

REVISTA QUIRÚRGICA

Hipo por hipocalcemia post-operatoria

V. Aubert y A. Raybaud de Marsella refieren en Bulletins et Memoires de la Societé de Ohi-rurgie de Marseille la siguiente observación: un operado por co-licistitis litiásica aguda muy grave presenta un hipo muy pe-noso la tarde misma del día de la operación; al principio intermi-tente, luego prolongado, se in-tensifica y se hace continuo al grado de dominar el penoso post-operatorio. El día 11, en vista del fracazo de toda terapéutica y for-mulando la hipótesis de una tetania se ordena hacer una cal-cemia; esta se encontró muy ba-ja y se inyectó gluconato de cali-ció por vía endovenosa curando el hipo definitivamente y co-mo por encanto.

La baja de la tensión arterial en el curso de la raquianestesia y su tratamiento

Philippides de Heidelberg en Der Chirurg afirma que la muer-te súbita en-el curso de la raqui-anestesia se debe, casi siempre ai colapso circulatorio secunda-rio a la anestesia de los filete: vaso-motores durante su trayec-to intra-dural.

La profilaxia de esa caída de tensión se obtiene por una inyec-ción endovenosa de 3 a 5 centi-gramos de Efetonina hecha en el momento de la anestesia, o me-jor aún por una mezcla de Efeto-nina-Fucodal-Escopolamina pre-roní.sada por Kirschener. El efec-to de esta inyección se aumenta

si se asocia una inyección intra-muscular de 1. c. c. de Veritol que pone al abrigo de las bajas tar-días de la tensión arterial,

Tratamiento de las Meridas infectadas por m & rea

Holtzmann de Lotór-g, en. The Lancet se ^{af} e/e 4f las próf *" dades bactericidas *f la urea-des cubiertas por Symmm^rs y Kn-k J T^f^ Robin3en en Es ~ tados VmdOü

Alaban la facilidad de obtener el producto en gran cantidad, le económico y estable. La herida Primero limpiada conveniente-mente con una solución concen-trada de urea se recubre después con cristales de lo mismo man-tenidos con un aposito imper-meable.

Han tratado 170 casos: absce-sos axilares inguinales, hemato-mas, quemaduras, afectadas úlceras vaneos-sas, forúnculos, flegmon de las vainas de la mano, etc.

La urea no produce dermatitis desodoriza las heridas, disuelve los fragmentos necróticos, favo-rece las granulaciones, no es to-xico, no destruye la barrera de leucocitos; ha obtenido éxitos donde otros medicamentos fra-cazaron y no tiene ninguna con-tra-indicación.

Un nuevo sipno para el diag-nóstico de Apenaicitis

Bona, de Suceava, Rumania en Zentralblatt fur Chirurgie dice que ha encontrado un nuevo sig-

no para el diagnóstico de la apendicitis que sirve para diferenciarla de las anexitis. Se acuesta el enfermo de manera que las caderas correspondan al borde de la mesa y los miembros inferiores cuelguen verticalmente; si en esa postura la presión sobre la fosa iliaca derecha despierta dolor, la apendicitis es cierta.

Si punto frénico izquierdo como medio de diagnóstico en los traumatismos del bazo

Saegesser de Berna en Zentralblatt für Chirurgie insiste sobre la significación del dolor provocado por la presión del nervio frénico izquierdo entre el esterno-cleido-mastoideo y el escafeño anterior en los traumatizados del abdomen para suponer una lesión del bazo. Lo ha encontrado en todos los traumatizados del bazo que ha observado en contraste con la indolencia del frénico derecho

Explica el fenómeno por el paso al tronco del frénico de ramas sensitivas que vienen de la cápsula esplénica.

El dolor se encuentra en 105 casos de ruptura completa o incompleta de hematoma subcapsular en desgarro de la cápsula

Saegesser piensa que el signo doloroso frénico izquierdo legitima la esplenectomía.

