

CONFERENCIAS Y RESUMEN DE REVISTAS

TRABAJOS ANALIZADOS

W. U. BELYAEFF y P. H. POSTNIKOFF.
— **Tratamiento de las quemaduras por el método "al descubierto".**
— *Vestnik Chirurguu. (Anales de Cirugía).*
Tomo 34, n.º 100. Págs. 92-106. Leningrado.

Este tratamiento no es nuevo puesto que, según los mismos autores, existía ya en el siglo XVI para las heridas en general. Cayó en desuso, tuvo partidarios durante la Guerra Europea y después, un buen número de cirujanos lo han aplicado en las quemaduras.

Recorriendo las numerosas variantes del tratamiento, los autores se detienen particularmente sobre la de Povolotzky, que han adoptado. En el espacio de seis años han podido seguir 325 enfermos muy variables en cuanto a la gravedad de las quemaduras y su extensión. La mayoría eran de fecha muy reciente, de algunas horas a un día después del accidente; las más viejas de tres a cinco días.

La mayor parte de los enfermos eran mujeres de 20 a 30 años de edad, pero se encuentran todas las edades, de 2 y medio a 90 años. En lo que se refiere a las causas del accidente, la quemadura por agua hirviendo es la más frecuente; en seguida vienen las explosiones de lámparas y estufas de gasolina o petróleo, productos químicos y contacto inmediato con el fuego.

Estos 325 enfermos se dividen en tres

grupos: 1.º Grupo de 92 casos de quemaduras muy extensas comprendiendo los tres grados, con manifestaciones muy graves de choc traumático y de profunda intoxicación (duración del tratamiento 72 días). Grupo de 183 casos de quemaduras de 2.º y primer grado, aun cuando bastante extensas, pero con manifestaciones pasajeras y fugaces del choc traumático (duración del tratamiento 17 días). 3.º Grupo de 50 casos de quemaduras ligeras del 1.º al 2.º grado (duración del tratamiento 4 días).

He aquí en lo que consiste este tratamiento "al descubierto". Se comienza por quitar las escaras y flicteras, pero muy ligeramente, sin traumatizar la herida. La piel de alrededor se limpia todos los días cuidadosamente con alcohol y se embadurna de vaselina u otra pomada neutra. Después de lo cual el lesionado se acuesta en un lecho sobre una sábana, cubierto por una especie de canastilla y una cortina de cama. Los autores sólo han utilizado ropa estéril en los casos excepcionales. La temperatura ideal es de 22 a 24 grados y la da una lámpara eléctrica suspendida de la parte superior de la canastilla. En verano, para evitar las moscas, se protegen las ventanas por una alambra apropiada.

Dos o tres días después de la llegada del herido, cuando los fenómenos de choc traumático están atenuados, el enfermo recibe un baño general diario, después de lo cual se quitan las escaras en la medida de lo posible sin dejar de vigilar la piel sana alrededor de la herida, y tratarla como más arriba indicamos. No se empleará ningún

polvo o líquido desinfectante, salvo cuando haya exudados demasiado abundantes. Para evitar las cicatrices viciosas, se fijarán, desde el comienzo, los miembros en aducción y los dedos ligeramente separados. Para acelerar la cicatrización, se recurrió en siete casos a la lámpara de cuarzo, tres semanas después del accidente en sesiones de uno a tres minutos. En otros nueve casos se hizo injerto epidérmico de Thiersch o de Reverdin Davis de uno a tres meses después del accidente, cuando la herida tenía un buen aspecto granuloso rojo vivo.

244 lesionados han seguido este tratamiento íntegramente, 53 casos con curas (vaselina permanganato), y 28 sometidos al tratamiento mixto. Sólo ha habido 42 muertes, o sea un 14'8 por 100.

Evidentemente, hay algunas contraindicaciones, como quemaduras graves con grandes vasos al descubierto, o quemaduras muy pequeñas no precisando la estancia en el hospital, o en algunos lesionados turbulentos o niños, así como durante el transporte. Pero, tomado en sus grandes líneas, el tratamiento de las quemaduras "al descubierto" tiene grandes ventajas. Los fenómenos de intoxicación son sensiblemente menos violentos que en el tratamiento con apósitos que contribuyen a la absorción de productos tóxicos. 2.º Las quemaduras graves están infinitamente mejor, no aprisionadas por los apósitos de algodón. 3.º Las grandes superficies quemadas tienen el máximo de reposo no siendo traumatizadas por las tan penosas curas diarias. 4.º La luz y el aire se oponen en cierta medida a la multiplicación de los microorganismos. 5.º Se asiste a la necrosis seca y no húmeda. 6.º La caída de escaras se hace mucho más rápidamente. 7.º La regeneración de los tejidos comienza mucho más pronto y da cicatrices perfectas, mientras que las curas, brutalizan constantemente la superficie granulosa, retardando o impidiendo la cicatrización. 8.º La misma simplicidad del tratamiento, que puede hacerse en cualquier sitio donde haya electricidad, sin tener los

gastos de los grandes apósitos tan costosos en los casos graves.

