

traumática al producirse debe forzosamente romper el peritoneo y desgarrar el anillo interno.

6.^a La hernia traumática es unilateral, pequeña, de reducción fácil aunque dolorosa, con incapacidad inmediata para el trabajo y se revela por síntomas agudos generales y locales que duran varios días.

7.^a Las hernias traumáticas por violento traumatismo directo sobre las paredes del abdomen (*hernias de violencia*) son indiscutibles y deben ser comprendidas entre las eventraciones.

8.^a Las *hernias múltiples* son casi siempre *hernias de debilidad* por predisposición adquirida; algunas veces son congénitas pero nunca traumáticas.

9.^a La *instantaneidad* en la formación de las hernias, —aparte la preexistencia de un saco congénito—por un esfuerzo brusco y extraordinario es rarísima. Mas bien deben incriminarse los esfuerzos continuos y repetidos en los individuos con predisposición adquirida. Por lo mismo las hernias más que *accidentes* deben considerarse próximas a las *enfermedades profesionales*.

10.^a La disminución de la capacidad funcional para el trabajo que produce la verdadera hernia traumática es de un porcentaje que oscila entre 5 y 15 según los oficios.

11.^a En ningún caso puede equipararse en cuanto al grado de incapacidad, a la *pérdida de dedos o falanges indispensables para el trabajo* o a la *pérdida funcional de un pie* tal como, erróneamente a nuestro juicio, la considera la legislación Española vigente.

SOBRE ALGUNAS COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS POCO FRECUENTES DE LA LAPAROTOMIA GINECOLÓGICA

por el Dr. J. B. COMAS CAMPS

Director del Hospital de la Magdalena, de Barcelona

Existe un determinado grupo de complicaciones y peligros que acechan a la mujer laparotomizada por afección ginecológica, perfectamente conocidos, aun en sus más nimios detalles y variantes clínicas; tienen perfectamente establecida su cronología y el cirujano que sigue al día sus operadas, anota con satisfacción el paso de un día al otro, cuando no ve en su enferma ningún síntoma que le haga temer o confirme la aparición de una complicación. Estas complicaciones son: primer día, shock, hemorragia; segundo día, iniciación de la peritonitis; tercer día, peritonitis, ileus, y cuarto día, peritonitis.

Este grupo de complicaciones por ser las más temidas y frecuentes, a más de otras de menor importancia (prolongación de los trastornos post-anestésicos, meiorragia cardíaca o renal, etc.), son perfectamente conocidas y fácilmente diagnosticadas y a ellas se aplica siempre y a tiempo el tratamiento clásico, que cuando no triunfa, deja por lo menos el consuelo de haber hecho lo debido oportunamente y con pleno dominio diagnóstico.

Pero, existen algunas complicaciones que se presentan muy raramente, poco y mal descritas en los libros y que deben conocerse para que su aparición no sorprenda al cirujano novel e incluso al avezado y pueda aplicarse a tiempo el tratamiento que casi siempre va seguido de éxito: me refiero al hablar de estas poco frecuentes

complicaciones a la *dilatación aguda del estómago* y a la *oclusión duodenal arterio-mesentérica*.

Dos casos hemos tenido de oclusión duodenal arterio-mesentérica y varios de dilatación aguda del estómago y siempre el tratamiento, que a manera de antídoto mecánico obra contra la etiología y patogenia de estas complicaciones, nos ha permitido triunfar de una angustiosa situación que no puede prolongarse sin terminar en pocos días con la vida de la operada.

