

REVISTA QUIRÚRGICA

Sangría en la reacción post-operatoria de los Basedowianos

Lang de Koenisberg en Zentralblatt für Chirurgie se declara partidario de la sangría para combatir los accidentes tóxicos post-operatorios en los Basedowianos como cianosis, hipertensión, trastornos respiratorios. En un caso del autor una sangría de 150 gramos fue suficiente para detener inmediatamente una inquietante agitación aparecida al siguiente día de la operación.

La administración de yodo antes de la operación ha disminuido notablemente los accidentes post-operatorios.

Reumatismo agudo de forma abdominal observado en los Servicios de Cirugía

H. Støren de Ullevaal en Norsk Magazin for Laegevidenskaben refiere que cinco veces ha visto poner en servicios de cirugía enfermos cuyos dolores abdominales no eran sino el principio de un reumatismo agudo. Dos llegaron con diagnóstico de apendicitis aguda, uno con el de úlcera perforada del estómago, otro con el de cólico febril, el último con el vago de afección aguda del abdomen. En el primero una laparotomía mostró reacción serosa del peritoneo, al segundo día aparecieron dolores articulares francos.

Trasposición del Apéndice en la parte superior e izquierda del abdomen

Kaspar de Dortmund en Zentralblatt für Chirurgie expone esta observación: mujer de 66 años, quejándose desde hace años de sensación de plenitud en la región superior e izquierda del abdomen, acentuados en las últimas semanas acompañados de vómitos, adelgazamiento y constipación; a la palpación se percibe un tumor móvil, blando, doloroso a la presión bajo el borde costal en la línea mamilar. La radiografía muestra con lavado opaco claramente la entrada del bario al colon descendente, transversal hasta el ángulo derecho, después una aza primero ascendente cruza el transversal en su tercio derecho y corre en seguida paralelo y subyacente a él hasta el ángulo cólico izquierdo y por último al ciego distendido por gases y correspondiente al punto doloroso.

Una laparotomía comprueba el examen radiológico: colon anormalmente largo y extendido de derecha a izquierda; ciego sin ninguna adherencia fijado en una especie de nido formado por el ángulo cólico izquierdo y repliegues peritoneales; apéndice normal. Se hace un desprendimiento del colon, extirpación del apéndice, plicadura del colon ascendente y fijación del ciego a la fosa ilíaca derecha. La paciente cura.

Explicación: falta de coales-

ciencia del colon derecho y persistencia de un mesenterio común.

Tratamiento operatorio de la incontinencia de orina en la mujer

A Manujilow de Omsk en Zeitschrift für Urologische Chirurgie propone un procedimiento operatorio simple que le ha dado buenos y durables resultados en la incontinencia de orina en las mujeres.

Después de asepsia de la vulva practica con un bisturí a dos centímetros del meato cuatro incisiones en la mucosa vulvar, una preuretral, una retrouretral y dos laterouretrales; se introduce la punta del bisturí 2 a 2 y medio centímetros hasta alcanzar el esfínter interno; una aguja muy curba cargada con seda o catgut penetra por la incisión superior, carga profundamente el esfínter y sale por la incisión lateral derecha; entra de nuevo y vuelve a tomar el esfínter saliendo por la incisión inferior donde entra otra vez para salir por la incisión izquierda; entra allí y sale por último por la superior con el primer cabo del hilo; se introduce en la uretra una sonda de Nelaton y sobre ella se anuda y aprieta; se suturan las incisiones, la sonda es retirada al octavo día; practicada esta operación por el autor ocho veces obtuvo éxito en las ocho.

Las consecuencias de la colecistectomía

Dominici de Verona en Giornale medico dell'Alto Adige dice que en sesenta operaciones

el 70 % presentaban trastornos; más o menos serios sin impedirles su vida social. Se trataba de trastornos digestivos y dolores del hipocondrio derecho. Más sujetos a esos fenómenos; los gordos y nerviosos. Influencia marcada tiene indudablemente la calidad de alimentación. Los observados entre 5-y 1 años no tuvieron nunca necesidad de ser reintervenidos.

