

## TRABAJOS REGLAMENTARIOS

### Una Plática Clínico-Quirúrgica

POR EL DR. GONZALO CASTAÑEDA

El tema de elección para una lectura académica ha de llevar, aunque humilde, un sello personal, ha de aportar al acervo de conocimientos algo de novedad en la acción, en el fenómeno o en el pensamiento; esta exigencia, no tiránica, sino muy legítima y natural, dificulta la obra porque, si falta la materia prima, nos conduce a la inacción; pero el compromiso colectivo que nos asocia me obliga a cumplimentar los preceptos y transgrediendo el imperativo, porque nada traigo digno de la Academia o de la crítica, paso a conversar con ustedes sobre hechos disímolos y varios, pero que tienen la cualidad de que el original lo he tomado del natural, de ese venero de enseñanza inagotable y fecunda.

Comencé un artículo que se denominaba «Clínica del crucero sub-hepático», de ese espacio donde se acomodan en apretada vecindad los síndromos de la vesícula biliar, del duodeno y del píloro, encrucijada o ámbito donde, por circunstancias anatómo-topográficas, los órganos que allí se amontonan, al enfermarse, engendran escenas sintomáticas fatalmente confundibles; este capítulo de alta clínica lo está escribiendo aún la observación universal; es abstruso y profundo; yo, aunque algo lo conozco y lo he pensado, precisamente por lo elevado y complejo, no pude improvisar su formación; requiere, merece mayor calma, estudio, tiempo y meditación; me devolví del camino y dejé el punto. Proyecté otro escrito que se titulaba:

«El cólico biliar frusto o larvado», aquel que viene con dolor en región insólita o enmascarado en otro padecimiento como extraño y distante; aunque cuento, sobre ello, con bellos ejemplos, no me gustó y lo deseché porque no es novedad en el mundo. Iba a leer un escrito que tengo en embozo y que se llama «La histeria en cirugía», pero me arrepentí y preferí guardarlo inédito para el Congreso Pan-Americano, y, por fin, o dejaba pasar en silencio mi turno o improvisaba algo, aunque inferior; opté por lo segundo.

Comenzaré mi conversación por contar a ustedes algo que, por lo reciente, está aún fresco en mis recuerdos: de lo acontecido en el trimestre que corre. Está convalesciente en el Sanatorio una joven extranjera a quien le diagnosticué un quiste del ovario hace unos tres meses; la indicación quirúrgica era obvia, pero su carácter pusilánime y la inocuidad de su tumor no la decidieron a operarse; el domingo penúltimo se fué a un baile, danzó de lo lindo con esos movimientos salvajes y atávicos que llaman «charleston», volvió a su casa ya molesta y a los tres días, que fué cuando la ví, estaba en pleno cuadro de oclusión intestinal. Era evidente que el tumor tenía la culpa de ello, probablemente por torcedura, mejor que por comprensión, dado su acomodo y volumen; me apresuré a laparatomizarla porque el éxito operatorio en una parálisis intestinal estriba en la oportunidad quirúrgica; encontré el supuesto enemigo torcido, ya negro y con un derrame peritoneal; la técnica fué elemental y canalizé porque en estos casos así debe hacerse; la marcha ulterior fué muy feliz y está al presente sana y salva. La conclusión, muy visible, de esta historia es que debe prohibirse el baile, en particular, el de sacudidas y contorsiones a las personas que llevan un tumor abdominal, pues se concibe, y el caso lo prueba, cómo puede torcerse, doblarse y poner en peligro la vida. Otro caso semejante acude a mi memoria: un día fuí en consulta a una ciudad del Bajío para ver una dama a quien se le había hecho el diagnóstico sintomático de oclusión intestinal, pero no etiológico; éste fué factible con el examen que hizo descubrir un tumor pelviano, genital, oculto en la profundidad y velado por un vientre obeso; a este enemigo le achaqué la culpa de los sucesos; le abrí el vientre y encontré el tumor esperado: era un quiste retorcido, lo quité, dejé la cavidad canalizada y anuncié las condiciones y posibilidades de alivio, pero que no podía asegurarse su salvación mientras no descargara gases; infortunadamente continuó la impermeabilidad y murió porque el recurso fué tardío, la toxemia era máxima y el intestino, ya vencido en su movilidad por lo prolongado de la parálisis, no reaccionó al suprimir la causa original. La ausencia de un diagnóstico causal temprano fué debida a que no se cumplió con el precepto clínico de examinar ginecológicamente a toda mujer ocluida. Otro caso del mismo tenor: una señora obesa y ventruda, con hernia abdominal enorme e irreductible, de súbito fué atacada de un