DILATACIÓN AGUDA DEL ESTÓMAGO

Se presenta en mujeres mal nutridas, delgadas, de paredes abdominales distendidas por voluminosos tumores (quistes del ovario), en antiguas dispépticas gastro-ectásicas, aerófagas. Su aparición se pone bien de manifiesto durante el tercer día después de la operación: los vómitos anestésicos que habían desaparecido, reaparecen, son abundantes, biliosos, la enferma experimenta una sensación de plenitud y gran molestia epigástrica; al principio tiene eructos abundantes que luego van seguidos de inspiraciones en forma de tic aerofágico. A la exploración se nota gran abultamiento de la región epigástrica, enorme timpanismo a la percusión, timpanismo que ocupa también el hipocondrio y asciende hacia la región torácica izquierda, hasta el quinto espacio intercostal (enorme cámara de aire gástrico). En ocasiones el estómago está dilatado y ptosado (después de la extirpación de voluminosos tumores, de modo especial en los quistes del ovario) y en estos casos la zona de abultamiento y gran meteorismo es más umbilical—no debe buscarse la cámara de aire torácica.—La enferma está agitada, la temperatura normal o hipotérmica, el pulso se conserva bien al principio, pero se debilita y asciende el segundo o tercer día—110, 120, 140—; la orina se hace por horas más escasa en virtud de la enorme deshidratación causada por los vómitos y la falta de ingestión de líquidos.

Etiología: Hipotonía gástrica, cambios bruscos de la estática abdominal, parálisis gástrica por irritación del plexo solar, inhibición de los nervios vagos.

Patogenia: Lo que condiciona, sostiene y agrava la dilatación gástrica aguda post-operatoria, es el hecho mecánico de la entrada de aire por aerofagia, en ocasiones verdadero tic aerofágico, y la dificultad de expulsión por formación de la válvula de GUBAROW (Fig. 1): la bolsa de aire aprisionada en la región superior del estómago, dilatada por el calor del cuerpo, constantemente aumentada por la entrada de nuevas degluciones de gas; forma espolón en el cardias, lo aplasta y constituye una válvula que admite y no cede, agravando cada vez más la situación.

Tratamiento: El lavado de estómago con una solución bicarbonatada caliente, la colocación de un tapón entre los dientes de la enferma que impida la deglución de aire, el calor en la región epigástrica, la corriente galvánica (gran placa positiva en la región dorsolumbar, placa negativa epigástrica—30 a 50 MA.—15 a 20 minutos de duración—al final de la sesión varias inversiones bruscas de la corriente), las inyecciones de estrignina—2, 3, 4 miligramos en las 24 horas; son medios suficientes para vencer esta complicación.

La alimentación de la enferma durante las 24 o 48

horas que tarda en ceder el cuadro, se solucionará con las inyecciones de suero glucosado y la proctoclisia a lo MURPHY.

Si con este tratamiento no cede el trastorno gástrico, pensaremos en una oclusión intestinal alta, en la

quete delgado por debajo. Si bien los hechos que tienen pretensiones de experimentación sobre el cadaver, no tienen nunca un valor decisivo, ALBRECHT y CONNER han realizado este pinzamiento o extrangulación duodenal, que sorprendió KUNDRAT por la tracción sobre

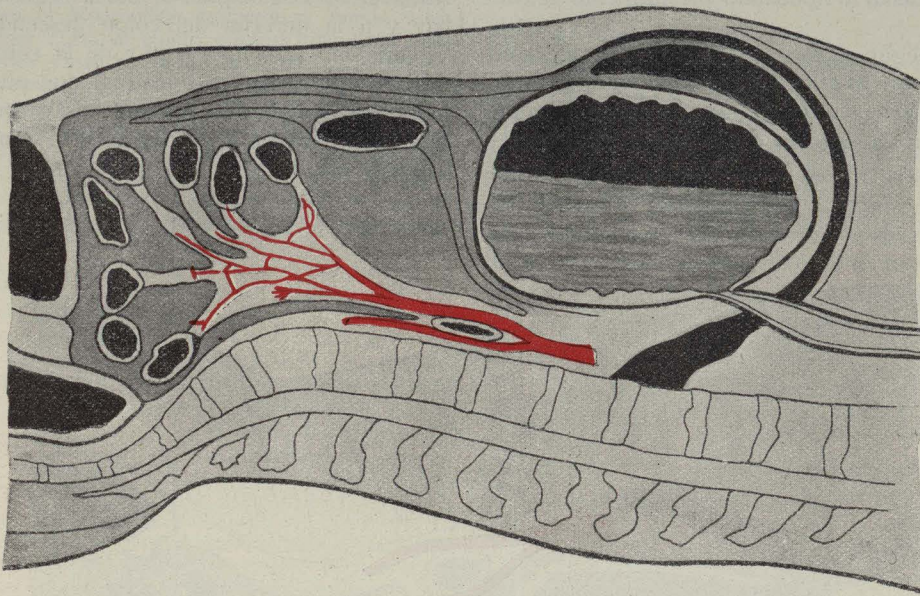


Fig. 1. - Posición dorsal. Paquete intestinal delgado caído hacia la pelvis y tirando del mesenterio; cierre de la pinza mesentérica estrangulando el duodeno. Gran dilatación gástrica; válvula de GUBAROW. (Esquema de FONGUE modificado)

