

CRÓNICAXLII Congreso de la Asociación  
Francesa de Cirugía

El XVII Congreso de Cirugía fué inaugurado el 9 de octubre bajo la presidencia del Profesor Leriche y con la asistencia del Decano y Profesores de la Facultad de París, de muchos Profesores de provincias, de los jefes del servicio de Sanidad Militar y de gran número de cirujanos extranjeros, entre los cuales recordamos los Profesores Alessandri, Donati, Ufreducci, Giordano, De Quervain, Corachán, Mayer, Snapper, Domínguez, etc. En su discurso, el Profesor Leriche dedicó sentidas frases a la memoria de su maestro Antonin Poncet, demostrando la gran influencia que ha ejercido sobre la actual cirugía de la que en muchos puntos fué el precursor. Con bella oratoria y gran elevación filosófica traza a grandes rasgos el Profesor Leriche su concepción de la moderna cirugía, de sus métodos de trabajo y de sus investigaciones cada vez más fisiológicas. A continuación el Profesor Gregoire expone los trabajos realizados durante el año y anuncia la reintegración entre los miembros del Congreso de los cirujanos austro-alemanes.

Los temas puestos a estudio en este Congreso fueron: "*Cirugía de las paratiroides*", "*Tratamiento inmediato de las fracturas de la base del cráneo*", "*Tratamiento de las grandes hemorragias gastroduodenales de origen ulceroso*".

*Cirugía de las paratiroides.*—Ponentes, doctor Welti y doctor Jung. Comienza el trabajo con un estudio completísimo de la anatomía de las paratiroides y de la técnica de extirpación de las mismas, del que deduce las siguientes conclusiones: A pesar de la gran diversidad de topografía que presentan y gracias a su simetría, se puede, operado un lado, contar con una situación idéntica en el otro. Generalmente son de fácil reconocimiento por sus caracteres; cuando no es así, sólo el control histológico nos sacará de dudas. En las tiroidectomías hay que respetar la arteria, dejando si es preciso una porción de tiroides para evitar la necrosis de las paratiroides. No hay que contar con las paratiroides internas y aberrantes para evitar la tetania. Expone a continuación Welti el procedimiento para dosificar la calcemia y los datos que puede darnos, y entra en el estudio del hipoparatiroidismo, especialmente postoperatorio, ya que el espontáneo no tiene para el cirujano más que muy poco interés.

*Estudio anátomo-clínico.*—La técnica perfeccionada ha hecho disminuir en gran manera los casos operatorios de tetania; pero, sin embargo, aun se dan muchas formas frustradas de la misma, que después de una larga latencia pueden ocasionar acci-

dentes mortales inclusive, predisponiendo a ello las intervenciones laboriosas, bilaterales, así como el terreno y la clase de bocio. Haciendo un repaso a las teorías patogénicas expuestas, el autor cree que la hipocalcemia es la manifestación biológica del hipoparatiroidismo, pero que parece ser más bien un efecto que una causa de la tetania. La cantidad de calcio siempre está baja, tanto en las formas agudas como en las crónicas; la cantidad de calcio baja a 8, 6 y hasta 5 mlg., pudiéndose por ella seguir la eficacia del tratamiento. Clínicamente hay que distinguir dos formas: una aguda, y otra crónica, cuyos síntomas describe el autor con todo detalle.

*Terapéutica. Tratamiento médico.* — En la tetania aguda deben darse sales de calcio a fuertes dosis e inyecciones a dosis fragmentadas de una hormona: la parathormona de Collip; los extractos de tiroides mejoran también al enfermo; suero, pequeñas transfusiones, gardenal y todos los calmantes. En la tetania crónica: opoterapia a pequeñas dosis largo tiempo, vitamina D. y helioterapia. En las formas leves puede prescindirse de dar la hormona, que se reserva para los casos graves.

*Injertos paratiroides.* — Describe los primeros intentos de Pool y Eiselsberg y los resultados interesantes de Berchers. La mejor estadística de Eiselsberg nos demuestra que sólo podemos obtener un mejoramiento temporal. La mejor técnica es la de obtener un homoinjerto colocándolo en la vaina del recto abdominal derecho.

