

## REVISTA QUIRÚRGICA

*Tratamiento de las heridas del cerebro*

Wankel de Kiel en Zentralblatt für Chirurgie trata la cuestión de heridas del cerebro no siguiendo un método invariable sino según las circunstancias, ni taponamiento sistemático ni sutura primitiva. Su estadística es bastante demostrativa por la riqueza y cuidados al confeccionarla.

De 1909 a 1932 se presentaron a la clínica de Kiel en tiempo de paz 59 casos.

27 heridos (45%) presentaban lesiones de contusión cerebral tan extendidas que la muerte era fatal; 7 de ellos no fueron operados, los otros sí; todos murieron en los 4 primeros días.

32 heridas eran operables. 8 murieron, 7 de meningitis y 1 de neumonía. De las 7 meningitis mortales 4 se debían a coexistencia de fracturas de la base, en las otras 3 puede discutirse la influencia del tratamiento; de estas 2 se trataron por sutura primitiva, después de las doce horas, la otra por taponamiento. Total de mortalidad 60 %.

24 heridos curaron; 18 revisados: 11 están en perfecto estado, sin secuelas; 2 con trastornos insignificantes que no les impiden trabajar; 3 con crisis convulsivas e incapacidad valuada en 25 %; 2 han tenido complicaciones tardías graves: una tratada por taponamiento tubo un absceso a los 4 años y

vive; el otro suturado primitivamente murió en una crisis epiléptica a los 8 años.

*Estudio sobre 97 V'entriculogramas de tumores intracraneales verificados*

G. Filcher de Nasvüie y H. M. Wilson de Saint Louis en Surgery, Gynecology and Obstetrics publican el resultado de su encuesta.

En 97 ventriculogramas sólo 18 no indicaron el sitio exacto de la lesión.

En los hemisferios cerebrales el desplazamiento del sistema ventricular comprendido el tercer ventrículo del lado opuesto es el signo más claro e importante, sólo con él tienen valor las faltas de relleno.

Las lesiones del lóbulo frontal determinan rechazamiento del vértice del cuerno anterior. Las del lóbulo parietal dan un desplazamiento de los ventrículos laterales con colapso o deformación del cuerpo del ventrículo del lado de la lesión. Los tumores del lóbulo temporal dan casi constantemente un desplazamiento del ventrículo lateral con aplastamiento del cuerpo del ventrículo homolateral.

La invisibilidad de todo el cuerpo es debida a defecto de relleno de ventrículo por el aire; tiene valor si va acompañada de una deformación permanente por compresión. En general las modificaciones de los cuernos posteriores no tienen

importancia. El desplazamiento de los ventrículos tiene más que sus variaciones morfológicas.

Los tumores del lóbulo temporal dan sobretodo desplazamientos; las del parietal y un poco del frontal, deformaciones; las del frontal dan mejor ausencia de claridad de un ventrículo por obstrucción del orificio de Monro.

Los tumores de la fosa posterior dan una dilatación simétrica de los dos ventrículos laterales y del tercer ventrículo con ausencia de relleno del tercero, pudiéndose diagnosticar un tumor supra-tentorial.

En los tumores medianos supratentoriales (de la glándula pineal, tubérculos quadrigéminos, o parte posterior del tercer ventrículo) se presenta una dilatación uniforme de los ventrículos laterales con ausencia de visibilidad del tercer ventrículo; pero a veces la parte anterior de este ventrículo está dilatada. En 5 tumores infratentoriales y 2 supra-tentoriales se realizó ese aspecto, de allí la gran prudencia a observarse para localizarlos.

Los tumores supra-selares determinan una obliteración y más raramente una deformación del tercer ventrículo. Rara vez la presencia de aire en

los ventrículos permite obtener una sombra positiva del tumor hasta entonces invisible en la placa. Error común es tomar por el vértice del cuerno anterior del ventrículo lateral, el vértice oscuro y bien limitado de la imagen triangular en ala de mariposa es la parte anterior del cuerpo del ventrículo; el vértice del cuerpo anterior aparece como una sombra redondeada, menos opaca, bien separada y situada más afuera.

5 casos *no* dieron ningún resultado: 3 veces el tumor estaba en la superficie del cerebro y 2 era muy pequeño.

No debe jamás olvidarse que la ventriculografía ayuda siempre al diagnóstico conservando la clínica sus derechos.

#### *Heridas del abdomen por arma de fuego*

D. Perey y J. M. Foster de Denver relatan en *Annals of Surgery* 22 casos de herida del abdomen en un mismo Hospital presentados de 1928 a 1933 con mortalidad de 68 %. Insisten en la operación precoz; el tiempo medio transcurrido entre el accidente y la operación fue de 113 minutos en los salvados y 191 en los muertos.

Operación corta, 55 minutos, en los vivos; 1 hora 10 minutos

en los muertos. Transfusión inmediata durante los preparativos de la operación. Laparotomía amplia. Un aparato de aspiración. En las heridas del hígado, taponamiento. En las anteroposteriores del estómago la sutura de la pared posterior se hace fácilmente por la cara mucosa después de amplia abertura de la herida anterior.

*Mortalidad operatoria en la oclusión intestinal*

F. Cristófer y W. K. Jennings de Evanston en *Annals of Surgery* refieren que en 127 casos de oclusión intestinal, operados en el mismo hospital de 1929 a 1932 hubo una mortalidad de 45 %. Reunidos a otras diferentes estadísticas dan en 2.345 casos 46.5 % de mortalidad.

En 46 se debió a adherencias (mortalidad 28 %) ; en 9 hernia (mortalidad 77.7%); en 9 investigación (22.2 %) ; en 32 un tumor maligno (59.8%); en 14 vólvulos (50 %). La duración de la operación no influyó sobre la mortalidad; los peores casos se operaron más rápidamente.

Las adherencias eran por operaciones apendiculares o pélvicas.

La mortalidad operatoria nula cuando se operó en las primeras 24 horas y más acentuada a medida que más se retardaba.

*Análisis de 100 casos complicados de apendicitis aguda: cecostomía primitiva o enterostomía como procedimiento de salud vital* E. R. Easton y W. J. Watson en *Surgery, Gynecology and*

*Obstetrics*, han escogido 100 casos graves de apendicitis: gangrenosas, perforantes, abscesos, peritonitis difusa aguda con 12 muertes. Insisten sobremanera en la oclusión intestinal precoz o tardía y la toxemia por absorción peritoneal e intestinal proponiendo como profiláctico la enterostomía en el curso de la operación. En 18 casos donde se practicó esa derivación o que espontáneamente se fistulizó sólo murió uno.

Esa práctica impide un ileus paralítico post-operatorio, una oclusión por adherencias manteniendo la movilidad del intestino y su pronta evacuación; no retarda la curación ni aumenta la gravedad de la operación. Nunca se han arrepentido los autores de haberla hecho y sí de no hacerla.

Técnica: por una pequeña incisión afuera de la herida operatoria, abajo y adentro de la espina iliaca, a 2.5 c. m. arriba de la arcada de Falopio se exterioriza el ciego. Se introduce una sonda de Nelatón número 20 perforada en una extensión de 20 c.m. en el ciego y luego en el ileon por un orificio hecho en el centro de una sutura en bolsa; se anuda ésta y después se invagina por otras dos también en bolsa. El ciego es fijado al peritoneo parietal y la herida saturada por dos puntos de crin. A la semana es retirada la sonda.

5. *Paredes P,*