OCLUSIÓN DUODENAL ARTERIO-MESENTÉRICA

KUNDRAT, desde 1871, estableció por tres autopsias que la tercera porción del duodeno podía quedar pinzada entre las dos ramas del compás formado por la co-

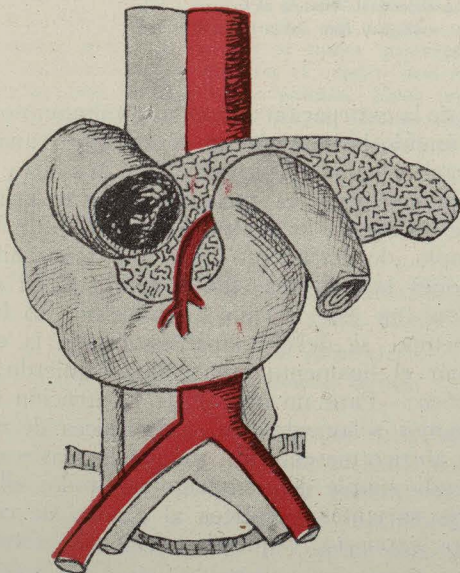


Fig. 2. - Duodeno. Tercera posición, abrazada por el compás aórtico mesentérico; mesentérica superior por delante, aorta y columna vertebral por detrás

el mesenterio en el eje pelviano. Nosotros hemos podido comprobar y realizar este pinzamiento en cadáveres frescos y muy privados de grasa.

Que sea la caída del paquete delgado tirando del mesenterio, en operada desnutrida, después de un Trendelenburg prolongado o después de la extirpación de voluminosos miomas o quistes de ovario; que intervenga como primer factor la dilatación gástrica aguda que empuja las asas delgadas, las cuales tiran del mesenterio que extrangula el duodeno cerrando la pinza aórtico-mesentérica y agrava la dilatación formando un círculo vicioso, son, éstas, interpretaciones patogénicas que han sido objeto de mucha discusión (*Sociedad francesa de Cirugía*, 1905, REYNER-LECÉNE, 1908, DELAGENIÈRE, BRAUN-SIEDEL, LARDENNOIS, TISSIER, MATHIEU, MAUBAN, von HABERER).

Lo que interesa al clínico, es no ignorar la posibilidad de esta complicación, diagnosticarla a tiempo y aplicar la terapéutica que salva rápidamente la situación y la vida de la operada. Antes de 1905, y aun después, por desconocimiento de los hechos que llevamos expuestos, morían en tres o cuatro días todas las laparotomizadas que sufrían esta oclusión alta.

Diagnóstico: El diagnóstico con la dilatación aguda del estómago es el único que interesa, ya que el cuadro de un accidente mecánico alto del tubo digestivo es tan claro, que lo hace todo el que sepa explorar y formar juicio de sentido común clínico. Nosotros hemos observado que en la dilatación simple los vómitos son menos abundantes, menos biliosos y jamás porráceos. El estado general se agrava más rápidamente en la oclusión duodenal, la facies sufre gran alteración—coloración

lumna vertebral y la aorta por un lado y los vasos mesentéricos superiores (Fig. 2), comprobando una dilatación por encima de este punto y un colapso del pa-

amarillo-terroso, ojos hundidos, rasgos estirados. Pero lo que para nosotros tiene un valor decisivo es el efecto del lavado de estómago: cuando a las pocas horas de un lavado de estómago se reproducen los vómitos abundantes, verdes muy oscuros, no vacilaremos, pensando en la oclusión duodenal y aplicando prontamente el tratamiento salvador.

