

REVISTA DE REVISTAS

—Por el Dr. S. PAREDES P.

El diagnóstico del embarazo extra-uterino en el curso de la segunda mitad del embarazo por la radiografía

H. Noelle (de Bielefeld) en el Zentralblatt für Gynäkologie, relata el caso siguiente: a una mujer claramente embarazada, que sufre de dolores semejantes -a las contracciones uterinas, se decide interrumpirle la gestación.

La paciente operada antes por lesiones salpingo-ovarianas fue dilatada por medio de laminarias seguida de inyección intrauterina. Una pelviperitonitis siguió a las maniobras abortivas que no dieron ningún resultado. La enferma se niega a aceptar otras 'maniobras y abandona el hospital. Esto sucedía en el 6º mes de su embarazo. Nuevos dolores le obligan a regresar 15 días después. Entonces se pensó en embarazo extrauterino. Se hace una inyección de iodipina para una radiografía. Esta muestra un útero desviado hacia la derecha por un feto claramente visible con la cabeza deformada en

la trompa izquierda.

Laparotomía: saco fetal adherente; líquido fétido, purulento. Extracción de feto y placenta; taponamiento. Oclusión paralítica al tercer día; Cecostomía. Curación.

Diagnóstico y tratamiento de los embarazos extrauterinos prolongados

A. Kuncs (de Tuiskole, Hungría) en el Zentralblatt für Gynäkologie, presenta 4 casos operados en los últimos meses del embarazo. Histerectomía en todos.

Describe el autor la formación más o menos avanzada de los fetos y deformidades de ellos y las madres, supervivencia y accidentes inmediatos.

Concluye en que el estado general de la madre indica la intervención parcial o total en aplicación del principio general de no arriesgar nunca la vida de la madre por la incierta y casi siempre imposible de un feto mal formado.

32 casos de acortamiento del miembro inferior sano con un fin ortopédico: indicaciones; técnica y resultados

U. Cawera (de Turín) en la *Chirurgia degli Organi di movimento*, publica sus ideas al respecto.

En 1927, con ocasión de una fractura del fémur en un individuo que tenía el otro miembro corto por una luxación congénita de la cadera izquierda, tuvo la idea de mantener la fractura en cabalgamiento, suficiente para compensar la longitud de la otra. Después continuó haciéndolo sistemáticamente a condición que los miembros cortos estuvieran en buena posición para la marcha.

La estadística actual llega a 32 casos: 17 luxación de la cadera, 8 parálisis infantil, 7 coxalgia.

El acortamiento compensador variaba entre 14 y 6 cms., pudiéndose hacer mayores ya que el procedimiento ofrece absoluta seguridad.

Antes de reseca el fragmento diafisario colocar un aparato enyesado desde el pliegue de la ingle hasta el pie, quitando enseguida toda la parte anterior. En ese canal se hace la resección. Incisión antero-externa; primera sección ósea con sierra de Gigli, enseguida con sierra corriente.

En el segmento óseo reseca se talla una clavija que se introduce a la fuerza en el canal medular de los extremos de sección hasta dejar coaptadas las superficies óseas; asegurar más este contacto empujando el pie en su planta por láminas de fieltro

puestas en el vacío dejado por la resección.

La consolidación se realiza en 50 días. A veces 4 y 5 meses. En 4 casos hubo incurvación a convexidad externa sin importancia funcional. Infección en 3 casos, curados al final. 1 muerto por meningitis tuberculosa.

Los resultados obtenidos con el tratamiento, buscando la abolición de trastornos' funciones por desigual longitud se han conseguido.

Supuraciones plantares, anatomía de la planta y sus relaciones con la pantorrilla

H. Liars en su tesis de Alger, lamentándose del injusto olvido de las inflamaciones del pie en favor de las de la mano ha dedicado un trabajo notable al estudio de las supuraciones del pió, al punto de vista anatómico, radiológico, clínico y terapéutico.

Siguiendo la misma descripción de la mano, establece la clasificación de las supuraciones del pie en esta forma:

1° Supuraciones graves que después de una etapa en los espacios celulares profundos de la planta se extienden a la pantorrilla.

2° Supuraciones del espacio subaponeurótico plantar superficial.

3° Supuraciones de las casillas comisurales.

4° Supuraciones subcutáneas plantares.

1° El flemón plantar grave parte del tejido celular profundo, su gravedad obedece a la frecuencia de la difusión hacia la pantorrilla, a la artritis tibia-tarsiana y a los estados septicé-

micos. El tratamiento consiste en incindir ampliamente de una punta a la otra de la planta y un prolongamiento hacia la pierna con sección del ligamento anular. A veces una astragalectomía para drenar la articulación y en casos muy apurados decidir la amputación.

2° Los flemones del espacio sub-aponeurótico plantar son menos graves porque no pueden difundirse, pero pueden serio cuando los gérmenes son de extrema virulencia y se propagan por vía linfática.

3° Las supuraciones comisurales por la misma razón son benignos. Se difunden hacia los dedos y dorso del pie. Incindir el pie en valvas con prolongamientos hacia el dedo o dedos invadidos.

4° Supuraciones de las celdas laterales del pie; benignas porque no se difunden sino hacia el dorso.

5° Supuraciones sub-cutáneas plantares sumamente **benignas**, tratables por incisiones simples.