dolor de vientre con calentura y vómitos, hecho el diagnóstico de hernia estrangulada le propusieron la operación, pero incrédula, temerosa e ignorante no la aceptó; cuando la ví en junta, ciertamente pensé como mis colegas, pero al explorarle su enorme vientre, le ordené que doblara sus piernas, noté que al hacerlo le dolía y estaba algo impotente una de ellas; me pareció insólito y raro el síntoma dentro de la hipótesis de estrangulamiento herniario; mejor lo atribuía a algo que pasara por la fosa iliaca correspondiente; con el examen ginecológico descubrí, con evidencia, un tumor doloroso que yacía ignorado; entonces dije: la señora tiene una hernia adherente y está en verdad ocluida, pero la dicha hernia no tiene la culpa de lo que pasa, la escena la engendra el tumor que está torcido. La operación así lo probó. La enseñanza clínica que se cosecha es palmaria; no hay relación de causa a efecto entre una hernia que no entra y duele y una oclusión; un herniario puede ocluirse por causas extrañas; esto que parece advertencia ociosa, no lo es tanto; por olvidarla o ignorarla, iba a cometer un error.

Pasaré a otro sector de la clínica quirúrgica, aprovechando casos recientes. Una señorita mística padeció por luengos años de un síndrome gástrico, dolores, vómitos, acideces y melenas; su estómago no estaba grande, el sitio del dolor, su hora de aparecer, los vómitos que no arrojaban alimentos viejos o residuales inclinaron a pensar en una úlcera duodenal; esta idea la reforzó el radiólogo. Como la enferma se desnutría y palidecía, como hubiera fracasado al tratamiento médico sostenido y bien dirigido, se propuso la operación, y aceptada, se practicó. Abierto el vientre, por la segunda porción del duodeno se palpó una dureza con ámbito anatómicamente normal. Con el Dr. H. Castañeda practiqué una gastro-enteroanastomosis transmesocólica siguiendo la técnica alemana; abocamos con tres planos de sutura. Es digno de mención que, durante el manoseo y exteriorización del estómago y yeyuno, bajó bruscamente la tensión arterial, de 12 a 6. La operada no sintió la acometida, quiero decir, no tuvo calentura, meteorismo, dolor, nada, absolutamente nada; el primer día se sostuvo con inyecciones de suero glucosado, el segundo, con suero de leche, en el tercero con leche y agua de Vichy; convaleció sin novedad, y al presente, está prácticamente sana. Este ejemplo, como otros análogos que pudiera citar o referir, enseñan que esta operación es técnicamente fácil, quirúrgicamente benigna, terapéuticamente buena y que no hay, por ende, que temerle mucho ni aplazarla en demasía; dice además que el abocamiento yeyuno-yeyunal complementario, aunque lógico, no es indispensable al éxito. Otro caso semejante: un señor con sífilis en sus antecedentes, que sufrió hace trece años de unas hematemesis tan abundantes y repetidas que estuvo a punto de morir; pasada la trágica escena, vivió como sano varios años; en los últimos tiempos le volvieron las molestias, entre las que sobresalían do-

