

REVISTA DE PRENSA

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CON GANGRENA (Gangrenous Intestinal Obstruction)

Rallzstein C. E.; Marshall W. J. Freeark, R. J.
Surgery Gynecology and Obstetrics 6: 694-700, 1962.

En la patología digestiva se encuentra la obstrucción intestinal, la cual es posible controlar en sus primeras horas de evolución. La importancia que los autores del siguiente trabajo quieren destacar es el tratamiento de las complicaciones del shock. Se describen una serie de casos seleccionados en los cuales se presentó un cuadro muy aparatoso en cuanto a respuesta circulatoria se refiere al hacer una intervención quirúrgica para extirpar una porción que previamente había presentado un infarto. La operación se refiere a quitar el asa necrosada. Un paciente tuvo que ser operado durante una de estas respuestas circulatoria, como lo es el colapso. En el tratamiento de la intervención se le fueron administrando cantidades progresivas de sangre, plasma, así como también vasopresores para subir y mantener la presión arterial. Esta medicación se dio desde el preoperatorio hasta el postoperatorio. Se debe pensar que la aparente buena respuesta de la extirpación del factor tóxico (intestino gangrenado) puede en un momento dado llegar a restaurar completamente el volumen sanguíneo circulante, dando como resultado la remisión del estado de shock. La regulación de estas alteraciones se puede hacer por medio de la observación seria y cuidadosa del shock cuando acompaña a la gangrena del intestino y así establecer un tratamiento rápido (I. V.) lo mejor posible. La mortalidad en este tipo de enfermos está en relación con la edad, el grado del shock, el valor de biometría hemática y del hematocrito; así como la cantidad de intestino necrosado y resecaado.

VEINTICINCO AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DEL COLON Y RECTO.

(Twenty-five Years experience with surgical therapy of cancer
of the Colon and Rectum).

Yarlock H. J.; Lerman B.; Klein H. S. Lyons, S. A.; Kirschner A. P.
Diseases of the Colon and Rectum 4; 247-263, 1962.

El tratamiento del Cáncer del Colon y Recto tiene una serie de indicaciones precisas que hacen destacar lo sautores en el presente trabajo. Durante un período de 25 años se realizaron en el Hospital del Monte Sináí 1,887 operaciones. Todas estas fueron hechas en sujetos con cáncer en el intestino delgado. La mayor parte

de los enfermos privados, entre 5 y 24 años tuvo una supervivencia aproximadamente del 40%. El grupo de pacientes externos de 5-25 años logró una supervivencia del 30%. Tomando como criterio la localización anatómica de la lesión es posible concluir lo siguiente: La mayor supervivencia se encontró en sujetos con cáncer en la porción derecha del Colon (ascendente) y en el rectosigmoides. La escasa morbilidad y la alta proporción de mortalidad después de la resección de tumores sobre el lado izquierdo del Colon. Se puede atribuir en una buena parte a la descompresión proximal que es en forma de una colostomía tubular. Ninguno de los pacientes que lograron sobrevivir durante un tiempo prolongado desarrollaron neoplasias malignas en otros órganos de la economía. Esto puede representar básicamente un trastorno en una respuesta inmunológica. 22% de las piezas resecaadas presentaron además de las lesiones malignas, pólipos adenomatosos. Sin embargo un 7% de los pacientes evolucionaron en forma desfavorable hacia el carcinoma metacromático. A través de la amplia experiencia que da el haber tratado 1,887 casos, y con las observaciones derivadas de dicho estudio está justificado el empleo de la colectomía subtotal como tratamiento de elección en el Cáncer del Colon.

EMBOLECTOMÍA PULMONAR
(Pulmonary Embolectomy)

Edward H. Sharp.
Annals of Surgery 1; 1-4-1962.

El problema de las embolias pulmonares ya sean pequeñas o masivas es y ha sido siempre una complicación muy temida en los enfermos que tienen que estar durante un tiempo prolongado en cama. Esto también es válido para los enfermos operados. Se puede prevenir y en el mejor de los casos controlar el foco de embilígeno, pero cuando la embolia es masiva poco se puede hacer. Desde 1908 y basándose en los problemas antes citados se empezaron a elaborar procedimientos capaces de liberar la circulación pulmonar. En este artículo el autor hace una exposición de una técnica para la embolectomía pulmonar. Se presenta un caso en el cual la aparición de una embolia masiva pulmonar obligó a hacerse una intervención. Se trató de quitar el émbolo mediante una comunicación artificial cardiopulmonar. El diagnóstico se llevó a cabo antes de la operación. Esto se logró mediante una radiografía, la cual demostraba una obliteración muy marcada del pulmón del lado derecho. Posteriormente a la embolectomía se hizo una ligadura de la vena cava como profilaxis a nuevos émbolos. La recuperación del enfermo fue buena, sin que se volviera a presentar nuevos episodios embolígenos. Este tipo de intervenciones guarda escasos peligros para el paciente, sin embargo estos riesgos se aumentan cuando se piensa en la carga que es para el aparato circulatorio la introducción de una comunicación artificial cardiopulmonar. También se acentúa el riesgo operatorio, la inducción de la anestesia general. Tan pronto como sea posible la administración de una comunicación cardiopulmonar total debe hacerse. La presentación de este caso no es definitiva debido a la escasez de material, pero sin embargo abre nuevas rutas en la cirugía moderna.

