

REVISTA QUIRÚRGICA

*La sangre placentaria,
fuente de transfusiones
masivas en cirugía*

Brouskine y Farberova, de Moscou en *Sovietski Vratohébní Journal* insisten en el método de Doderlein consistente en utilizar la sangre placentaria en transfusiones. Esta sangre contiene 5 a 6.000.000 de glóbulos rojos por mmc., 90 a 120 por 100 de hemoglobina, 8 a 16.000 glóbulos blancos por mmc, fuerte tasa de calcio, gran cantidad de hormonas de origen ovariano y antehipofisario.

Siendo la cantidad de sangre perdida en cada parto de 50 gramos como mínimo, pero a menudo de 100 a 150 gramos y habiendo por término medio 40.000 nacimientos al año se pueden recoger 2.000 litros de sangre con lo que se pueden asegurar 6.000 transfusiones medias y 4.000 masivas.

La toma de sangre es muy sencilla: tan luego como el cordón se ha ligado con una pinza del lado del niño y otra del placentario y separado aquél, se punciona con todas las precauciones de asepsia el cordón placentario y se recoge la sangre en un balón estéril. Se practican

en ella todos los exámenes del caso y se guarda en una refrigeradora en un Hospital designado para el efecto. Un encargado especial verifica diariamente el estado de la sangre, desechando las descompuestas. A 4 o 6 grados se conserva bien la sangre por un mes.

Por término medio se usa sangre de 6 días pudiéndose hacerlo con las de cualquier tiempo previo examen. ¡Se puede dar sangre en una misma sesión de diversos donadores a condición de no mezclar sino la sangre del mismo grupo, nunca con las universales.

*Anestesia al Evipán sódico
en Cirugía torácica*

P. Coryllos y S. Bass, de New York, en *Annals of Surgery* refieren 100 casos de toracoplastia practicadas por anestesia al Evipán con resultados favorables.

La presión arterial cae en los 3 primeros minutos, el pulso y respiración se aceleran; el reflejo de la tos y expectoración vuelven pronto de terminar la operación; la aspiración intratraqueal es cómoda.

Sólo notaron en el curso de la operación una ligera cianosis en 7 casos que cedió a la inhalación

del carbógeno; temblor en II casos que duró de segundos a algunos minutos; tos en 7 casos; en.-ninguno apnea o asfixia. Después de la operación: un poco de agitación en 23 casos; vómitos en 39; choc en 6; la conciencia vuelve a la media hora o algunas horas; no hubo cefalea. Afirman los autores la superioridad de esta forma de anestesia sobre todas las otras en cirugía torácica.

A propósito de la Hipertensión arterial de origen tiroideo y de su tratamiento por la resección subtotal de la tiroides

Barath de Budapest, en Wiener klinische Wochenschrift después de algunas consideraciones sobre las hipertiroidias y la hipertensión arterial en relación con los tratamientos médicos y quirúrgico concluye así: en la hipertensión con taquicardia sin signos de descompensación, con dilatación de la pupila y exoftalmía debe pensarse en una actividad exagerada del tiroides aun. cuando haya ausencia de aumento del metabolismo basal. En caso de haberlo confirmado la relación entre ambas y entonces la indicación operatoria es manifiesta: tiroidectomía subtotal después del tratamiento yodado. Los resultados son muy favorables.

Cálculos de la uretra S. Traczyk de Varsovia en Journal d'Urologie se extiende largamente sobre este punto y considera dos clases de cálculos de la uretra: migradores y autóctonos.

Los primeros vienen de las otras vías urinarias y se detienen sea en el esfínter externo, en el acodamiento bulbar, en el ángulo peno-escrotal, en el meato. El mayor número se observa en individuos con estrecheces traumáticas o inflamatorias. Para English el 41 % de cálculos se detienen en la uretra membranosa, el 19 % al nivel del bulbo, 14 % en la porción escrotal, 15 % en la porción peniana, y 11 % en la fosa navicular.

Los autóctonos se forman detrás de una estrechez o en una bolsa justa uretral, divertículo, absceso periuretral, uretrocele, jamás en una uretra normal. Esta se dilata por encima del cálculo, la estancación de orina e irritación por productos sépticos produce ulceraciones, provoca abscesos urinosos, infiltración urinosa y fistulas.

>En seis casos estudiados por el autor encontró los síntomas siguientes: dolor violento, modificación del chorro, retención más o menos completa, síntomas de uretritis crónica o de tolerancia-relativa.

Los cálculos prostáticos aparecen como los de la vejiga con síntomas parecidos.

Los otros como estrecheces.

Los diverticulares se revelan por accidentes infecciosos locales o ascendentes.

El diagnóstico se hace por medio de la palpación de la uretra por el recto o periné, por el cateterismo, por la ureteroscopia y la radiografía.

La terapéutica: hacerlos progresar con el dedo g través de la pared uretral; hacer orinar vi-

gorosamente al enfermo comprimiendo el meato; extraerlo con curetas o pinzas cuando no está muy lejos del meato; extracción bajo control del uretroscopio; sección de una estrechez por uretrotomía interna; uretrotomía externa; rechazo a la vejiga por sondas. Litotricia; a proscribirse.