Resultados inmediatos y tardíos del tratamiento operatorio de la litiasis biliar

Finsterer de Viena en Wiener klinische Wochenschrift publica su estadística. Resultados inmediatos:

I.—Litiasis vesicular: fecha de la operación-intervención, precoz en jóvenes, antes de cuarenta años y después de 40 años; distinguir la intervención precoz al principio de los accidentes y la retardada; en los jóvenes la operación retardada en frío es excelente (en 136 casos 2 muertes sin relación con la operación). La operación precoz desde el principio de los accidentes magnífica (en 39 casos con accidentes febriles ningún muerto). El porcentaje de mortalidad aumenta de los 40 años en adelante: en frío da entre 40 y 60 años 3.4 %; después de 60, 2.7 %; en caliente y al principio de los accidentes el porcentaje e pasa de 0 % antes de los 40 a 9 % después.

El autor opina por la operación precoz en caliente dentro de las primeras 24 horas, aun en viejos por el peligro de las perforaciones por gangrena.

En 125 operaciones el resul-

tado fue 46 en las primeras 24 horas un muerto o sea 2.1; 79 en frío mortalidad 6.9 %. El peligro de peritonitis que hace retardar la intervención no debe contarse a condición de proteger bien el campo operatorio.

Tipo de operación: si se encuentra un absceso perivesicular antes de abrir la gran cavidad, incóndirlo, abrir y drenar la vesícula previa extracción de cálculos. Si el absceso se encuentra después de abertura de la cavidad, quitar la vesícula. Finsterer prefiere la colecistectomía: en 125 casos hizo colecistostomía en 7 con 3 muertos y colecistectomía en 118 con 3 muertos. En 6 casos de peritonitis por perforación murieron 2. En 5 operados con complicación pancreática 5 muertos (**ne-crosis**). En estos últimos casos le parece una colecistectomía o coledocotomía que baja la mortalidad de 86 a 28 %; colecistectomía en plena infección séptica dio al autor 4 muertes en 4 operados. En resumen, intervenir precozmente.

II.—Obstrucción calculosa del colédoco. Los cirujanos prefieren operar inmediatamente, los médicos son partidarios de esperar 5 a 6 semanas con la esperanza de que el cálculo será expulsado. Recuerda el autor los falsos cálculos del colédoco: él ha visto 10 casos que eran del cístico y comprimían la vía principal. Recomienda la operación precoz después de 1 a 2 semanas de ictericia. Si se espera más pueden sobrevenir la alteración del hígado, infección ascendente, hemorragias colémicas, etc. Su estadística da:

10 % sobre 99 operados. Esa disminución de mortalidad se debe a la supresión de narcosis al éter sustituida **por** local o esplánica; al empleo de la colédoco-duodenostomía (drenaje externo 22.2 % de mortalidad, drenaje interno 7.8 %); a la irradiación pre-operatoria del bazo, a la transfusión sanguínea.

Resultados tardíos: Colocistectomía en caliente 70 operados con 91.4 % sin dolores después de 4 a 20 años; 5.7 % con pequeños dolores pasajeros; 2.8 % fracasos.

Colecistectomía en frío: 178 operados, 79 % sin dolores después de 4 a 22 años; 6.7 % con pequeños dolores; 13.5 % fracasos.

Colecistectomía por colecistitis no calculosa: 34 operados con 17.6 % de fracasos.

Obstrucción calculosa del colédoco: después de drenaje del hepático, 13 no curados, de los cuales 3 **muertos** -

Después de colédoco-duodenostomía: 42 casos o sea **88.1** % curados; 3 con pequeños dolores pasajeros; 2 fracasos.

La coledoco-duodenostomía ha sido severamente combatida por la infección ascendente, pero el autor la defiende con pruebas radiológicas experimentales.

La estadística del tratamiento médico de Mozkowicz (89 casos) y de Jaguttis (114 casos) dan curaciones durables 40 a 50 % y una mortalidad de 16 a 25 % por complicaciones. En el joven, en frío y al principio el tratamiento quirúrgico es superior.

S. Paredes F.