

## REVISTA QUIRÚRGICA

### *Tratamiento del Tétanos*

H. W. Florey, H. E. Harding y Paul Fildes de Sheffield en *The Lancet*, se refieren a los progresos alcanzados últimamente en la terapéutica del Tétanos.

La cloroformización da buen resultado en el tétano declarado. El suero antitetánico usado en grandes dosis, prefiriendo la vía endo-venosa. Escindir la herida.

La Curarina detiene las crisis espasmódicas y las contracturas sin afectar las funciones vegetativas; inyecciones cada media hora. Los accidentes producidos por el uso de este medicamento pueden remediarse, la asfixia por caída de saliva en la traquea, colocando el paciente en buena posición o disminuyendo la secreción salivar por una inyección de atropina; el paro del diafragma cuando se ha llegado a la dosis fuerte se combate por la respiración artificial hasta que el veneno se vaya eliminando.

Por su acción depresiva sobre el centro respiratorio está contraindicada la morfina. Una vez calmados los espasmos por la curarina tratar la hipertermia por los medios habituales.

### *Pronósticos operatorios en los flacos y obesos.*

E. Seifert de Wurzburg en *Munchener Medizinische Wochenschrift* publica un cuadro comparativo de mortalidad por operaciones en flacos y obesos:

Apendicitis: mortalidad en flacos, 2%; en obesos, 10%; Colectitis: mortalidad en flacos, 6%; en obesos, 23%; Ulceras gástricas: mortalidad en flacos, 8%; en obesos, 17%; Cáncer del estómago: mortalidad en flacos, 16%; en obesos, 23%; Supuraciones de heridas: mortalidad en flacos, 10%; en obesos, 35%; Embolia: mortalidad en flacos 2%; en obesos, 6%; Complicaciones pulmonares: mortalidad en flacos, 4%; en obesos, 6%; Colapso: mortalidad en flacos, 1%; en obesos, 4.

La estadística representa 10 años de operaciones en la clínica de Wurzburg y concluye que las operaciones abdominales dan una mortalidad 3 a 4 veces mayor en los gordos.

### *Trombo-angeitis obliterantes (Buerger); tratamiento de 524 casos por inyecciones endovenosas repetidas de solución salada hipertónica; experiencia de 10 años*

S. Silbert de New York en *Surgery, Gynecology and Obstetrics* comunica su tratamiento por inyecciones endovenosas de Cloruro de sodio al 5%. Empieza por 150 c. c. y pronto llega a 300. La inyección se hará lentamente, en 10 minutos, enfermo acostado, después podrá volver a su trabajo. Se harán primero 3 veces por semana, después 2 y por último raras hasta la mejoría franca. Dura el tratamiento de 6 semanas a 2 años según la gravedad del caso. En

los casos graves no se observa modificación alguna sino al cabo de 6 semanas por lo cual debe prevenirse al paciente no desesperar.

Silbert da mucha importancia etnológica al tabaco, en mil casos observados todos eran fumadores; en alguno que no era la enfermedad fue discutible. Es imposible obtener curación en quienes no dejan de fumar; cuando han dejado y vuelven la enfermedad también regresa.

En 524 casos ha tenido 434 curaciones, 88 fracasos debidos en su mayor parte a la interrupción del tratamiento, 40 amputaciones y 24 muertos. Se han seguido por 10 años los más antiguos; después de 5 años hay 98 con 6 muertos.

40 amputaciones en 524 casos representan un 7.6% en lugar de 21.3% de la clínica Mayo y 21.8% de los tratados por gangliectomía sobre 119 (Diez). En la mitad se amputó en enfermos que no quisieron dejar de fumar.

Los dolores no son indicación operatoria; la neurotomía los quita.

<sup>1</sup> 225 enfermos presentaban ulceraciones del pie; 174 curación por las inyecciones.

La mejoría se manifiesta por dolor, posibilidad de la marcha, aumento de oscilaciones en amplitud, elevación de temperatura en las extremidades invadidas, vuelta de las pulsaciones en el pie, notable mejoría del estado general.

No existe contraindicación de las inyecciones salinas.

#### *Tratamiento de formas graves de linfo-edema de los miembros. Resultados lejanos*

R. K. Gormley y L. M. Overton de Rochester en Surgery, Gynecology and Obstetrics refieren el resultado de sus intervenciones en la elefantiasis grave de los miembros.

Aconsejan un tratamiento preoperatorio consistente en reposo en cama con la pierna elevada a 75 grados, masajes y compresión. Heridas y úlceras serán bien curadas, vacunas antiestreptocócicas si hay ataques de celulitis.

Anestesia raquídea, benda de Esmarch. Operación de Sistrunk. Primero intervenir en el lado externo y hasta 3 a 6 meses después el interno. Quitar la benda lentamente.

El paciente se levantará a los 20 días con benda elástica compresiva.

64 operados desde 1923. Se vieron repetidamente 55. Murieron 6 de los que 3 de choc.

En 8 casos ninguna mejoría; en 7 curación completa; en 20 mejoría muy marcada; en 14 mediana.

#### *Tratamiento de la Eclampsia por el Sulfato de Magnesia*

D. P. Browkin en Archiv für Ginekologie de Berlín refiere que para oponerse a la terapéutica activa de interrupción del embarazo en la eclampsia y dejando por tóxicos el cloroformo y el cloral usa el sulfato de mag-

nesia, como antiespasmódico, ya recomendado por los parteros Meltzer y Auer. Primitivamente el autor inyectaba subcutáneamente 200 c. c. de una solución al 3%; si los accesos se repetían, nuevas inyecciones no antes de 4 horas ni más de 4 inyecciones en 24 horas. Ahora usa soluciones hipertónicas al 20% e inyecta en el músculo 30 c. c. siguiendo las mismas instrucciones que las primeras. Por la vía endovenosa el efecto es más rápido pero menos duradero. Supresión de bebidas o dar agua azucarada; en caso de coma inyectar en la vena una solución de glucosa al 10% cada día. Los efectos favorables se marcan de la primera á segunda inyección, las crisis desaparecen en el 76% o se hacen más espaciadas. En 287 casos tuvo 5 muertes, sea el 2.1%. La mortalidad infantil sobre 25 casos de 6.4%.

*La Tiroidectomía total en la asistolia irreductible; resumen de dos años y medio de experiencias quirúrgicas*

D. Berlín en The Journal of the American medical Asociation manifiesta que el 70 % de resultados es satisfactorio, pues los operados de un año al menos y dos y medio a lo más han visto los síntomas ceder o calmarse. Aconseja estrecha colaboración entre médico y cirujano, selección de enfermos, cuidados post-operatorios. La tiroidectomía será la más total posible. El gran peligro es la lesión bilateral del recurrente. Hacer examen laringoscópico al extirpar el primer lóbulo si hay lesión del recurrente abstenerse de extraer el otro. Ninguna muerte en las últimas 62 operaciones.

*S. Paredes P.*