

nos sentimos poco inclinados a aceptar la supuesta superioridad de los laboratorios centrales sobre los laboratorios clínicos múltiples.

Muy al contrario, anhelamos que día tras día vaya creciendo el número de los laboratorios de investigación clínica y con ellos el de las personas aficionadas a esta clase de trabajos. Hoy por hoy, nadie nos hará rectificar el convencimiento que tenemos de que, p. e., el estudio analítico de un determinado síntoma verificado por cinco investigadores en cien enfermos diferentes, sea menos rico en conclusiones que el mismo estudio llevado a cabo por un solo investigador sobre el mismo número de enfermos. No creemos necesario entretenernos en dejar bien establecido que todas estas consideraciones las hacemos a base de suponer que las personas encargadas de la investigación deben poseer una misma preparación técnica e idéntica competencia dentro de su oficio.

L. CERVERA.

REVISTA DE REVISTAS

Cirugía

Como evitar los fracasos de la apendicectomía en la apendicitis crónica. SOLDEVILLA.

Comenta el autor el abuso de la apendicectomía, inútilmente practicada en multitud de afecciones que presentan un síndrome parecido al de la apendicitis crónica, y dependen en realidad de lesiones de órganos diversos (colon derecho, terminación del íleo, vesícula biliar, píloro, duodeno, aparato urinario, anejos derechos).

"El miedo apendicular y el enganoso signo de Mc. BURNEY, han decidido durante muchos años esta intervención en personas que no tenían necesidad de ser operadas o requerían otra operación más extensa".

Si el síndrome de apendicitis crónica se presenta con posterioridad a uno o varios ataques de apendicitis aguda clásica el diagnóstico es fácil; cuando no ocurre así el problema es complejo por ser varios los procesos que la pueden simular.

Singularmente el éxtasis intestinal crónico presenta una sintomatología muy semejante a la de la apendicitis crónica: dolores en la fosa ilíaca derecha, cólicos, meteorismo localizado, estreñimiento alternando con diarrea, dolorimiento en las proximidades del punto de Mc. BURNEY, etc. A veces va acompañado incluso de lesiones apendiculares sin que a pesar de ello una intervención sobre el apéndice, resuelva completamente el cuadro morboso.

Ante un sujeto con síntomas de apendicitis crónica precisa dilucidar, pues, si se trata de una falsa apendicitis simulada por cualquiera de las reacciones de otros órganos o bien de un proceso apendicular evidente, y en este caso si se halla asociado o no a lesiones de otros órganos.

De todos los métodos de exploración, el *examen radioscópico* es el que proporciona datos más exactos.

Dada la variable situación del apéndice en los distintos sujetos no es posible dar actualmente un valor absoluto al síntoma dolor local a la presión en los puntos clásicos de la apendicitis (Mc. BURNEY, LANZ, MORRIS). Estos mismos puntos pueden mostrarse dolorosos siempre que exista espasmo del esfínter ileo-cecal, que puede ser determinado no sólo por la apendicitis si que también por muchos procesos de otros órganos.

El examen radioscópico es el único que permite con toda seguridad la palpación del apéndice bajo el control de la vista, siendo a este respecto superior a la radiografía, de valor más limitado.

Este examen nos revelará el estado anatómico de los diversos segmentos del intestino, situación, dimensiones, forma, movilidad.

Normalmente, el apéndice no es doloroso a la presión. Su sombra cuando es visible es uniforme y recorrible bajo nuestros dedos.

Cuando ha sido objeto de inflamaciones repetidas, se producen en la luz apendicular estenosis más o menos acentuadas que dificultan el paso del bario haciendo imposible la visión del

órgano enfermo o dando imágenes descontinuas, biloculares, triloculares, cuando penetra la papilla en el interior del apéndice el retardo de su evacuación constituye un dato cierto de estenosis.

En las flogosis apendiculares se comprueba asimismo dolor a la palpación radioscópica y al movilizar al apéndice. Si el dolor sigue a los desplazamientos del ciego por los cambios de posición del enfermo hay que pensar igualmente en lesión apendicular. Lo mismo diremos de la fijeza ceco-apendicular debida a adherencias sobre todo si se trata de un hombre en que se puede excluir el origen genital.

La exploración radioscópica debe extenderse a otras regiones abdominales para estudiar los síntomas reflejos o extraapendiculares que pueden acompañarle.

Las reacciones gastro-duodenales, por ejemplo (reflejos secretorios o espasmódicos, lesiones inflamatorias alrededor del píloro o del duodeno por reacción del peritoneo vecino de los ganglios linfáticos, etc.) son frecuentes en el curso de la apendicitis crónica.

También el éstasis ileal, secundario al espasmo del esfínter ileo-cecal, es un signo radioscópico que nunca falta en la apendicitis crónica. En otras ocasiones depende de bridas o de acodaduras de origen inflamatorio, en la última porción del íleo.