Terapéutica: Según el consejo de SCHNITZLER, solo un hecho mecánico que realice las condiciones contrarias y opuestas a la experiencia de ALBRECHT sobre el cada-ver, puede suprimir la presión de la pinza aórtico-mesentérica sobre el duodeno y salvar la situación: decúbito plano sobre el vientre y mucho mejor aún, *posición genupectoral*. (Fig. 3).

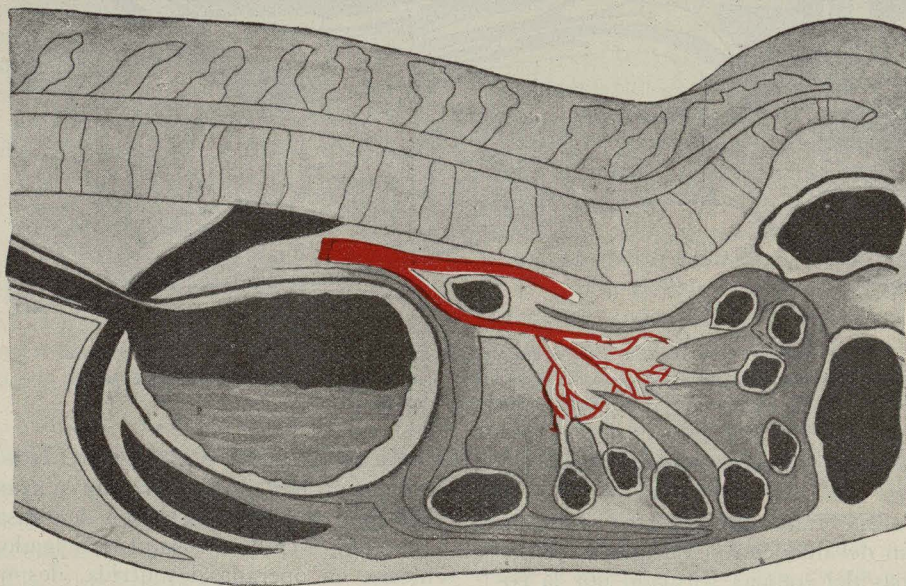


Fig. 3. — Decúbito plano sobre el vientre o, mejor aún, posición genupectoral. Abertura de la pinza aórtico-mesentérica; liberación del duodeno. Permeabilidad del esófago y fácil salida del aire. (Esquema de FORGUE modificado)

Se procederá primero a una evacuación de líquidos y gases gástricos con la sonda de FAUCHER y a un lavado con agua de Vichy caliente. Después se colocará suavemente a la enferma en decúbito ventral horizontal con la cabeza ladeada y sostenida por una almohada. Si las fuerzas de la enferma lo permiten, se recurrirá ya desde un principio a la posición genupectoral, mucho más eficaz. Basta sostener esta posición durante media hora y repetir la sesión a las 4 o 6 horas. La vuelta al decúbito dorsal se hará muy suavemente y se dejará una almohada bajo las nalgas de la operada.

Los resultados son rápidos: "brusca y casi milagrosamente" (FORGUE), cesan los fenómenos de oclusión alta, el estado de la enferma cambia por completo, la ingestión de líquido es tolerada y el curso post-operatorio continua normal y sin retraso alguno en el abandono del lecho.

Antes de pasar a la casuística, queremos señalar una forma de oclusión alta incompleta, intermitente que hemos observado en más de la mitad de enfermas operadas por voluminosos quistes del ovario y que cede lentamente, de modo espontáneo, pero que se corrige con gran rapidez elevando las nalgas de la enferma.

Creemos que puede ser debida a una exageración del ángulo duodenoyeyunal por caída de la parte móvil yeyunal y sostén fijo por el ligamento o músculo de TREITZ; ángulo duodenoyeyunal que se halla situado inmediatamente por debajo de la raíz del mesocolon transversal, a la izquierda de la segunda vértebra lumbar y a la derecha del colon descendente.

