

Máximas y Dogmas de Medicina y Cirugía

Por el Prof. H. MONDOR.

ABDOMEN FIBROMA DE LA PARED ABDOMINAL

A una mujer se le había dicho que tenía un fibroma uterino, que debía tratarse por laparotomía; a otra que tenía un ganglio retro-crural, tratable por la radioterapia y la permanencia en el campo; a otra, se le proponía la resección de una "exostosis." Y en las tres, que fueron tres jóvenes mujeres, se trataba de fibroma de la pared abdominal. La laparatomía, la permanencia en el campo y la resección ósea, trajeron muy malas consecuencias.

Estos fibromas en el espesor de la pared abdominal, en la mujer, de los treinta a los cuarenta años, situados en la pared anterolateral, son ovoides, duros; inmóviles, pero no ocultos —lo que es un signo esencial—, por la contracción de los músculos oblicuos. El tratamiento quirúrgico de estos tumores es fácil y radical.

EXTRANGULACION HERNIARIA

Dos peligros, igualmente temibles y casi igualmente apremiantes, la oclusión y la gangrena del

intestino, amenazan al que sufre una estrangulación hemiaria.

Cuanto más pequeña es la hernia estrangulada, más prontas, más brutales son las etapas de la estrangulación; más implacable la urgencia de intervenir.

Los signos físicos, tumefacción tensa, elástica, resistente, irreductible, dolorosa a la palpación, son suficientes para formular el diagnóstico y decidir la intervención inmedata. Los signos funcionales, vómitos a cada ingestión de líquido, cólicos intermitentes y difusos, y con mayor razón los signos generales, no deben esperarse jamás.

Al lado de la hernia voluminosas, con signos locales bien francos, existen las hernias, pequeñas, ocultas en la grasa, cuyas complicaciones mecánicas en el vientre son prontamente nefastas. Y es una regla bien antigua, que en presencia de una oclusión intestinal, se inspeccionen todos los orificios hemiarios y recordar siempre que, por ínfima que sea la tumefacción, es preciso descubrir la estrangulación que está pronta a esfacelarse.

El tratamiento quirúrgico debe ejecutarse sin retardo. Las consideraciones de lugar, las di-

un gran número de cánceres incipientes y un conjunto, que comienza a ser importante, de cánceres diagnosticados en estados de extrema limitación, operados

y comprobados histológicamente de una manera indudable.

Rene A. GUTMANN.
Del Mundo Médico.

ficultades de organización, el grado de las lesiones, no pueden hacer diferir una operación cuya urgencia no es comprendida por el público. Pero, no debe operar una hernia estrangulada, el que no sepa reparar bien, quirúrgicamente, una hernia simple, ni tratar debidamente un **intestino** gangrenado. Por lo demás, la curación se obtiene en el 90% de los casos.

En vez de la fórmula vieja: taxis forzada, prolongada, operación lenta, es preciso decir; taxis corta y prudente, operación rápida. ¡Cuántas veces se ve todavía, a consecuencia de esfuerzos volentos y prolongados de reducción, perforaciones intestinales, desgarraduras hemorrágicas del mesenterio, abertura en la cavidad abdominal de asas gangrenadas!

La coexistencia de una oclusión y **de** una hernia, a pesar de las apariencias, puede no constituir una estrangulación **hemia-****ria**. Oclusiones de causa intra-abdominal pueden, en efecto, distender hernias no encarceladas. Derrames bruscos de sangre

o de pus, procedentes de la gran cavidad peritoneal, pueden aumentar, también, y hacer doloroso y menos reductible el contenido de una hernia. Contra estas oclusiones nacidas en el interior del vientre, sea por peritonitis aguda o por inundaciones hemorrágicas, que se vuelven agentes de falsas estrangulaciones, la klotomía es una empresa quimérica de la **que debemos** huir", para practicar a tiempo la laparotomía necesaria.

ULCERA DE LA PEQUEÑA CURVADURA

Los médicos y los radiólogos son clínicos a quienes corresponde la asistencia de las úlceras gastro-duodenales. Los cirujanos, una vez de cada dos casos, pueden ser los terapeutas.