Si el dolor apendicular no está bien limitado, extendiéndose a todo el ciego hay que pensar más bien en la tiftitis, acodamiento reductible o no del colon derecho, etc., que unas veces simulan una apendicitis que no existe y otras constituyen el origen de esta afección. (*Mundo Médico*, enero 1927.)

VANRELL.

El procedimiento de las asas metálicas trans-óseas para la contención de las ramas ascendentes en las fracturas del maxilar inferior. Su aplicación en un caso de fractura doble retro-dentaria de la mandíbula inferior. Ch. LENORMAND y M. DARCISSAC.

Apoyándose en el tratamiento por este proceder de un caso de fractura doble del maxilar inferior permite a los A.A. establecer la eficacia de esta técnica, asegurando una perfecta contención de las dos ramas ascendentes y una rápida consolidación gracias a la que han podido suprimir, dicen, el bloque intermaxilar a los 10 días, dejando a partir de esta fecha que se efectúe la consolidación *sin inmovilización de la mandíbula*.

Bien conocida es la dificultad de asegurar la contención del fragmento posterior en las fracturas retro-dentarias, del maxilar inferior particularmente cuando asienta a nivel del ángulo y con más razón todavía si ella es bilateral. Además la aplicación de una prótesis intra-bucal es mal soportada y entraña muchas veces una proyección más o menos acentuada de la rama ascendente fracturada que pueda dar lugar a una pseudoartrosis por defecto de coaptación de los fragmentos resultando, en último término, un trastorno funcional y estético de mayor o menor gravedad.

El tratamiento seguido en el caso que exponen los A.A. fué el siguiente:

En primer lugar, aplicación sobre los dientes que quedaron de una ligadura metálica fijando el fragmento anterior al incisivo central superior derecho. A los 5 días, bajo cloroanestesia y previa incisión de los tegumentos a lo largo del borde posterior de la mandíbula, se descubre el ángulo del maxilar y a nivel de él, a 3 m.m. del borde, se perforó el hueso y se colocó en el agujero practicado un hilo de bronce, uniendo sus extremidades para formar una asa metálica, suturando la piel con crines.

Al día siguiente, reunieron las dos asas metálicas por medio de una banda de tela resistente, por detrás de la nuca, permitiendo ejercer tracción anteroposterior de las ramas ascendentes, que podía aumentar cada día mediante la colocación debajo de ella de bolas de algodón.

A los 10 días quitaron el bloque intra-bucal y a los 20 las asas metálicas, pudiendo el herido abrir normalmente la boca sin desviación y conservando perfectamente los movimientos articulares.

Se trata pues de un proceder mixto quirúrgico y protésico de aplicación simple y de resultados francamente satisfactorios. (*La Presse Médicale*, 25 mayo 1927.)

SALARICH.

Empleo de la fascia para el refuerzo de los ligamentos articulares distendidos. BENNETT.

I. *Relajamiento de la articulación de la rodilla.*—Existe en los jóvenes atletas una forma de "rodilla relajada" que no impide las funciones ordinarias de la vida, pero no permite competir atléticamente.

Después de un traumatismo violento con torsión de la rodilla, el enfermo presenta impotencia funcional durante varias semanas.

La función se restablece satisfactoriamente, pero aparecen con frecuencia cada vez mayor, sensaciones de flojedad y relajamiento de la rodilla.

En este caso, la lesión anatómica es una distensión del ligamento cruzado anterior.

La operación con objeto de reforzar la porción interna de la cápsula consiste en: incisión vertical a 2 cm. por detrás del borde interno de la rótula; abertura de la articulación, examen de la cavidad articular y particularmente del menisco interno; sutura de la incisión capsular haciendo cabalgar uno sobre otro los dos labios y cerrando la cápsula en cuanto sea posible; sutura de los labios de la aponeurosis subyacente a la cápsula: así queda constituido una especie de ligamento que forma un saliente perceptible que parece persistir indefinidamente.

A esto añade el A. en sus últimas intervenciones para el mejor refuerzo de la cápsula, una banda de fascia lata.

Después de la operación se inmoviliza el miembro en un aparato ortopédico durante 4 a 6 semanas, someténdolo después a movilización progresiva. La operación la ha practicado el A. 8 veces: 6 con perfecto resultado; las otras 2 son demasiado recientes para juzgarlos.

II. *Luxación recidivante del hombro.*—La intervención que tiene por objeto reforzar la cápsula distendida se practica como sigue:

Incisión anterior partiendo del acromion siguiendo la dirección de las fibras del deltoides. Después de separar el tendón de la porción larga del bíceps, la parte anterior de la cápsula queda al descubierto. Se corta una lámina aponeurótica de fascia lata, que puesta en una aguja especial se coloca verticalmente de abajo a arriba en la cápsula; llegado al acromion se pasa en el periostio o en un agujero labrado en el hueso y vuelve a ranversarse.

Así queda constituido un ligamento sólido capaz de oponerse a un ulterior desplazamiento de la cabeza humeral.