También queremos tratar de la complicación constituida por la oclusión intestinal que puede producirse a nivel del ángulo cólico izquierdo y que viene favorecida por la anomalía del ligamento frenocólico o *sustentaculum lienis*; anomalía que consiste en quedar reducido este ligamento a un cordón que se inserta en el vértice del ángulo y que por caída del colon transversal

(después de la extirpación de tumores voluminosos) acentúa este ángulo hasta el punto de constituir una verdadera y total oclusión (ADENOT, 1895, BERARD y PATEL, 1903). En este caso es necesario ensayar primero el efecto de un enema muy alto, con un tubo de Faucher por ejemplo, de cocimiento de sen y manzanilla, que en ocasiones nos ha resuelto el conflicto. Si no cede la oclusión con este sencillo tratamiento, no hay que perder tiempo, se deberá laparotomizar a la enferma y seccionar el ligamento frenocólico izquierdo:

Casuística: Para no abusar de la atención del lector, citaremos solamente dos casos típicos de oclusión duodenal aórtico-mesentérica, ya que los casos de dilatación aguda simple del estómago son todos ellos, con ligerísimas variantes, idénticos al cuadro de conjunto que hemos expuesto, y que es relación de estos casos vividos.

Primer caso. (Comunicación al Instituto Médico Farmacéutico, 1923).

Enferma M. C.; 23 años, un embarazo y parto normales. La operamos por anexitis gonocócica, después de una larga fase aguda de pelviperitonitis y un prolongado período subagudo con brotes de agudización a la menor transgresión del plan de reposo a que estaba sometida.

Operación muy laboriosa—salpingo-ooforectomía doble—dos suturas intestinales por desgarro de asas delgadas al desprender adherencias. Trendelenburg durante una hora veinte minutos; enferma muy desnutrida.

Al tercer día después de la operación, con pulso de 90 y sin temperatura febril, la enferma se queja de gran plenitud en la región epigástrica, que se presenta abultada y con gran timpanismo que alcanza el hipocondrio izquierdo y región torácica izquierda anterior hasta el quinto espacio intercostal. Vómitos biliosos, verdes oscuros, gran agitación y aerofagia. Diagnóstico, de momento, dilatación gástrica aguda y practico un lavado de estómago; la enferma se siente muy aliviada, pero a las 6 horas (durante la noche) se reproduce el cuadro y el practicante de la clínica, Sr. Almenara, practica otro lavado de estómago que también alivia mucho a la enferma. A la mañana siguiente el cuadro se había reproducido de nuevo: vómitos verdes, porráceos, gran ansiedad, facies muy alterada, pulso 110, temperatura 36, escasísima orina. Pienso en la oclusión duodenal aórtico-mesentérica: colocamos a la enferma en posición genupectoral durante 20 minutos y ordeno que repitan la sesión a las cuatro horas.

Por la noche veo a la enferma resucitada: tranquila, sin vómitos, pulso de 90, tolera líquidos a pequeñas cantidades, sin timpanismo gástrico.

El curso ulterior fué sin complicación alguna.

Segundo caso. Es este tanto o más interesante que el anterior por tratarse de una forma que podríamos llamar recidivante, ya que la oclusión se corrigió y se reprodujo durante cuatro días, acabando por la curación.

Enferma A. B., 63 años, 4 embarazos y partos normales.

La operamos por quiste del ovario que resultó para ovárico, de 20 litros de contenido. Operación rápida y sencilla—30 minutos—. A la noche del segundo día la enferma vuelve a vomitar mucho, presenta gran agitación, pulso 95, temperatura 36.5. Al explorarla se nota una zona de gran timpanismo que ocupa la región umbilical e hipocondrio izquierdo; ordeno un enema alto. Al día siguiente los vómitos continúan muy verdes y abundantes, se nota en la región umbilical un enorme bolo gástrico dibujado y con fases de contracción. Con el enema del día anterior, la enferma había expulsado gases y excrementos, pero ningún alivio produjo esto para el trastorno alto de su abdomen. El caso era claro de una oclusión alta. Lavado de estómago, decúbito ventral plano; unos minutos de genupectoral, muy molesta para la enferma debido a su flácido vientre que contenía antes de la operación un tan enorme tumor. La enferma pasa buena noche, sin vómitos, tolera líquidos, expulsa gases, desaparece el tumor gástrico; pero a las 20 horas empieza otra vez con el cuadro descrito y otra vez es vencido por la terapéutica indicada. Estas recidivas se reprodujeron cuatro veces, hasta que al séptimo día después de la operación, todo entra en orden y la convalecencia sigue normal.

