

REVISTA QUIRÚRGICA

Hiperazoemia Post-operatoria

Tempesta de Bolonia en la Clínica expone las conclusiones después de un estudio experimental, así: I. —Todo acto operatorio determina inmediatamente una elevación de la Azoeemia cuyas cifras más fuertes se alcanzan entre el segundo y cuarto días; el anestésico no interviene pero sí el traumatismo operatorio, las más altas cantidades son producidas por las intervenciones sobre el estómago. II. —La función ureogénica del hígado crece después de una operación lo que explica, además de la hiperazoemia el aumento de la concentración ureica y de la descarga de urea. III. —La hiperazoemia no se acompaña de signos de intoxicación. IV. —La hipocloremia debida a la migración y fijación del cloruro de sodio en el foco operatorio es la responsable de síndromes tóxicos. V. —La insuficiencia funcional hepatorenal, aunque puede favorecer o agravar la hiperazoemia, no debe ser considerada como factor exclusivo y constante.

Incisión circular del tronco del ciático en el tratamiento de contracturas musculares espasmódicas del miembro inferior

A. Troso en Revista de Ortopedia o de Cirugía infantil refiere un caso tratado así por él donde la espasticidad desapareció inmediatamente. El fundamento de la operación es que la mayor parte de las fibras sensitivas de l ciático están en la periferia del nervio.

La Litiasis urinaria según las observaciones y la experiencia de la clínica quirúrgica de Leipzig

H. Angerer de Leipzig en Archiv für klinische Chirurgia publica un estudio crítico basado sobre 719 observaciones recogidas en 10 años en la Clínica quirúrgica de Leipzig.

Mayor frecuencia en el hombre: 69 % de casos.

Tratamiento no operatorio en 368 casos fue seguido en 135 de eliminación espontánea de cálculo; en 8 casos accidentes infecciosos mortales.

Tratamiento operatorio en 35 casos con una mortalidad de < 8 % consistió en 141 pielotomías; 27 nefro-litotomías; 4: uretro-autotomías. Las pielotomías dieron una mortalidad de 2.8 %.

Estudio del insomnio Henri Fargeot en una tesis de Burdeos se ocupa extensamente de la cuestión. Señala dos clases de insomnio pudiendo sobrevenir después de la misma operación: uno inmediato, corto, fatigante para el enfermo que siente sed de sueño y que a la larga puede causar trastornos. es frecuente y puede ceder a la morfina, causado por el dolor, el choc traumático, la eliminación de toxinas, el nerviosismo, más que por el anestésico. El otro insomnio es causado por la absorción prolongada de anestésico reforzado por la morfina; estos atacan las neuronas; es tardío, no fatiga al paciente, no cede a la morfina ni a los hipnóticos, termina progresivamente.

El tratamiento es preventivo: en el primer caso, tratar la moral del enfermo, hacer la intervención lo menos chocante posible; en el segundo esforzarse por dar la menor cantidad de anestésico y evitar la morfina, poner el sujeto en reposo y a régimen hipotóxico. Aconseja hacer la operación bajo rayos infra-rojos, eserina y sus derivados.

La raquianestesia en el tratamiento de la parálisis intestinal post-operatoria

Bunne de Berlín en Zentralblatt für Chirurgie aconseja en

las parálisis intestinales post-operatorias, después del fracaso de los medios físicos y medicamentosos habituales antes de llegar a la ileostomía, una raquianestesia alta, entre primera y segunda lumbar. Con frecuencia será seguida de una gran descarga intestinal.

Anota el autor la rareza de parálisis desde que emplea habitualmente la raquianestesia.

Resultados lejanos del tratamiento quirúrgico de las lesiones traumáticas de los nervios periféricos

Rene Dumas de París en Bulletins et Memoires de la Societe de Chirugiens de París relata su estadística personal de 630 casos y llega a estas conclusiones: en las compresiones después de liberación correcta se observa la restauración en 58 % de casos para el mediano; 60 % para el cubital; 72 % para el ciático y 80 % para el radial.

En las formas dolorosas justifican la alcoholización y si son rebeldes la simpatectomía alta o la radicotomía.

La sutura inmediata será practicada en las secciones completas cuando las condiciones lo permitan, de resultados inconsistentes pero satisfactorios. La sutura tardía es bastante delicada y cuando posible de resultados mediocres; a veces mejor será esperar la restauración espontánea.

El tratamiento complementario de las fracturas operadas

P. Topa en Romanía Médica de Bucarest refiriéndose a los trastornos obstaculizados al quitar

el enyesado de un miembro traumatizado aconseja la conducta que debe seguirse así:

I. Edema, por pérdida de la tonicidad venosa, paresia vasomotriz, y estasis circulatoria debida a la inactividad muscular e inmovilidad;

II. —Atrofia muscular, curable, por la mecanoterapia, los músculos recobran su volumen y fuerza inicial;

III. —Rigideces articulares, por retracción y espesamiento de la sinovial, cápsula y ligamentos, curable;

IV. —Atrofia asea calcárea, caracterizada por aumento de la transparencia ósea a los Rayos X fácil de impedir por la administración precoz de glicerofosfatos de calcio sodio, potasio y magnesio.

Preconiza el autor el mecanoterapia activo, pasivo y diatermia.

Peritonitis apendiculares

M. Lungle en Spitalul recomienda ardorosamente la transfusión sanguínea en las peritonitis apendiculares después de la intervención en forma masiva y repetida, lo mismo que los sueros antigangrenosas y antibacilares en los casos de intoxicación profunda.

Así se consigue la rehidratación y desintoxicación por los hematíes frescos inalterados y oxigenados y los anticuerpos del aparato fagocitario suplementario; hay también excitación de la eritropoyesis.

Poenaro Caplesco que ha usado este procedimiento en gran número de enfermos graves de peritonitis apendicular ha reducido la mortalidad de 40 y 50 % a 7.3 %.

Como todos los autores da el autor especial importancia a la precocidad del diagnóstico estableciendo sobre todo éste con los falsos hepáticos y gástricos.

S. Paredes P.