*Profilaxia de la tetania.* — No lesionar la integridad de la cápsula posterior del tiroides; claridad de campo operatorio con una hemostasia perfecta. Estas precauciones deberán ser tenidas en cuenta sobre

todo en los basedowianos, tan propensos a la tetania.

Jung divide su trabajo sobre hiperparatiroidismo en dos partes: una experimental, la otra clínica. Divide la primera parte en tres capítulos: hiperparatiroidismo experimental. Estudios anatómicos y experimentales de las glándulas paratiroides y del adenoma paratiroideo. Datos anatómicos y fisiológicos de las operaciones paratiroides en casos de paratiroides aparentemente normales; efectos de la ablación de una o varias paratiroides; las resecciones arteriales; efectos comparados de paratiroidectomías y de resecciones arteriales. El autor resume estos tres capítulos de orden experimental diciendo: 1.º El hiperparatiroidismo experimental con inyecciones de extracto realiza un síndrome comparable bajo todos los puntos de vista bioquímico, anatómico y clínico con el síndrome de hiperparatiroidismo observado en el hombre. 2.º El adenoma paratiroideo es generalmente tóxico y es base del hiperparatiroidismo con osteítis fibrosa; esta regla tiene por excepción algunos adenomas benignos. La osteítis fibrosa puede existir sin adenoma y se da experimentalmente provocando trastornos del metabolismo del calcio. Estos trastornos se acompañan de una hipertrofia de las paratiroides.

Las relaciones anatómicas entre la osteítis fibro-quística y la osteomalacia han sido estudiadas. La osteomalacia, enfermedad por trastornos del metabolismo del calcio puede acompañarse de una hipertrofia de paratiroides con focos de crecimiento activo de la glándula y hasta con adenomas.

La teoría de Erdheim, que ve en el adenoma paratiroideo una reacción secundaria, está reafirmada con las actuales experimentaciones. Nos parece que ciertos trastornos metabólicos pueden producir reacciones en las paratiroides y éstas a su vez

pueden crear en el esqueleto lesiones de tipo malácico o fibroso.

3.º La ablación de una o de dos paratiroides en un sujeto con calcemia normal afecta poco o nada a su calcemia. La ablación de una o dos paratiroides en un hipercalcénimo hace bajar su calcemia a cifras normales. La resección de la parte terminal de la arteria tiroidea inferior actúa de la misma manera.

En la segunda parte de su trabajo, Jung estudia los diferentes síntomas de hiperparatiroidismo y llega a las conclusiones siguientes:

En la osteítis fibroquística de Recklinghausen está indicada con buenos resultados, la extirpación de las paratiroides.

En las artritis anquilosantes, en la osteomalacia, en ciertas enfermedades del callo óseo, en ciertas calcificaciones, en la esclerodermia, en ciertos trastornos circulatorios, la intervención merece ser estudiada y empleada.

En la enfermedad de Paget, la osteoporosis, los queloides, ciertas miopatías, el Basedow, la paratiroidectomía merece ser estudiada, pero las actuales observaciones no permiten ninguna conclusión.

Estudia por fin Jung las técnicas quirúrgicas adaptadas a cada caso.

En la osteítis fibrosa hay que buscar y extirpar el adenoma mediante una incisión transversal. En los demás casos con paratiroides generalmente de aspecto normal puede hacerse la incisión transversal o lateral. Debe extirparse un solo lado. Si no se está seguro de la extirpación, se efectúa la resección arterial. Si no se encuentra la glándula debe researse la porción terminal de la tiroidea inferior. En resumen, con la incisión transversal extirpar la paratiroidea de un lado y resear la arteria del lado opuesto; si la incisión es lateral, extirpar la supuesta paratiroides y añadir a ella una resección de la arteria del mismo lado.

Tomaron parte en la discusión de esta ponencia los doctores: Mandl, Donati, Snapper, Alessandri, Paolucci, Bérard, Moulonget-Doleris, May y Lievre, Mathieu y P. Weil, Ufreducci. Corachán, Weissenbach, Gatellier y Durupt, Albert, Billet y Dereux, Simon, Rocher, Villar y Vincent.