lores y vómitos con ausencia de hemorragia visible; agotado, derrotado el tratamiento médico de reposo, dieta alcalinos, bismuto, arsenobenzol, resolvió ser operado. El diagnóstico oficial, en el que la radiografía no aportó luces claras, fué de ulcus duodenal. Coincidencia singular, la víspera de la operación tuvo vómitos de sangre, los únicos en la segunda época y apartados de los primeros, más de diez años; esta circunstancia hizo aplazar la operación una semana. La exploración con el vientre abierto, en verdad y en conciencia, nada notorio descubrió por la región anterior ni por la retroepiplóica; practiqué la gastro-entero-anastomosis, como la anterior, sin contratiempo y con el mismo resultado feliz y satisfactorio: el hombre ya volvió a su trabajo. Este relato parece ejemplificar la idea de que la tregua o interregno de calma de algunas úlceras es por curación de una primera y aparición de una nueva, pues no creo que la presunta úlcera que sufrió al final fuera la misma que tuviera diez años atrás, porque entre ambas épocas hubo un lapso de salud prolongado y efectivo. Cuando los ataques o episodios agudos estén más próximos, es de aceptarse que la misma lesión latente y silenciosa reviva y se caliente porque se infecten e inflamada se circunde de neuritis. Otro caso, fresco aún, como los anteriores, es el de un culto profesor, quien agobiado por dolor abdominal alto, anemiado por hemorragias intestinales repetidas, enflaquecido por la diabetes y dieta consiguiente, día a día se empeoraba, no obstante los cuidados de su inteligente médico, el Dr. Tomás Rojas; este hábil clínico que lo curaba muy justificadamente por un padecimiento duodenal, comprendió bien que el período de la acción medicamentosa había pasado y aconsejó entrar al dominio de los cirujanos; cayó en mis manos y en las del Dr. Rivero Borrell. Este compañero que, además de urólogo, tiene temperamento quirúrgico y es poseedor de una hermosa intuición clínica, miró el caso como yo: incierto y confuso. Sintomáticamente, sin embargo, nos pareció que había indicación operatoria: Abatida la glicosuria a golpes de insulina, le practicamos una gastro-entero-anastomosis según el ritual consabido; la exploración quirúrgica preliminar descubrió un tumor movable en el epiplón gastro-hepático, grande, abollado y que envolvía y estrechaba, por la cara posterior e interna, el segmento medio del duodeno; había además adherencias subvesiculares; no se intentó la extirpación por temor a la vena porta y a la cava. Al dicho tumor se le clasificó como 'ganglionar; con fundamentos clínicos no se le concedió el calificativo canceroso ni piógeno y, vacilando entre neoformación específica y tuberculosa, datos nuevos decidieron aplicarle el último adjetivo. Fué dado de alta en lo que toca en lo quirúrgico; de sus antiguos males está mejorado. Con la ayuda del Dr. Gilbón le hicimos cuatro transfusiones de sangre; como el donador fuera una mujer, el paciente, al recibirlas me decía con mucho ingenio y malicia: doctor, *¿qué esto no me hará afeminar? ¿no le iré, después, a gustar a los hombres?* Paso la pregunta a los biólogos.

Usando de brevedad voy a platicarles otro caso de reciente observación. Después de una amenorrea, a una señora le sobrevinieron algunos dolores abdominales, sangre por la vagina y, como por añadidura, algo de fiebre; con el diagnóstico de aborto consumado, se le aplicaba espéculum y taponamientos; la enferma empeoraba; en la junta que motivó su estado dije, claro que después del examen: la señora está ciertamente embarazada y abortando, pero las cosas pasan dentro del vientre, hay que obrar, en consecuencia. Al proceder a la operación, el estado era alarmante. Practicando la laparatomía, antes de incidir la gran serosa, se vió bien a su través, sangre en la cavidad: lo que prueba que la laparatomía exploradora extraperitoneal que he propuesto en circunstancias como ésta, tiene fundamento y es útil. Le encontré la trompa izquierda embarazada y rota; la aludida señora está ya en su casa, sana y salva. Un signo que tengo probado como bueno para el diagnóstico de embarazo ectópico y que en este caso no falló, es que el bulto para-uterino que se advierte, duele mucho al tocarlo. Con diagnóstico probable o cierto de embarazo extra-uterino, la indicación operatoria no es discutible, cuando sólo es presunto, hay que tener hombría quirúrgica y proceder con mira exploradora y obrar en consecuencia. Esa conducta, cuando la inspira el saber y la gobierna la prudencia, no perjudica y es capaz de salvar.

