

Consejos del Viejo Minchaca

Dr. Raúl Praderi ¹



Todos los rioplatenses recordamos bien los consejos del Viejo Vizcacha que Hernández escribió en su *Martín Fierro* cuando el viejo zorro le enseña al hijo de Fierro su experiencia en la vida y de los hombres. El genio de Hernández hizo fáciles de recordar sus versos llenos de sabiduría e ironía ⁽¹⁾.

Muchos cirujanos cuando diagnosticamos u operamos vamos comentando y enseñando a nuestros ayudantes las situaciones que se plantean. Esos aforismos, máximas, reflexiones o consejos perduran en el tiempo y son recordados por los discípulos. Por eso voy a repetir algunos en esta exposición luego de referirme a como enseñaban los viejos maestros.

Aforismos y aforistas

Hipócrates ⁽²⁾, el maestro de Cos, fue uno de los más grandes escritores de la antigüedad y también el padre de la observación clínica en medicina. Su primer aforismo, tan citado y conocido, dice así: "La vida es corta, el arte es largo, las oportunidades fugitivas, la experimentación peligrosa, el razonamiento difícil. Es necesario no sólo hacer lo correcto sino también ser secundado por el paciente, por los que lo atienden y por las circunstancias externas." No sólo creó la medicina sino la manera más sencilla de enseñarla.

Repasemos rápidamente las palabras de otros autores.

Marco Aurelio ⁽³⁾, el emperador estoico, fue otro aforista importante. Dijo: "Si los marineros negasen obediencia al piloto o los enfermos al médico ¿a qué otro podrían apelar? ¿y cómo aquel podría llevar a puerto seguro los pasajeros y este devolver la salud a los que asiste?"

A Johannes De Mediolan ⁽⁴⁾, médico de la escuela de Salerno, primera facultad de medicina del Renacimiento, se le atribuye la obra con preceptos de higiene y dietética dedicada al rey de Inglaterra Enrique VIII, escrita también de esa manera.

Maimónides, el maestro de la medicina medieval árabe-judaica, enseñó con aforismos, al igual que Boherhaave, el clínico de Leyden en 1700.

Dijo Nietzsche: "El aforismo y la sentencia son las formas de la eternidad. Decir en diez frases lo que otro dice en un volumen y lo que otro no dice en un volumen."

Poco antes de la última guerra dos distinguidos cirujanos franceses, L. Ombredanne y N. Fliessinger, publicaron una serie de pequeños manuales titulados *Quelques vérités premières (ou soi-disant telles)*, sobre clínica médica y quirúrgica. Tomamos de dos de ellos algunas verdades que mantienen su vigencia.

1. Ex profesor de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Montevideo, miembro de la Academia Nacional de Medicina, Miembro correspondiente extranjero de las Academias Argentina y Peruana de Cirugía y del Colégio Brasileiro de Cirurgioes. Conferencia pronunciada en el 49º Congreso Uruguayo de Cirugía, realizado en la ciudad de Salto el 29 de noviembre de 1998. Correspondencia: Dr. Raúl Praderi. Luis P. Ponce 1337/502. CP 11700. Montevideo, Uruguay. E-mail: rpraderi@multi.com.uy

Dice Henri Mondor ⁽⁵⁾: “Uno de los dolores más terribles, vómitos a veces diarrea o melena, a veces detención del tránsito y los signos generales de una hemorragia interna con colapso precoz, sin contractura parietal... a la auscultación, silencio sepulcral de todo el vientre», diagnóstico seguro de infarto de mesenterio”. “Cuando un cirujano opera una hemorragia peritoneal espontánea en una mujer su mano se dirige enseguida a la pelvis donde está la causa: embarazo ectópico, ruptura de folículo o quiste de ovario, etcétera. Pero cuando se trata de un varón, la mano vaga incierta por el abdomen y a veces se debe retirar con la lamentable sensación de no haber resuelto el problema por no encontrar la causa del hemoperitoneo espontáneo”; ruptura de hígado o bazo o de un aneurisma de arteria esplénica, etcétera.

Ricardo Finochietto ⁽⁶⁾ en su libro Cirugía Básica, de 1959, reproduce en un capítulo sobre hemoperitoneo nuestra tesis sobre ese tema y transcribe estas palabras de Mondor que repetí en él.

Noel Fiessinger ⁽⁷⁾: “En los sujetos añosos, la litiasis de colédoco puede no acompañarse de ictericia importante y permanente: es una litiasis de colédoco sin síntomas.” Esto lo aprendí bien operando a mi abuela a los 82 años, que sin ictericia tenía 200 gramos de cálculos en el colédoco. “No hay más que un signo de quiste hidático, el grueso hígado de renitencia elástica y globuloso. El frémito hidático, cuando se percibe a la percusión, es característico. Traduce la existencia de un estado de tensión en una bolsa elástica, desaparece cuando el quiste muere porque pierde su tensión.”