Si el cálculo de la uretra prostática no puede empujarse hacia la vejiga se extraerá por las vías naturales o por una cistostomía y prostatectomía en caso de adenoma. El autor propone mejor que una sonda un lavado metro-vesical y después dilataciones al beniqué para favorecer su salida.

Causas -y tratamiento del Choc hemolítico en el curso de transfusiones

Hesse de Leningrad, en Bruns Beitrage zur klinischen Chirurgie ha logrado conseguir de una encuesta de 1.700 respuestas 217 casos de choc-hemolítico consecutivo a transfusiones. El 60 % de estos procedía de Alemania; el 59 % de Rusia y el 38 % de Estados Unidos.

El autor, sobre 2.360 transfusiones, observó 60 casos de choc hemolítico. Complicación de carácter grave que dio una mortalidad de 56 % de casos.

Notó 46 en donadores universales con 20 muertos o sea 43.4%. El fenómeno se produce con sangre largo tiempo conservada. En 20 casos de choc hemolítico en 10 se observó: alteraciones por elevación de temperatura 2; por desnaturalización 4; por incorporación de sangre he-

molizada 4. ye traducen por agitación, náuseas, vértigos, dolores cafálicos y lumbares, caída de presión arterial. La muerte sobrevino del segundo al cuarto día en 19 casos; del 5 al 8 en 9 casos; del 9 al 12 en 12 casos; del 14 al 19 en 4 casos.

El tratamiento consiste en una nueva transfusión desde el principio de los accidentes para disminuir la intoxicación y salvar el espasmo renal.

El suero y la adrenalina no sirven de nada; lo mismo la de-capsulación.

Tratamiento de las quemaduras por el verde brillante

Koritkin Novikow de Odesa en Zentralblatt fur Chirurgie preconiza el tratamiento siguiente: limpieza inmediata, untar sobre toda la superficie de la quemada una solución acuosa al 1 % de Verde Brillante; después de 3 a 5 días cambiar ésta por una solución alcohólica al mismo título. Ningún apósito: el enfermo se coloca en su cama cubierto de una gaza sostenida por barillas para impedir el contacto con la piel, perol estéril.

En 215 quemaduras, 139 de segundo grado, 76 de tercero, sólo perdió 9 enfermos; sean 4 %. La duración de estancia en cama no pasó de 15 días en 114 casos; de 15 a 30 en 55 casos y pasó de un mes sólo en 46 casos.

Tetania post-operatoria

A. Lachmann de Aarhus en Hospitalstidende de 12 operados de bocio simple y 15 de bocio

exoftálmico en el servicio de Fabricius Moller del Hospital de Aarhus de enero de 1934 a septiembre de 1935 y 4 pacientes presentaron tetania postoperatoria 2 de cada serie y comprobó en ellas que la caída de la calcemia es constante después de las operaciones sobre el tiroides pero mayor aún en los casos de tetania, cuyos trastornos son más intensos cuando más es la reducción de la calcemia.

Aconseja contra los accidentes agudos las inyecciones de cloruro de calcio o de gluconato por vía endovenosa. Después continúa el tratamiento dando a tomar cloruro de calcio a altas dosis, hormona paratiroidea y vitamina D.

Mayor frecuencia y gravedad de las complicaciones pulmonares durante los meses de verano

Turco de Cásale Monferrato en II Policlínico refiere la observación de 12 casos de complicación pulmonar post-operatoria con 6 muertes en 600 operaciones en verano de 1932. Reduciendo la actividad operatoria a lo indispensable durante los 2 meses de mayor calor tuvo sólo dos complicaciones y una muerte.

Acusa el hecho a que los enfermos se descubren cuando están en plena transpiración.

Evolución del riñón después de extracción de cálculos del riñón, pelvis o uréter

Marión en Journal d'Urologie se refiere a los peligros que amenazan a los enfermos después de la extracción de cálculos del riñón, de la pelvis o del uréter: Pionefrosis por vaciamiento incompleto del riñón que conduce a la nefrectomía; Esclerosis del riñón, por infección atenuada, atrofia, deforma y da a los cálices y pelvis formas atípicas; los enfermos sufren y requieren la nefrectomía; obstrucción del uréter en el sitio donde el cálculo se detuvo que provoca atrofia del riñón con fenómenos dolorosos que conducen también a la nefrectomía.

La transfusión sanguínea como procedimiento terapéutico de las insuficiencias renales quirúrgicas Hans Musgnug de

Heidelberg en Der Chirurg refiere que después de sus experiencias de transfusión sobre perros nefrectomizados ha hecho practicar transfusiones en 200 casos de insuficiencia renal infecciosa o espasmódica. Verificó la acción por la prueba de Volhard y dosificación de ázoe residual. La cantidad de sangre inyectada no pasó de 300 gramos y los accidentes temidos no se presentaron en los trasfundidos. S. Paredes P.