Los dolores epigástricos, que sobrevienen, algo tardíamente, unas dos horas después de las comidas; dolores vivos que sólo se calman con los alcalinos o con la ingestión de nuevos alimentos, obligan a pensar en una úlcera de la pequeña curvatura. Espe-

cialmente, si la intensidad de esos dolores, a veces inexorable, viene por crisis durante varios días, y su irradiación hacia la izquierda, se acompaña de la rareza o ausencia de vómitos.

Las informaciones de la radiografía, para que sean provechosas, deben ser precoces. Si el nicho, signo capital, la rectitud, la rigidez segmentaria de la pequeña curvadura, se perciben en el curso de exámenes sucesivos, el diagnóstico es seguro. Los signos de orden espasmódicos, enconchado de la curvadura, biloculación intermitente o permanente, plegadura pseudo - estructural, constituyen indicaciones útiles, pero no son decisivas. El nicho típico es aquel cuyo fondo tiene sustancia opaca, que presenta burbuja de aire y pedículo estrecho. Las formas atípicas son frecuentes.

Muchas úlceras de la pequeña curvadura se han curado por la gas tro-enteros tomía, pero este no es el tratamiento de elección. Es preciso que el operador haga una gastro-pilorectomía amplia, una excercis de la úlcera y del antro pilórico. Además, deberá exigir al operado que jamás se aparte de un régimen riguroso, dirigido sobre todo contra la hiperacidez.

No se debe esquematizar ni generalizar sobre las reglas del tratamiento. Como siempre, no hay enfermedades sino enfermos, y las úlceras agudas con linfangitis, las úlceras simples, las callosas, las inveteradas, las terebrantes, las ulcero - cánceres, constituyen cada una un problema diferente. De la misma manera que para el operador son

casos diferentes, el enfermo agotado por hemorragias, el deshidratado, el obeso en constante crisis, etc.

ULCERA DUODENAL

Las crisis periódicas, tardías, muy tardías, que aparecen a las cuatro, cinco o seis horas, después de las comidas, especialmente en la noche, con dolores epigástricos agudos, exasperados por el hambre y que se alivian por la ingestión de alcalinos o de cualquier alimento, deben hacer pensar en la úlcera del duodeno, sobre todo si la irradiación dolorosa es hecha a la izquierda y si los vómitos son excepcionales.

Aun estando en guardia y atento a descifrar poco claros al principio, el médico se ve sorprendido por complicaciones gravísimas: hemorragias, perforaciones, estenosis aguda.

Los signos radiológicos deben buscarse sin tardanza. Y las investigaciones de este orden deben practicarse con el enfermo sentado, echado y en posición ventral; y de preferencia, en los períodos de crisis. Hay signos directos, bulbares, y signos indirectos, gástricos. El bulbo ulcerado permite ver un nicho, generalmente marginal, rara vez facial, pequeño, ovalar, pediculado o sésil. Algunas veces la pequeña curvatura del bulbo es rígida y su gran curvatura del bulbo es enconchada, mirando hacia el nicho. La imagen es, entonces, completa. Los signos indirectos son las siguientes: hiperkinesia gástrica, evacuación acelerada del estómago.

Una gastro-pilorectomía amplia, ¿deberá preferirse siempre a la gastro-enterostomía que ha tenido tantos éxitos? Son los fracasos de aquella imputables al método o a la técnica? Es un debate inagotado.

Úlcera péptica del yeyuno

En un individuo ya tratado quirúrgicamente, meses o años atrás, por úlcera gástrica o duodenal, que sufre dolores atroces, por crisis periódicas, de horario tardío (cuatro, cinco horas después de las comidas), no debe aceptarse arbitrariamente, como un sujeto que sufre de adherencias, de hiperclorhidia, de faltar al régimen prescrito. Se trata, sin duda, de una úlcera nueva, la úlcera de la boca anatómica.

La úlcera péptica es yeyunal o gastro-yeyunal. Rápidamente perforante, puede anunciarse por una peritonitis sobre aguda, pero como toda úlcera del tubo digestivo puede volverse callosa, estenosante o terebrante. Una de sus complicaciones más terribles es la perforación cólica, por adosamiento y perforación yeyunocólica.

