
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 transversal

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 enterocistoma 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 transversal bastante largo y contorneado.

S. Paredes P.