

## Lo que el Médico no debe Hacer

### *Ciática.*

- NO os conforméis con ese diagnóstico en los casos rebeldes sin haber eliminado la idea de coxalgia, Mal de Pott, diabetes, tumor pélvico o medular, sífilis, compresiones, várices, intoxicaciones.
- NO confundáis la ciática con la claudicación intermitente; la falta de pulso pedioso, tibial y aun popliteo; el aumento progresivo del dolor con la marcha, sirven para establecer el diagnóstico de claudicación.
- NO olvidéis que la tenacidad de los dolores en la ciática y la aparición de parálisis sensitivas y motrices son generalmente debidas a compresiones.
- NO olvidéis que el estreñimiento puede ser causa de neuralgia ciática.
- NO confundáis la ciática con la coxalgia, error que se comete con mucha frecuencia.
- NO diagnosticuéis ciática esencial cuando haya irradiaciones dolorosas persistentes a los órganos génito rectales, a la región abdominal e inguinal y cuando haya trastornos esfinterianos.
- NO diagnosticuéis ciática esencial cuando aparezca antes de los 24 años.
- NO diagnosticuéis ciática esencial cuando esté acompañada de trastornos vaso motores, mal perforante plantar, edema de la pierna, parálisis motriz.
- NO olvidéis que la ciática deja frecuentemente como consecuencia la disminución del reflejo rotuliano, lo que puede inducir a hacer el diagnóstico de tabes.
- NO prescribáis la morfina sino con muchas precauciones; podéis hacer morfínomano a vuestro enfermo.
- NO inyectéis líquidos destructores en el trayecto del nervio; reservadlos para las neuralgias de los nervios exclusivamente sensitivos.
- NO hagáis masajes ni electricidad prolongada desde el principio.

### *Cirrosis.*

- NO olvidéis que el hígado de los cirróticos aun ya curados es deficiente y que en ellos el pronóstico de las enfermedades agudas es muy grave.
- NO hagáis pronóstico benigno en las cirrosis infecciosas en general, palúdicas y tuberculosas agudas; sólo las sífilíticas curan casi siempre y las tuberculosas crónicas, a veces.
- NO olvidéis que los cirróticos son casi siempre dispépticos y que a veces no soportan el régimen lácteo absoluto o les provoca grandes trastornos gástricos.
- NO abuséis del régimen lácteo absoluto en el periodo de estado de la cirrosis atrófica.
- NO abuséis de los feculentos en

- las cirrosis avanzadas, porque disminuye la eliminación de la urea.
- NO permitáis la ingestión de grandes cantidades de líquido en los cirróticos cuando haya ascitis y grandes edemas.
- NO permitáis a los cirróticos las grasas, los ácidos (salvo el cítrico) las legumbres, condimentos fuertes y carnes conservadas.
- NO impongáis un número de comidas uniforme a todos vuestros enfermos; estudiad a cada uno de ellos y marcadle un régimen personal.
- NO abuséis del calomel que a veces provoca estomatitis rebeldes.
- NO prescribáis opoterapia hepática si provoca diarrea o si ya existe.
- NO prescribáis salicilato de sodio si no estáis seguro de la integridad del filtro renal.
- NO dejéis de prescribir el reposo prolongado y aun absoluto, sobre todo cuando hay hiperactividad del hígado.
- NO empleéis ciegamente el arsenobenzol en las cirrosis, porque produce ictericia; preferid el mercurio, sobre todo por la vía bucal.
- Colecistitis.*
- NO olvidéis que una vesícula biliar puede descender hasta el ciego y que un apéndice movable puede subir hasta el sitio normal de la vesícula y que por consecuencia una apendicitis puede ser tomada por una colecistitis y viceversa.
- NO olvidéis que en lo general el borde externo del músculo recto anterior es el límite de las apendicitis y de las colecistitis; aquellas están casi siempre a la derecha y éstas a la izquierda de dicho borde.
- NO creáis que existe siempre que hay litiasis biliar; ésta puede existir sin que los cólicos aparezcan.
- NO diagnosticuéis cólico hepático siempre que exista dolor en el hipocondrio.
- NO esperéis la aparición de todos los síntomas para hacerlo.
- NO olvidéis que hay casos en que el dolor que provoca el cólico hepático es francamente epigástrico.
- NO diagnosticuéis cólico hepático cuando el dolor guarda relación estrecha con la ingestión de los alimentos.
- NO olvidéis que a partir de los cuarenta años aumenta la frecuencia del cólico hepático.
- NO confundáis el cólico hepático con la gastralgia simple, que se alivia rápida y transitoriamente con la ingestión de alimentos y provoca anorexia mental. El estado psíquico del enfermo, el examen de la vesícula y la ausencia de pigmentos biliares en la orina ayudan al diagnóstico.
- NO confundáis el cólico hepático con el nefrítico; el primero produce defensa mus-