ESTENOSIS CICATRICIALES, NEOPLASICAS, Y CUERPOS EXTRAÑOS DEL ESÓFAGO

por el Dr. LUIS VILA ABADAL

Otorinolaringólogo del Hospital Clínico

Las estenosis esofágicas presentan modalidades diversas según la *etiología*. En este artículo nos proponemos simplemente dar una idea general de la *etiología*, *sintomatología* y *tratamiento*, fijándonos en las particularidades interesantes de algún caso concreto, que pueden ser útiles al médico práctico.

Dividiremos las *estenosis esofágicas* según la *etiología*, siguiendo el concepto clásico tan bien expuesto por GUSEZ.

Estenosis intrínsecas: Estenosis por neoplasia, estenosis cicatriciales traumáticas, estenosis espasmódicas e inflamatorias; estenosis congénitas, diverticulares,

flemososas, tuberculosas, sifilíticas; estenosis por cuerpos extraños.

Estenosis extrínsecas: Bocio, aneurisma aórtico, adenopatías, neoplasias periesofágicas, bronquiales, pulmonares.

EXPLORACIÓN:

Para diagnosticar las estenosis esofágicas se han utilizado diversos métodos. Primitivamente se usaba la exploración ciega mediante olivas seriadas unidas a un vástago metálico. Este sistema ha caído en desuso por lo perjudicial, fácil de producir lesiones perforantes de faringe y esófago y poco demostrativo, pues no nos da ninguna idea del grado de la estenosis, forma, etcétera, y ha sido sustituido por la exploración ciega con bujías de caucho, más manejables, menos perjudiciales y más adaptables a la clase de estenosis. Son utilizadas hoy todavía y pueden dar detalles suficientemente interesantes para la orientación exploradora con medios más demostrativos.

Con sonda podemos saber el nivel de la estenosis, el calibre de la permeabilidad esofágica muchas veces, pero hemos de tener mucho cuidado al hacer la exploración ciega, para evitar perforaciones, o en caso de cuerpos extraños provocar enclavamientos. Debemos proceder con mucha suavidad en la exploración.

Felizmente, hoy disponemos de otros procedimientos más demostrativos, más inofensivos y de gran precisión. La *radioscopia* y la *radiografía* nos proporcionan detalles concretos y precisos de la altura de la estenosis, de la forma y longitud en muchos casos; es una exploración obligada en todas las estenosis, pues nos orienta para una exploración esagoscópica con luz directa, sabiendo fijamente donde está el obstáculo.

No obstante, la exploración ideal es la esofagoscopia con luz directa por medio de tubos esofágicos.

Cada especialista es partidario de un modelo distinto según la costumbre en utilizarlo y la práctica que tenga en la aplicación del mismo, pues los resultados de estos exámenes o exploraciones son proporcionados a la habilidad del operador.

Todos los modelos tienen sus ventajas y sus inconvenientes. Nosotros nos servimos de los modelos de Brunings, que la práctica nos ha hecho muy manejables. GUSEZ los rechaza en absoluto y preconiza su modelo de luz a distancia. Hemos tenido un fracaso en una exploración por utilizar un modelo nuevo al que no estábamos acostumbrados. Reconocemos, no obstante, que los tubos ovalados aconsejados por BOTEY tienen ventajas en algunos casos de cuerpos extraños. CHEVALIER prefiere los modelos con luz próxima; pero a nosotros nos sucede que los jugos expulsados ensucian la lámpara e impiden la exploración.

Lo que debemos tener presente al practicar una esofagoscopia es no introducir el esofagoscopio con mandril ni a oscuras, pues nos expondríamos a penetrar en un fondo de saco o divertículo, o a perdernos en la faringe o la laringe. Al introducir el esofagoscopio con iluminación hacemos una exploración completa de la faringe, de la entrada del esófago y de todo el conducto hasta el cardias, que vuelve a repetirse al sacar suavemente el tubo esofagoscópico.

Para que el éxito acompañe la exploración es nece-