Después de la operación, se inmoviliza el brazo durante 4 semanas, movilizándolo después progresivamente. El A. la ha practicado 4 veces con perfectos resultados. (*Archives of Surgery*, noviembre 1926).

SALARICH

Sobre un nuevo método de anastomosis gastro-duodenal post-gastroectómica en los casos de mesocolon corto. R. LERICHE.

Raramente, el mesocolon se reduce a un repliegue peritoneal solidamente fijado en la pared abdominal posterior repleto de vasos y sin ninguna zona libre avascular, que imposibiliten, si las necesidades terapéuticas lo exigen, la implantación de una gastro enterostomía, transmesocólica. Tales condiciones anatómicas de origen congénito, descritos por el autor en dos casos, le impidieron la ejecución de una anastomosis transmesocólica, como también ninguna anastomosis directa, duodenal, gástrica, tipo Billroth I o tipo Kocher por la extensa resección gástrica practicada.

En estos casos, en los que parece imponerse la anastomosis yeyunal precólica, el A. propone la implantación de la tercera porción del duodeno comprendida entre la arteria mesentérica superior y el Angulo duodeno yeyunal con la cara posterior del estómago y obtiene resultados funcionales excelentes comprobados radiográficamente. Estos hechos demuestran la posible ejecución de la anastomosis del estómago con la tercera porción del duodeno en los casos en los cuales la anastomosis gastro-yeyunal no pueda verificarse.

Parecidas disposiciones anatómicas describe GREGOIRE en su Anatomía Médico Quirúrgica del Abdomen y MATHEUS cita cuatro casos de mesocolón corto en los que practicó una anastomosis precólica con yeyuno-yeyunostomía.

El A. que ha sido quizá el primero en practicar la anastomosis yuxta-vateriana o preangular, la considera superior en todos sus puntos de vista a la anastomosis precólica. (*Lyon Chirurgicale*, t. XXIV, 1927).

SALARICH

Ginecología

Miomectomía, hysterectomía y radioterapia de los fibromas del Utero. JAMES C. MASSON.

Trabajo bien documentado del que deduce el A. las normas de conducta terapéutica siguientes:

El tratamiento quirúrgico de los fibromas se halla indicado sobre todo en enfermas de menos de 40 años; en la mayor parte de los casos caracterizados por dolores e irritabilidad vesical; en todos aquellos en que el diámetro del tumor sea superior a 15 cms., cuando se trate de una tumoración pediculada o submucosa a compañía de fenómenos hemorrágicos o inflamatorios y en general en todos los casos de diagnóstico dudoso y en aquellos en que una complicación fortuita haga precisa la laparotomía.

La operación de elección en enfermas jóvenes, menores de 40 años es la miomectomía. Si se trata de un polipo intrauterino que asoma en el orificio del cuello, se practicará la miomectomía por vía vaginal.

La hysterectomía abdominal subtotal queda reservada para aquellos casos en los que sea preciso reseca en su totalidad el cuerpo uterino a condición de que el cuello se halle íntegro y la enferma sea menor de 40 años.

Son tributarios de la hysterectomía abdominal total aquellos casos de generalización fibromatosa con cuello en mal estado y aquellos otros en los que los conmemorativos y el examen de la lesión permite suponer una degeneración maligna del fibroma o del útero.

La radioterapia tiene sobre todo especiales indicaciones en enfermas mayores de 40 años que presenten una masa neoplásica de un diámetro inferior a 15 cms., en los casos de fibromatosis generalizada o de hemorragia uterina esencial y como excepción en enfermas jóvenes que rehusan la intervención y en todas aquellas para las cuales el tratamiento quirúrgico presenta riesgos considerables.

VANRELL.

Obstetricia

Variaciones del contenido de calcio en el suero sanguíneo durante el embarazo, el parto y el puerperio. A. BOCK.

El estudio sistemático de la tasa del calcio en el suero sanguíneo practicado en cien casos por el método de Kramer-Tisdall ha dado los siguientes resultados: en la primera mitad del embarazo la proporción de calcio es análoga al de la mujer no grávida oscilando alrededor de 9'60 miligramos por cien. Hacia el fin del embarazo disminuye ligeramente la riqueza del calcio con un promedio de 9'16 mgrs. por cien. Durante el parto vuelve a ascender siendo mayor en el período de dilatación (9'52 mgms. %) que en período expulsivo (9'38 mgms. %). Se advierte en el post-partum un nuevo descenso bastante acusado (9'23 mgms. %) para volver a la normalidad hacia el final de la primera semana; no hay diferencias entre las puerperas que presentan o no presentan hemorragias. La intoxicación gravídica hace descender el contenido de calcio a valores muy bajos (8'73 mgms. %) sin que por ello se presente la eclampsia.

Probablemente la disminución del calcio de la sangre a fines del embarazo y durante el parto y el puerperio no obedece al empobrecimiento del organismo en sales calcáreas sino más bien a modificaciones de su repartición en el mismo por desplazamiento de electrolitos. (*Klinische Wochenschrift*, 1927, número 23).

VANRELL.