó. Bruscamente le sobrevino un dolor intenso en

la región supra-ombilical con vómitos teñidos de sangre, aceleración progresiva del pulso y subicteria. Al laparotomizar se constató un estallido en estrella de la convexidad del lóbulo derecho del hígado. . Taponamiento y curación.

#### *Consideraciones sobre el tratamiento de las fracturas expuestas de la pierna*

Ch. Van Beken, ha levantado la estadística del servicio del Profesor Jean Verhoogen de 1903 a 1930.

Sobre 95 casos divididos en 7 series según la extensión de la herida cutánea los resultados han sido los siguientes:

1- 7 casos, 4 curados por inmovilización en yeso en 2 meses; y en 4 meses después de debridamientos secundarios pero **CGYI** solidación viciosa; 1 osteosintesis seguido de osteitis y pseudartrosis; y 1 amputación por gangrena.

2- 31 casos, 18 curados entre 45 y 90 días, 1 con osteosintesis; 2 suturas' con supuración secundaria pero consolidación en 60 días; 2 cerclajes con hilo de bronce seguidas de pseudoartrosis; 4 retardos de consolidación (200 días) por osteitis; 3 consolidaciones retardadas (110,120 y 180 días) ; 2 muertos.

3- 15 casos, 6 consolidados entre 35 y 53 días; 3 entre 93 y 120 y 3 muertos; 1 pseudoartrosis.

4- 6 casos, 2 consolidados entre 84 y 160 días; 2 amputaciones y 2 muertos.