FIBROSIS DEL HÍGADO EN LA TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA
(Liver Fibrosis in Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia)

Samuel Zelman.

Archives of Pathology 1: 66-72, 1962.

El autor del presente trabajo muestra un enfermo de 56 años de edad el cual fue autopsiado. Durante un período de 17 años sufrió con cierta frecuencia hemorragias recurrentes. Este sujeto tenía una enfermedad llamada Telangiectasia hemorrágica hereditaria. Los telangiectasias se presentaban en la mayoría de las vísceras. En muchas ocasiones aparecía en sitios de fibrosis. En el hígado fue donde el padecimiento estaba más acentado de modo que el proceso llegó a producir una gran fibrosis, la cual llegó a formar una forma de cirrosis. Esta forma de patología hepática ha sido descrita en un reducido número de casos de Telangiectasia hemorrágica hereditaria. Este tipo de cirrosis es diferente a otros tipos y fácilmente se distingue de ellos, si bien las otras formas pueden y de hecho existen independientemente de que el paciente tenga una enfermedad telangiectásica hemorrágica hereditaria. Las zonas aisladas de fibrosis se pueden extender para llegar a constituir una verdadera cirrosis. En otras ocasiones ya se han descrito algunas malformaciones poco frecuentes en el hígado. Entre las principales alteraciones descritas se incluye la peliosis hepática, la fibrosis biliar focal asociada a enfermedad fibroquística del riñón, fibrosis múltiple, metaplasia esclerosante mieloide, así como también las leusecias cuando han sido tratados previamente con quimioterápicos. La fibrosis insular del hígado se supone que se debe esencialmente a cambios morfológicos patológicos. No está clara la fisiopatología de estas alteraciones, se necesitan mayores aportes en la investigación que lleguen a aclarar estos problemas.

ENDOCARDITIS BACTERIANA EN ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL CORAZÓN
(Bacterial Endocarditis in Congenital Heart Disease)

Volger W. R.; Dorney E. P.

American Heart Journal 2; 198-206, 1962.

Entre las complicaciones de las cardiopatías congénitas está la endocarditis, la cual ha tenido un pronóstico muy grave. Su tratamiento y cuidados ha motivado este estudio. Se presentaron en este trabajo un grupo de 38 enfermos, los cuales desarrollaron en un cuadro de endocarditis bacteriana sobre una Cardiopatía congénita. Estos pacientes fueron seguidos y estudiados durante 13 años (1947-1960). Se encontró que el agente etiológico más importante y frecuente es el estafilococo. Durante el curso de la enfermedad se demostró que la fiebre es fiel acompañante del padecimiento, la esplenomegalia se presentó con un promedio de 79%. Los problemas embólicos se encontraron con gran frecuencia.

En la fisiopatogenia del padecimiento se pueden invocar los hechos siguientes: Aumento del gradiente de presiones en las cámaras cardíacas así como los defectos valvulares, ambos son factores predisponentes para la endocarditis bacteriana. En el

tratamiento de esta entidad nosológica se utilizan antibióticos unidos a reposo absoluto en cama. La penicilina y la estreptomina en dosis adecuadas (altas) se administran durante 3 a 4 semanas obteniéndose resultados muy halagadores. Sin embargo hay ocasiones en que se puede y/o debe agregar otro tipo de antibióticos. Haciendo un promedio de vida de acuerdo a este grupo y con la terapéutica indicada se puede obtener una sobrevivencia del 79%.

Sólo se murió un enfermo después de que fue dado de alta del servicio. Otros cuatro pacientes no fue posible seguir su evolución. El resto de los sujetos se consideró como curados después de un mes hasta 12 años después de su hospitalización. Como se puede ver aún en condiciones tan desfavorables es posible salvar la vida del enfermo siguiendo estas pautas de tratamiento.

FE DE ERRATAS:

En el trabajo Intitulado "Valoración de los métodos electrofisiológicos en el estudio de los agentes de bloqueo ganglionar" de F. Alonso de Florida Rev. Fac. Med. 4, Mayo 1962 p. 319, en el 70 renglón dice: la *especialidad*, debe decir: la *especificidad*.

N. de R.

En carta de fecha 19 de octubre de 1962, el Dr. Enrique Villela, nos hace la aclaración, que que el artículo "La educación humanística en la Facultad de Medicina", que apareció en la Revista de julio de 1962, Pág. 461, no es él, el autor.