*El tratamiento inmediato de las fracturas de la base del cráneo.*—Son ponentes los Doctores Lenormand, Wertheimer y Patel, quienes consideran su trabajo como una síntesis de los numerosos hasta hoy publicados sobre este tema. Estudian el diagnóstico en dos etapas: reconocimiento de la fractura y exploración del sistema nervioso, especialmente las modificaciones de la tensión intracraneana por examen ocular y por la medida de la presión arterial y céfalo-raquídea. Hacen hincapié en el falso concepto de creer que una fractura de base de cráneo obliga inmediatamente a la extracción por punción de líquido céfalo-raquídeo.

Casos con terapéutica resuelta: 1.º Absorción completa en casos con temperatura de 40º, cianosis de labios y orejas y falta de reflejos córneo y pupilar.

2.º Medicación hipotónica, en casos en los que en las primeras horas o a los varios días después de extracciones intempestivas de líquido céfalo-raquídeo, encontramos una presión igual o inferior a 10 sin que exista bloqueo.

3.º Se intervendrá quirúrgicamente si después de un intervalo libre de variable duración aparecen signos de localización o bien si los síntomas observados en el coma se acentúan.

Expone a continuación los casos en que debe razonarse el tratamiento, generalmente cuando el cirujano es llamado en el primer momento a ver al paciente.

Hay ciertos casos en que la sintomatología sugiere una relativa benignidad en los

que una medicación hipotónica con punciones raquídeas controladas puede ser una terapéutica suficiente.

Ciertos casos graves, que exigen una tenaz exploración en los que sólo la punción ventricular nos da datos precisos; por fin casos en que se da una agravación secundaria. De su experiencia deducen que el éxito de toda intervención depende en cierta manera de la manera de llevarla a cabo; pero hay que tener presente que la aparición de accidentes secundarios ensombrece el éxito operatorio; accidentes de suma gravedad, de génesis imprecisa, pero que debemos intentar eliminar. Tomaron parte en la discusión los Dres.: Henschen, Lhermitte, Delageniere, Martel, Ody, Dziembovski.

*El tratamiento quirúrgico de las grandes hemorragias gastroduodenales, de origen ulceroso:*

1.º El cirujano debe recordar que las hemorragias debidas a ulcus son sólo la mitad de las que se dan en el estómago y duodeno, en los servicios médicos; en los quirúrgicos de 10 enfermos, 8 son ulcerosos.

2.º Es imposible encontrar signos ciertos de laboratorio que nos den un pronóstico de la evolución de la hemorragia, siendo la única orientación la repetición de la misma en cuanto a su gravedad y a la necesidad de una intervención.

3.º Las úlceras angio-terebrantes abriendo un vaso extrínseco deben ser objeto de

tratamiento quirúrgico practicando la hemostasia del vaso sangrante. Las hemorragias úlcero-mucosas agudas por pérdida de substancia superficial son capaces de hemostasia espontánea eficaz; la indicación operatoria es, pues, sólo eventual.

4.º Esta división anatómica es incierta en la clínica, lo que nos hace buscar soluciones eclécticas, orientándolas a las indicaciones ya expuestas en todo lo posible; en general acudiremos al tratamiento quirúrgico cuando los procedimientos médicos hayan fracasado.

5.º Hay casos en que la decisión se simplifica: Hay que intervenir los casos con hemorragia coincidiendo con perforación; por el contrario requieren tratamiento médico las hemorragias febriles, las que se dan en enfermos obesos o afectos de taras que afecten todo el organismo.

6.º Debe irse a la intervención empleando siempre que sea posible anestesia loco-regional y practicando siempre que sea preciso una transfusión.

7.º La intervención a elegir debe ser la gastrectomía o la gastroduodenectomía, según la localización del ulcus, no pudiendo ser en estas intervenciones el cirujano sistemático y requiriendo a la par un gran sentido clínico y una competencia técnica reconocida. Tomaron parte en la discusión, entre otros, los Dres.: Wilkie, Donati, Alessandri, Mayer, Tixier, Podlaha, Sorrel y Jung, Fredet, Pauchet, etc.

J. SALARICH