- cular en el abdomen, el segundo en la región lumbar.
- NO déis gran importancia a los vómitos biliosos en el cólico hepático, porque ellos existen en muchos padecimientos abdominales y en el cólico aparecen tardíamente.
- NO consideréis como cólico hepático el que va inmediatamente seguido de expulsión de arenillas o cálculos, lo que se observa únicamente en la litiasis intestinal.
- NO creáis que la desaparición de los fenómenos agudos es señal de que el cálculo ha sido eliminado; el curso de la billis puede establecerse entre el cálculo y las paredes del colédoco.
- NO dejéis de observar la posición del enfermo; generalmente está inmóvil en el cólico nefrítico y se agita en el hepático.
- No hagáis pronóstico benigno si hay fiebre alta y prolongada.
- NO os fiéis de la remisión de la fiebre si el estado general no mejora.
- NO déis mucha importancia a la intensidad de la ictericia que puede ser muy fuerte en casos muy benignos.
- NO dejéis de auscultar el corazón durante el cólico hepático, que puede provocar un ataque de asístolia.
- NO os conforméis con el tratamiento del cólico; combatid la litiasis.
- NO prolonguéis indefinidamente el tratamiento médico si la ictericia persiste, si hay icte-
- ria con fiebre u otros síntomas de infección grave.
- NO Olvidéis que el tratamiento heroico del cólico es la morfina, pero no se la confiéis al enfermo ni la apliquéis cuando el cólico se acompaña de colapso cardiaco con pulso pequeño, frecuente e irregular, hipotensión arterial y amenaza de síncope.
- NO prescribáis morfina en los viejos litíasicos con lesiones esclerosas del riñón.
- NO déis analgésicos que generalmente resultan inútiles.
- NO déis purgantes durante el cólico.
- NO déis aceite de olivas en los casos antiguos ni cuando haya infección biliar ascendente.
- NO prescribáis ruibarbo porque contiene oxalato de cal y facilita la formación de los cálculos.
- NO prescribáis salicilato de sodio en los viejos, especialmente en las mujeres, con esclerosis renal.

#### *Cólico nefrítico.*

- NO atribuyáis a litiasis todo cólico nefrítico; el cáncer, la tuberculosis, el quiste hidatídico y sobre todo la hidronefrosis y el riñón flotante pueden producir dolores muy intensos.
- NO confundáis con el cólico hepático cuyas manifestaciones locales predominan en la parte superior y anterior del abdomen.
- NO olvidéis que los prostáticos retencionistas pueden pre-



sentar el cuadro de un cólico nefrítico que desaparece con el cateterismo vesical.

NO dejéis de pensar en el cálculo siempre que haya piuria y hematuria.

NO confundáis el cólico del cálculo con el de la hidronefrosis en el que el tumor palpable es muy grande y la descarga urinaria después del cólico es más abundante.

NO olvidéis la irradiación clásica del dolor al testículo o al gran labio en el cálculo.

NO creáis que el cálculo está siempre en el punto que indican los síntomas clínicos.

NO os conforméis al operar con explorar sólo en el lugar en donde habéis encontrado un cálculo; puede haberlos en otros puntos.

NO dejéis de aplicar el tratamiento médico y la disten-

sión de la vejiga en los casos benignos.

NO dejéis de operar aun en los casos que parezcan más desesperados.

NO retardéis la operación más de 5 días en la anuria benigna y más de 2 en las formas graves.

NO os empeñéis en sacar de su lóculo un riñón adherente; operad in situ.

NO reintroduzcáis en la cavidad un riñón supurado; marsupializadlo.

NO permitáis que el enfermo se levante sino después de dos días de pasado el cólico.

NO prescribáis los alcalinos en los enfermos debilitados, ni prolonguéis mucho su uso.

NO prescribáis la trementina en la litiasis alcalina.

*Ricardo D. ALDUVIN.*