

---

## REVISTA QUIRÚRGICA

### *Inhalaciones carbónicas en la anestesia quirúrgica- y la terapéutica post-operatoria*

Aplicando el gas carbónico en el curso de la anestesia general por inhalación se obtienen las siguientes ventajas: facilidad de absorción y sueño más rápido; supresión de la apnea inicial y crisis de agitación; disminución de la irritación bronquica y exudados, por consiguiente de la cianosis; prevención de los accidentes asfíxicos, eliminación rápida del anestésico de donde despertar pronto y sin vómitos.

Durante el post-operatorio combaten las inhalaciones de gas carbónico la atelectasia pulmonar y el colapso declarado; previene y cura el hipo, el chok operatorio, estimula el peristaltismo intestinal. Pero no sólo en la anestesia general sino también en la raquí, por la avertina y loco-regional es excelente. No tiene ninguna contraindicación absoluta. Se usa el gas carbónico puro o mezclado al aire o el oxígeno.

Es inútil administrarlo antes o al principio de la anestesia; es una medicación de socorro en los casos difíciles de dormir y en el síncope operatorio.

Tal dice M. Robin en Bulletin Medical de Paris.

### *Nuevo método de respiración artificial*

S. Jellinek de Viene en Bruxelles Medical propone el siguiente método de respiración artificial: colocar un cojín entre los omóplatos del paciente y empujar enérgicamente los hombros hacia el plano de la mesa, manteniéndolos dos segundos, luego soltarlos y repetir la maniobra quince veces por minuto. Mantener la lengua en su sitio por los dedos de enfermo o un tira lengua.

El examen radiológico muestra el aumento de los diámetros del tórax; el manómetro un aumento de tensión del aire al interior de la tráquea; cánulas introducidas- en la arteria y vena crurales reunidas a un manómetro diferencial indican una inspiración en el tubo venoso en el momento de empujar los hombros.

### *Complicaciones oculares en el ttocio exoptalmico*

R. B. Cattell de Boston en Annals of Surgery refiere que en 4.214 tiroidectomizados hubo 16 casos de tetania, de los cuales dos hicieron catarata-

tas bilaterales; 12 y 18 meses después de la operación y maduraron en 2 y 3 años.

Existe exoftalmía en casi la mitad de enfermedades de Basedow e hipertiroidismo primitivo predominando en un enfermo sobre 8; su grado no es paralelo a la gravedad de la afección; rara vez unilateral, generalmente simétrico.

En 364 operados de tiroidectomía curaron de la exoftalmia el 50 % y 13 % mejoraron.

En 73 % de exoftalmías desaparecidas el hecho se verificó en los 3 primeros meses; cuando era muy antigua menos probabilidad de curación.

La exoftalmia grave o progresiva es rara. El diagnóstico y tratamiento precoces, la protección de los ojos en el curso de la intervención, el cuidado de no extirpar las paratiroides hacen raras las complicaciones oculares del Basedow.

#### *Tratamiento del hemotórax traumático agudo*

J. M. Forster y Duval Percy, de Denver, en *Anal. of Surgery*, proponen como tratamiento del hemotórax traumático agudo para evitar la muerte por hemorragia y el espesamiento posterior de la pleura o la infección en los casos de gran derrame reemplazar la sangre por aire a baja presión con el aparato de neumotorax.

La técnica: introducir una aguja gruesa evacuadora en la parte inferior de la pleura y más arriba la aguja del aparato de neumotorax; al extraer

100 c. c. de sangre reponerlos con 125 de aire; aconsejan hacer una transfusión con la sangre.

Los autores han usado este procedimiento en 11 heridos y el de expectación en 37; la mortalidad fue casi la misma pero la hospitalización disminuyó en la mitad con su método. Sólo hubo un caso de complicación séptica en los 48 tratados.

#### *Voluminoso fecaloma en una asa anormal del colon transverso*

Melchior de Breslau en *Zentralblatt für Chirurgie* refiere este caso: mujer de 31 años, tratada antes por colecistitis; constipación crónica antigua, nota hace 4 meses la existencia de un tumor abdominal que aumenta progresivamente de volumen; tumor del área umbilical, como un puño, con boscaduras, poco doloroso y muy móvil.

Con el diagnóstico de enterquistoma se interviene. Pasando a través de la tras cavidad de los epiplones se llega a la asa que contiene el tumor encontrándose en ectopia retroperitoneal detrás del ángulo cólico derecho; no ocluye la luz del intestino, pues ocupa un divertículo enorme. Resección del divertículo, curación. 3 meses después el enfermo está bien; una radiografía muestra hacia el ángulo hepático otro divertículo y un colon transverso bastante largo y contorneado.

*S. Paredes P.*