Además, al lado de este tratamiento externo, los enfermos están sometidos al tratamiento médico, muy enérgico según la gravedad de los casos.

DAUMERIE, BRUENS y WAUTERS. — **Choc renal y anuria, consecuencia de transfusión sanguínea.** — *Bruxelles Médical*. Año 15, n.º 12. Págs. 324-332.

Se trata de un hombre de 54 años, que padecía un cáncer de estómago y profundamente anemiado, que presenta, dos días después de una transfusión de sangre, signos de insuficiencia renal y de anuria, que determinaron la muerte a los cinco días.

Los autores recuerdan con esta ocasión los tres grupos de accidentes post-transfusionales: Mecánicos, debidos a la velocidad de la transfusión; humorales, anafilácticos, excepcionalmente mortales, y renales, en fin, graves y casi siempre mortales.

Estudian más detenidamente este último grupo. Los síntomas son variables. Tan pronto hay durante el curso de la transfusión arrebatos de calor, con sensación de ahogo, marcando una sensibilidad especial del sujeto, tan pronto el cuadro es, desde el principio, trágico con el tipo de "angor" o de edema agudo pulmonar. Se presenta un brote febril, hasta 40°, a los diez o quince minutos más tarde, que dura una hora y cesa bruscamente. Hasta el día siguiente no aparecen y se desarrollan, los signos de insuficiencia renal, siendo la anuria refractaria a todo tratamiento y regularmente mortal.

La etiología de los accidentes no está bien dilucidada. Se trata de incompatibilidad sanguínea para unos, para otros de manifestaciones de intolerancia, ya sea sérica, ya globular, debidos en la mayoría de los casos a un error en la determinación de los grupos sanguíneos. De ello se sigue que, para evitar estos accidentes, se deben

verificar los grupos antes de toda transfusión, utilizando de preferencia, según los autores, la reacción indirecta de Beth Vincent.

COT, JACOB, JOLY, BONNET y SARROSTE. — **Técnica de reanimación en las asfixias por accidente.** — *Boletín de la Academia de Medicina francesa.* Tomo 113. Págs. 109-115.

Este trabajo sobre la práctica de la reanimación aplicada a los asfixiados accidentales de París, es obra de los médicos del regimiento de zapadores-bomberos. Es muy importante, pues se refiere a 1770 casos. Los resultados obtenidos son notables, alcanzando los éxitos durante el primer año a un 70 por 100 total, con un 75 por 100 parcial para los asfixiados por CO y gas del alumbrado y 60 por 100 para los ahogados.

El método actualmente empleado es el siguiente: Maniobra de Schaefer para la respiración artificial e inhalación de carbógeno. El Schaefer, o apoyo ritmado sobre la extrema base del tórax, estando el sujeto en decúbito ventral sobre un plano duro, ha reemplazado completa y oficialmente el antiguo método de Sylvester. Puede practicarse a mano o gracias a un aparato imaginado por los autores. El carbógeno se administra con máscara.

Los autores recomiendan continuar el Schaefer hasta la aparición de los signos

ciertos de la muerte o hasta la reanudación de los movimientos respiratorios espontáneos, prolongando la inhalación del carbógeno hasta la reanudación de los movimientos respiratorios amplios y normales.

Han hecho un estudio comparado del método que preconizan con otros que han encontrado menos eficaces y que han abandonado.

GORIS. — **Esterilización y control de las sedas quirúrgicas.** — *Boletín de la Academia de Medicina Francesa.* Tomo 113. Págs. 97-100.

Operando sobre un gran número de muestras, el autor ha podido demostrar que la esterilización de las sedas quirúrgicas no es constantemente perfecta. Ha encontrado un 4 a 15 por 100, de las bobinas presentadas como estériles, que en realidad producían cultivos sobre un medio nutritivo.

Ha mejorado el procedimiento de esterilización y considera los mejores los procedimientos siguientes: Ya sea supresión del tapón de corcho que cierra el tubo que contiene la bobina de seda, pues este tapón, al impedir la circulación del vapor del autoclave, es un gran obstáculo para la esterilización. O bien creación del vacío en el autoclave antes de llegar el vapor a los 120° (duración una hora), ya sea esterilización por el vapor a 130° durante media hora.