Un caso de lujación inveterada del hombro tratada por la infiltración peri-articular con recuperación funcional integral

R. Fontaine y P. Branzeu en Memoires de la Academia de Chi-

urgia presentan estos dos casos: un muchacho de 16 años con una fractura oblicua del olécrano con escasa separación de fragmentos, con 10 infiltraciones de novocaina y movilización activa inmediata cura con excelente resultado en 30 días.

Un hombre de 69 años con lujación del hombro con fractura parcelar de la glena datando de 3 meses, inmovilizada, crea vivos dolores sin poder ser reducida previa anestesia al éter. Infiltraciones de novocaina practicadas primero 3 veces por semana, después durante 3 meses, suprimieron los dolores y permitieron una recuperación excelente,

Tratamiento de la Neuralgia del Trijémino

Kirschener de Heidelberg en la Revista Médica indica, para evitar la resección del ganglio de

Gasser o la neurotomía retrogaseriana, una técnica de alcoholización del nervio a través del agujero oval reparado con la exactitud por medio de los ramos que establece así las relaciones con la línea media y con la línea que reúne los dos conductos auditivos externos. La relación establecida se puede seguir en todas direcciones el agujero oval evitando la punción ciega cuyos resultados son graves en manos sin experiencia. Se puede alcoholizar sea destruir por dia termo-coagulación.

En 500 casos tratados ha obtenido Kirschener 92 % de éxito. En 20 % el dolor reapareció dos a tres años después, curando con nueva coagulación.

*Estudios sobre la intubación de i
intestino delgado del hombre,
Método no quirúrgico de trata-
miento, de localización y de diag-
nóstico de la naturaleza de las
lesiones obstructivas*

3*^T. ■

W O. Abbott y Ch. G. Johnston de Filadelfia y Detroit respectivamente aconsejan en Surgery. Gynecology and Obstetrics el procedimiento siguiente: se toma un tubo de caucho de 3 a 4 metros de largo formado por dos tubos unidos, uno número 14 y el otro número 3; se les introduce por la nariz y saca por la boca; en la extremidad del tubo grueso se une una oliva duodenal y en la del pequeño un pequeño balón de caucho que pueda al Inflarse contener 50 c. c. de aire y se le hace tragar.

Quando la extremidad ha llegado al duodeno se hace una aspiración continua por el tubo grueso y se inyectan 30 c e . de aire en el delgado para inflar el balón. Cuando por la aspiración el intestino se ha vaciado de gases y líquidos se contrae y esa; contracciones empujan el balón hacia abajo del intestino que se vacía poco a poco por la aspiración continua. Así caminando llega hasta el obstáculo donde se detiene, entonces se inyecta caldo de bario y se ve en la pantalla

■El tubo camina con la velocidad de un centímetro por mi-

Para retirarlo se vacía el balón por aspiración y se extrae por tracción tomando 10 a 15 minutos.

La evacuación del contenido intestinal mejora el estado general del enfermo, el local y a menudo es suficiente para levantar la oclusión.

Empleado en 16 casos solo frac-

Los casos curados fueron oclusiones por cáncer, por adherencias y paralíticas. En 5 veces fue necesaria una operación por cáncer y brida,

Los fracasos se debieron a imposibilidad por el tubo de frangir el píloro.

Invaginación del estómago

E. Jensen en Norsk Magasir for Laegevidenskapen relata dos observaciones de invaginación del estómago: una en mujer de 46 años que sufría de dispepsia por muchos años. Cuando tenía 28 estuvo internada en un hospital dando se le diagnóstico ul-

cera del estomago. La radiografía mostró que un pólipo de la pequeña curvatura expulsado al duodeno a través del píloro arrastró la pared gástrica donde se insertaba formando una invaginación que fué comprobada a la gastrotomía.

El segundo caso un hombre de 65 años que sufría desde diez de trastornos digestivos. La radiografía mostró una invagina-

ción del estómago debida a tumor gástrico que llenaba la porción descendente y el principio de la horizontal,

S. PAREDES P.