Una estimable dama muy desgraciada en sus partos, pues siempre se infecta, en el último al entrar al octavo mes, comenzó a perder sangre. Alarmado porque pensé en placenta previa, la interné en el sanatorio de Jesús. Llamé en mi auxilio a un tocólogo de carrera, a Everardo Landa, quien hizo el diagnóstico por mí sospechado y en una ocasión me hizo tocar la placenta marginal. Se decretó el reposo y la espectación; la hemorragia continuó en aumento y, ya inquietos, resolvimos hacer una cesárea. La víspera de la operación comenzó a perder líquido amniótico; para provocar el trabajo hicimos un taponamiento intrauterino; la matriz se comportó indiferente. Ya muy pálida la enferma y entregada a nuestro designio, una noche se agravó por la interminable hemorragia y, muy de madrugada, hicimos la laparatomía transversa, suprapúbica y extraperitoneal; abatiendo la vejiga, se descubrió el útero, al incidir éste se presentó la placenta; mientras se despegó para abrirse paso, vino una hemorragia formidable; en unos cuantos segundos extraje al niño, inyecté pituitrina en el músculo uterino mismo, el cual se retrajo prontamente; doble sutura a la matriz y canalización. La única peripecia ulterior, fué la infección de la herida cutánea, seguramente por gérmenes del líquido amniótico que por ahí se derramó; vive la madre y la criatura que hubo de resucitar. Esta cesárea suprapúbica extraperitoneal la aprendí yo en Berlín; es aplicable en huevo roto, la he practicado varias veces con éxito y, en el caso, la empleé con

la anuencia y parecer de Landa quien me acompañó en la obra. Quizá la enferma no se hubiera salvado si se hace artificialmente el parto por la vía baja, pues la creación manual del camino es inferior a la quirúrgica, el despegamiento placentario por vía vaginal, no está controlado por la vista y todo se hace en una profundidad; mientras que por el vientre todo se domina y alcanza mejor; la superioridad resalta inconcusa y palmaria.

Viene otro caso de relación muy corta: tenemos asilado en el Hospital de Jesús a un viejecito de más de 80 años que llegó con retención de orina total y permanente; lo curábamos con sonda y lavados, yo no me atrevía a extirparle su próstata —pues el protastismo era su mal— por su edad avanzada. Lo pasé a la consideración de Francisco Castillo Nájera, que es allí mi asesor en asuntos urológicos y decidió su autoridad someterlo a una talla suprapúbica, como esterilizante vesical; después de algunos días y animado por la prueba renal, que resultó satisfactoria, decretó la operación radical; la prostatectomía; naturalmente brindé el bisturi al especialista, quien, hábil, pronta y felizmente hizo la extirpación a lo Freyer, el viejecito soportó la agresión, no hubo complicaciones y al presente ya se pasea curado por los corredores de Jesús. La técnica suprapúbica yo se la vi varias veces al mismo Freyer en Londres, convencido la he practicado varias veces con éxito; pero a este caso le tuve miedo y si no hubiera sido por los ímpetus quirúrgicos de Castillo Nájera, al fin militar, el enfermo ya hubiera muerto de infección urinosa. No hay tiempo de comentar el caso, pero elocuentemente dice que en cirugía no hay edad, que no son los años los que detienen las manos sino el estado de los órganos, que la pericia compensa y contrarresta los estados precarios.