Resultado tardío de la operación de Taima

Finsterer (de Viena) en el Archiv für Klinische Chirurgie, dí-

ce que entre los raros resultados favorables de la operación de Taima cuenta con uno datado de 15 años, operado en muy malas condiciones, aunque la cirrosis hubiera comenzado poco tiempo antes.

Enferma de 51 años, tuvo en mayo de 1916 una ictericia grave desaparecida 2 meses después; sucedió luego una ascitis y edemas de las piernas. Se interviene en agosto, temiendo encontrar un cáncer inoperable. Se constata un hígado pequeño y totalmente cirrótico, con abundante ascitis. Operación de Taima; fijación del epíplón a la pared abdominal. Postoperatorio favorable. Ninguna punción más. Actualmente la enferma tiene 66 años y un estado excelente.

Entre los procedimientos quirúrgicos usados contra la cirrosis **hepática**; fistula de Eck, anastomosis de la vena mesentérica superior y de la vena cava inferior, desviación de la ascitis por un fragmento de safena hacia la vena femoral, drenaje de la cavidad abdominal de la región lumbar, la operación de Taima, es indiscutiblemente el mejor.

La operación debe ser precoz para obtener los resultados durables. A pesar de que los casos llegan tardíamente donde el cirujano, se citan casos operados después de 18 punciones uno y 10 el otro que curaron durante 7 años y medio y 4 años.

Tratamiento de la hipertrofia prostática por la ligadura interepididimo-testicular (operación de Steinach II)

Tant (de Bruxelles) en el Bruxelles Medical, partiendo del conocimiento bien establecido de las relaciones entre las funciones testiculares y la próstata y repitiendo en otra forma las intervenciones tendientes a curar la hipertrofia prostática, no como Launois por castración bilateral, ni Albarran, castración unilateral o inyecciones esclerosantes del testículo, sección de nervios de cordón, Angioneurectomía, sección de los deferentes, etc., sino practicando la operación bien reglada en su técnica por Steinach que consiste en una ligadura de los canales seminíferos entre la cabeza del epididimo y el testículo. Operación simple hecha con anestesia local. Cita 3 observaciones de felices resultados; en 6 semanas no existía residuo vesical.

Notas clínicas y terapéuticas sobre la sacro-coxalgia (a propósito de 36 observaciones personales).

A. Richard y A. Delahaye y J. Calvet (de Berk) publican en la Revue de Orthopedie et de Chirurgie de l'appareil locomoteur, sus ideas respecto a la frecuencia

de la sacrocoxalgia mayor de lo que se piensa.

Rara en el niño; sucede a una osteítis juxta-articular generalmente iliaca. Largo período de latencia.

5 signos de principio caracterizan la aparición en el adulto: 2 signos funcionales, radiculalgias sacras y cojera dolorosa; 2 signos radiográficos; la diastasis sacro-iliaca y el desenganche del pubis; y el dolor a la exploración digital, sobre todo rectal.

Lo mejor es tratar precozmente por inmovilización por una anquilosis operatoria, por artrodesis transarticular si el máximo de lesiones está abajo; por una artrodesis extraarticular si hay alteración de la inter-línea.

Amputación de Krukenberg

Colp y Ransohof en el Journal of Bone and Joint Surgery, relatan 2 observaciones de amputación del antebrazo por el procedimiento de Krukenberg. Consiste en amputar el antebrazo separando el radio del cubito. Cada uno con su envoltura cutáneo muscular propia. El objeto es de obtener una pinza en que el radio móvil pueda ejecutar movimientos de prosupinación.

La intervención es superior por la facilidad y resultados a los métodos de cinematización del moñón.

Traumatismos del cráneo

El Dr. José S. Lastra en la Revista de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Habana, insiste sobre la apreciación a veces errada del pronóstico de los traumatismos craneanos funda-

do en que haya fractura o no. A veces una contusión con fractura es benigna; otra sin fractura es grave. Son otros los elementos que deben apreciarse. Es indispensable el estudio de las condiciones anatómicas y fisiológicas presentes.

El edema cerebral caracterizado por la acumulación de líquido cefaloraquídeo en los espacios perivasculares de Virchow Robin es frecuente y corresponde a cuerdas de hipertensión aguda intracraneana.

Objeto de extrema vigilancia serán los traumatizados del cráneo: pulso, temperatura, respiración, presión arterial, estado de las pupilas, y elementos de diagnóstico suministrados por la punción lombar o suboccipital.

Siguiendo a Dowman de Atlanta el autor divide en grupos estos enfermos para la comodidad terapéutica:

1° Lesiones masivas del encéfalo con agotamiento de los cen-

tros bulbares. Todo tratamiento es inútil.

2° Hemorragia franca de la meníngea media. Trepanación y ligadura.

3° Fractura simple o complicada con o sin depresión de fragmentos y síntomas clínicos de contusión localizada del encéfalo. Operación.

4° Hipertensión intracraneana progresiva, con fase de compensación bulbar en ausencia de fractura. Emplear **soluciones** salinas hipertónicas por las vías bucal, rectal y endovenosa. En último caso trepanación decompresiva.

5° Fractura con hundimiento, la ausencia de síntomas de compresión cerebral. Operar sistemáticamente para evitar secuelas lejanas.

Conmoción y herida de las partes pericraneanas requieren un tratamiento muy simple: Buen purgante salino para la primera, pocas bebidas y reposo en cama. por una o das semanas.