

REVISTA QUIRÚRGICA

*Tratamiento de los accidentes
de la narcosis*

M. Doss de Furth en Zentralblatt fur Chirurgie recomienda la inyección endovenosa de Coramina, 5 a 8 cg. en la parálisis respiratoria sin detenimiento del corazón, en una por Evipán. El efecto fue inmediato y definitivo. En otro caso se trataba de asfixia por edema de la glotis; repitió la inyección cuatro veces en doce horas y el enfermo curó. Este era un síncope cardíaco en el curso de una operación por cáncer del recto con raquianestesia. Inyección intracardíaca. Éxito. Koning de Leipsig en el mismo periódico refiere el caso de una señora de 50 años a quien 13 días antes le habían hecho una colecistectomía con éter; se le administra Evipán, 8 c. m. para abrirle un absceso parietal; pocos momentos después parálisis de la respiración y del corazón; la respiración artificial, la inyección endovenosa de lobelina y la inyección intramuscular de cardiazol y de coramina no dan resultado. Una intracardíaca

de adrenalina consigue algunas contracciones. El paciente está en estado de muerte por 15 minutos cuando el autor inyecta por punción suboccipital un decigramo de cafeína en la cisterna cerebromedular; después de algunos segundos la respiración vuelve y los tegumentos se colorean; a la hora y cuarto el conocimiento retorna. Muere 4 semanas más tarde de insuficiencia hepática.

En este caso grave el Evipán estaba claramente contraindicado por el profundo ataque del hígado. La vía de la cisterna magna da magníficos resultados.

*Tratamiento operatorio de las
cavidades residuales del
empiema*

Krampf de Bad Reichenhall en el mismo número del Zentralblatt reconoce como el método más seguro y eficaz para tratar las fístulas es la operación de Schede o sea la extirpación completa de la pared ósea y de la pleura parietal espesa en toda la extensión de la

cavidad y aconseja más aun, quitar una o dos costilla arriba de la cavidad. Como la operación es muy chocante y se hace en enfermos débiles es necesario practicarla en dos tiempos: en el primero resección costal con anestesia local en una o varias sesiones. El segundo tiempo 2 a 3 semanas después consiste en la resección de la pleura parietal espesa seguida de drenaje de la cavidad por un Mikulicz. En 14 operados de esta manera en la clínica de Sauerbruch sólo hubo un muerto.

*Tratamiento operatorio del
píloro-espasmo de los
tiernos*

Kehl y Thomann de Siengen en el mencionado periódico refieren haber operado desde 1926 más de 50 niños por hipertrofia congénita del píloro, 38 niños y 13 niñas, precozmente, antes de los 10 días. Pílorotomía extramucosa, separando la musculosa de la submucosa.

Algunos han tenido vómitos después de la operación a pesar de lo cual aumentaron de peso. Sobre 50 enfermos perdieron 2: uno operado muy tarde en plena caquexia (pesaba a los 4 meses 2.300 gr.); el otro prematuro con malformación del corazón, murió a los diez días por accidentes cardíacos. Los demás curaron.

El estado de salud de 360 personas 10 a 17 años después de la operación radical por enfermedad ulcerosa del estómago

En el mismo Zentralblatt Friedemann de Bochum Lan-

gerdreer publica la estadística, entendiéndose por operación radical la resección gástrica que opone a la gastro-enterostomía y otras paliativas. Clasifica el autor los resultados de la manera siguiente: I.—Muy buenos: individuos que no padecen de nada y no están sometidos a ninguna restricción alimenticia. II.—Bueno: individuos sin ningún padecer pero que se abstienen de ciertos alimentos. III.—Aceptables: individuos que sufren pero mucho menos que antes de la operación.

IV.—Mediocres: sujetos poco o nada mejorados o que conservan gastritis, enteritis, defectos de evacuación gástrica, lesiones biliares o pancreáticas.

V.—Recidivas: nueva úlcera o úlcera péptica del yeyuno.

Los tres primeros constituyen éxitos, los otros dos fracasos.

Los resultados después de por lo menos 10 años son: Muy buenos 123; Buenos 148; aceptables 65; total 336 o sea 93.4 %.

Mediocres 16; Recidivas 8; total 24; 6.6 %.

La técnica no ha jugado gran papel: 207 operados por Pean-Billroth I dieron fracasos en 7.2 % de los que 3 recidivas. En 153 operados por Billroth II hubo un 5.7 % de fracasos de los que 1.3 % por recidiva.

*Estenosis del canal hepática
por anomalía de la arteria
hepática*

Heller de Buda-Pest en el mismo publica la siguiente observación: mujer de 36 años, presenta desde hace 10 crisis de

cólicos hepáticos; la última se acompañó de ictericia y fiebre de 39.5; el hígado doloroso pasa un través de dedo el borde costal.

A la operación se encuentra que la arteria hepática describe una curva acentuada delante del cístico y del vértice de la curva nace la cística fuertemente tendida, tirando la hepática casi hasta contacto con la vesícula; colédoco de calibre normal; la arteria hepática comprime el canal hepático muy dilatado. En el hepático y su rama derecha se encuentra masa calculosa. Drenaje del hepático. Extirpación de la vesícula llena de cálculos de colessterina. Curación a pesar de una neumonía.

Esplenectomía en la Leucemia

Becker de Hannover en el Zentralblatt opina que aunque la esplenectomía está condenada por la mayor parte de cirujanos en la leucemia, Kuttner cree que en algunos casos en que el baso determina por su volumen trastornos mecánicos serios la operación se legitima a título paliativo.

El autor refiere su caso: mujer de 74 años que ha enflaque-

cido después de 2 en 10 kilos pero cuyo estado general es satisfactorio. Desde 9 meses tumor abdominal creciendo progresivamente al punto de llenar la mitad inferior del vientre; leucocitosis 4.400. A solicitud de la enferma se practica la operación, fácil, en 25 minutos. El baso pesa 2.500 gr. Curación entres semanas. 3 meses después la enferma ha ganado 10 libras y se siente muy bien.

Coxa-Vara juxta-capital con epifisiolisis

Andrew Mac Ausland en The Journal of Bone and Joint Surgery ha observado 38 enfermos de coxavara de evolución variada. 28 fueron tratados por el método de Whitman: reducción ortopédica, inmovilización en abducción extrema, extensión y rotación internas. Los resultados muy satisfactorios, 80 % buenos con cadera absolutamente normal o muy ligera limitación de movimientos.

En los casos avanzados se discutirán las intervenciones sangrientas: osteotomía transtrocanteriana, operaciones reconstructivas de la cadera, artrodesis, artroplastías.

S. Paredes P.