Para concluir; una mujer, meses después de un puerperio séptico, presentó una tumefacción en la región sub-hepática, dolorosa e informe, con fiebre alta; disnea y fácil septicémica. Yo diagnosticué un flegmón supurado subperitoneal, entre otras cosas porque su vientre flojo y sin defensas presentaba un edema por el flanco que se extendía al hemitórax. Este dato físico, como acompañante de las supuraciones profundas, extraperitoneales, sometido ya a prueba es mío y no falla. Cuando hay supuraciones intratorácicas hay o puede haber edema supercostal; cuando las supuraciones son del vientre intraperitoneales viene también el edema regional, pero sólo en el vientre; ahora bien, cuando el edema abarca ambos segmentos del tronco, es porque el proceso se localiza en la capa celular yacente, entre las aponeurosis profundas y las serosas del peritoneo y pleura, la única que es común; las supuraciones celulares, subperitoneales suben e invaden el tejido subpleural a través de los yatus del diafragma.

A esta enferma la operé y encontré el pus en el ángulo dicho; en estos casos no se asoman las vísceras. Un asistente dijo: resultó absceso sub-

hepático y no subfrénico como usted anunció; yo argüí: anatómicamente, topográficamente es ciertamente subhepático, pero patológicamente y en clínica es subfrénico, porque subfrénico, clínicamente, es toda supuración extra-visceral alta del vientre y que queda arriba del mesocólon, sea que se acomode sobre o abajo del hígado, entre éste y el estómago o en el lóculo gastro-esplénico. La enferma, después de la operación, pasó al bienestar, como quien pasa de las tinieblas a la luz.

Cerraré esta plática con otra suscita historia que comenzó angustiada y acabó placentera. Una muchacha pueblerina acudió a mí para curarla de unas metrorragias que la habían anemiado en extremo; llevaba un fibroma en la matriz. Su estado general era miserable, pero era preciso practicar la histerectomía; con temor y precauciones lo hice; ya para cerrar el vientre la enferma palideció, comenzó a respirar lentamente hasta llegar a la apnea; suspendí las maniobras y Castillo Nájera, que estaba presente, le practicó la respiración artificial, el pasante Vargas le tiraba rítmicamente la lengua, Sánchez Pérez le hizo la dilatación forzada del ano, que estaba tan relajado, me dijo después, que hubiera podido introducir la mano; yo permanecí expectante cuidando el vientre; en el apuro, ya inquieto intervine y le hice una revulsión ígnea en la región precordial. Todo parecía infructuoso; la mujer, con las pupilas dilatadas, continuaba exánime y como muerta; creímos perdido el caso; los recursos se habían aplicado precipitados: unos sucesivos, otros simultáneos; al final, con cierto escepticismo, le hundi una aguja en el corazón y le inyecté adrenalina; instantes después comenzó a tomar aire, a esbozarse la respiración que acabó por formalizarse, permitiendo por cerrar el vientre. Esta resurrección yo se la cargo a la adrenalina que fué a excitar los nerviecillos simpáticos del miocardio. Al conversar con Eliseo Ramírez, cómo había revivido esta mujer, me dijo: «¿el alma fué y volvió?» Yo respondí: «el alma no tiene nido en el cuerpo de donde parta en vuelo, está embarrada en todo el ser»; y replicó: «yo no hablo del alma biológica, sino del alma espiritual»; «que le contesten las estrellas del cielo», fué mi respuesta.

Los casos relatados, señores, no son historias clínicas, técnicamente hablando, porque mi pensamiento, mi propósito, no ha sido docente; he omitido detalles inconducentes, sólo he procurado que descuelle, que resalte alguna otra idea utilitaria y fecunda; quizá haya vèrtido en mi plática cosas bien triviales, vulgares; pero precisamente en ello se pesa su interés, porque vulgar es lo que está en todas partes y todos conocen, aquello con lo que vamos a tropezar en la cotidiana labor y compete a nuestro deber abarcar y vencer; unos nacieron para hacer ciencia, otros para aplicarla; nuestra carrera la iluminan luces focales, pero el éxito lo decide a veces una minucia, un detalle, y hay que preferir la calidad a la cantidad del saber.

GONZALO CASTAÑEDA.