Después de una gastro-enterostomía y, sobre todo, después de una gastrectomía, toda melena recidivante, toda crisis dolorosa violenta, so pena de que

ocurra un advenimiento trágico, no debe tratarse por modificaciones en el régimen alimenticio o de las medicaciones farmacológicas; lo que debe hacerse sin pérdida de tiempo, es un buen examen radiológico.

Signos elocuentes radiológicos, se verán sobre el asa aferente o sobre la boca misma; más raramente, sobre el asa aferente. Sobre el asa aferente parecerá: cúpula, hongo pediculado o escarpela típica; sobre la boca: imagen estelar, estenosis, excepcionalmente nicho típico.

La tarea del cirujano, que es la de curar, no es fácil. Basta recordar el sin número de operaciones propuestas, para comprender la dificultad de establecer entre ellas su jerarquía. Pero, son las gastrectomías más amplias, las que producen resultados menos imperfectos.

CÁNCER DEL ESTOMAGO

Cuanto más son las perturbaciones dispépticas, más paradójica resulta la banalidad de los síntomas con la astenia creciente que ofrece el enfermo; mayor el contraste entre la indiferencia del paciente "que no sufre" y la inquietud de la familia que lo ve enflaquecerse y palidecer. Y esta aparente contradicción, es la que

debe despertar en el espíritu del médico, el temor de un cáncer gástrico y la responsabilidad de no conocerlo.

Los dolores después de las comidas, más o menos tardíos, los vómitos alimenticios, la presencia de sangre, las melenas anemizantes, ostensibles u ocultas, la tumefacción epigástrica, el enflaquecimiento, la espoliación globular, son signos que aparecen mucho tiempo después de la iniciación de la dolencia.

Haced radiografiar a todos aquellos "fatigados" después de las comidas, que enflaquecen sin causa apreciable, "que tienen menos apetito," que han tenido una o dos deposiciones negras; a los que palidecen, a los que sienten "una barra" en el estómago. No dejéis de recordar la insidiosidad de los tumores malignos.

Si encontráis un nicho amplio, de ancho pedículo, de contornos desgarrados, irregulares, sin enconchamiento sobre la gran curvatura, pensad en un cáncer ulceriforme. Si observáis una imagen lagunar, policíclica, una rigidez extendida, con deformaciones de los pliegues, el diagnóstico es fácil. Buscad, también, otras deformaciones que son excepcionales: pequeña curvatura en sierra dentada, laguna limitada de la gran curvatura, el tubo inextensible de lanita, la insuficiencia pilórica, los éxtasis. No olvidéis ordenar exámenes en la posición de Trendelenburg.

Aunque la radiografía solo muestre una escarapela pilórica de pequeñas dimensiones, el cirujano debe pensar que ya hay

un amplio territorio invadido por la malignidad: el antro pilórico, las adenopatías sub y retro pilóricas, la pequeña curvatura en toda su extensión. Y es todo ello, so pena de engañarse o de equivocarse, que es preciso reseca, si la exéresis es posible, y si la exéresis es imposible, no hay más que cerrar el vientre, después de haber practicado una gastroenterostomía. Los resultados favorables, algunas veces, os sorprenderán.

TUMORES BENIGNOS DEL ESTOMAGO

ADENOMAS, FIBROMAS, miomas, lipomas, pólipos endogástricos, son excepcionales. Pero, no son raros tumores pediculados exogástricos, de exéresis fácil, que curan radicalmente. Son análogos a los neurogliomas de los nervios periféricos, a los tumores de origen neuróglíco, a los schwannomas.

"Los signos funcionales no han aparecido todavía o se hallan dispersos, y ya es posible percibir un tumor de volumen notable y de una movilidad que permite sentirlo en el epigastrio, en el hipocondrio izquierdo, en el flanco derecho, algunas veces en la pelvis. Los exámenes radiográficos, en los casos de estos tumores benignos, han sido insuficientes, a menudo nulos. La laparotomía exploratriz da la satisfacción de descubrir un tumor benigno, cuyo pedículo facilita su extirpación con la menor mutilación posible y la legítima esperanza de una cura radical."

—De Nuevas Ideas,—