Nuestros médicos decían : “Hombre sano con un bulto y con botas, quiste hidático”. Hoy no vienen con botas sino con zapatos de gimnasia, pero disponemos de la ecografía y los colegas tocan cada vez menos a los pacientes.

Comencemos con nuestros consejos. Empezaré con máximas militares, la segunda de Napoleón ⁽⁸⁾ en su *Arte de la Guerra*, dice así: “Formando un plan de campaña es un requisito prever todo lo que el enemigo puede hacer y estar preparado para contraatacarlo. Los planes de campaña pueden ser modificados al infinito de acuerdo a las circunstancias, el genio del general, el carácter de las tropas y la topografía del teatro de acción.”

El general Julio Roca ⁽⁹⁾, que dirigió la campaña del desierto en la Pampa argentina, decía: “Antes de la batalla todo debe ser preparación, pero una vez iniciado el combate hay que saber usar la improvisación.”

Llevemos a la cirugía estos consejos. Preparando todo perfectamente pero combinando la táctica y la técnica si los hallazgos de la patología lo requieren. Desde luego que el enemigo del que habla Bonaparte es la enfermedad, de la cual hay que hacer un buen diagnóstico. Esta máxima se aplica a la cirugía abdominal, sobre todo de urgencia.

En homenaje al Presidente del Congreso, Dr. Néstor Campos, empezará el viejo Minchaca diciendo:

I. *Es mejor ser gordo y operar flacos que ser flaco y operar gordos.* Cuando en mis viajes piden que haga una demostración quirúrgica repito esta frase, pues sería de muy mal gusto hacerle operar el vientre de un obeso a un cirujano invitado.

II. *Mas vale operar bien y ligero que mal y despacio. También es mejor ser rico y sano que pobre y enfermo.* Pero no se debe operar contra reloj. Si la cirugía está bien hecha y la técnica es conocida por todo el equipo, la operación se hace naturalmente rápido.

III. *Los ayudantes buenos siguen las reglas de las tres eses: secan, separan y se quedan callados.* Pero deben seguir el ritmo y los detalles de la operación.

Una vez tuve que operar en Santo Domingo ayudado por los dos cirujanos más distinguidos de la isla. Metían mano ambos a la par. Páre la operación y les dije: “Doctores, nunca hemos operado juntos” y les pedí que cumplieran la regla de las tres eses. Todo se simplificó y pudimos efectuar la hepaticoyunostomía planeada. Años después uno de ellos, el Dr. Delgado Batlle, declaró en un congreso que había realizado más de veinte operaciones similares con éxito.

IV. *La mujer cuando es joven es linda por fuera y cuando vieja es linda por dentro.* Lo primero nadie lo desmiente, pero en una viejita flaca como una gallinita pelada, los mesos son

transparentes, no hay grasa que moleste y los pedículos vasculares son fácilmente visibles y accesibles. La pared no tiene tensión, no se precisan grandes incisiones y el posoperatorio es muy sencillo. Podría relatar muchos ejemplos de esta situación, como una anciana francesa de esas características a la cual efectuamos colecistectomía y coledocostomía por una transversa, además de histerectomía de un gran útero miomatoso cuyos pedículos ligamos por un Mac Burney sacando la pieza por arriba

V. *Las fístulas digestivas postoperatorias pueden ser labiadas (si tienen mucosa) o mediatas si constituyen un trayecto tapizado por tejido conjuntivo. Estas cierran solas si por debajo no hay un obstáculo al tránsito, que puede ser algo tan simple como un fecaloma.*

VI. *Regla de los 20 días.* Peritonitis plástica posoperatoria del intestino delgado. Las vísceras, sobre todo el yeyunoileon, se adhieren entre sí después de las operaciones en el abdomen medio e inferior.

La diéresis de estas adherencias es fácil y se puede hacer con el dedo en las primeras semanas. Pero después de 20 días, liberar las asas es muy difícil, y se abren con facilidad, obligando a operaciones muy laboriosas.

Por eso aconsejamos, si es posible, esperar dos meses para intervenir. Entonces se podrán despegar con tijera.

Cuando me preguntan cómo actuar entre los 20 y los 60 días, no lo aconsejo, y cuando preguntan qué instrumento usar, digo: suma cautela.

He visto a cirujanos de experiencia abrir asas a discreción por no seguir esta regla, pero también a mí me ha pasado reoperando enfermos oncológicos. A veces hay que resignarse a pasar varias horas despegando el intestino. También conviene no entrar por la misma incisión sino más arriba o más abajo o al costado. Felizmente el intestino delgado es largo, por si eventualmente hay que reseca grandes trozos.

Hay un viejo truco cuando un asa está muy pegada al fondo de la pelvis, que consiste en no liberarla sino excluirla, haciendo una anastomosis látero lateral.

VII. Los viejos marinos a vela decían que los *chanchos no son marineros porque no miran hacia arriba* (es necesario mirar la arboladura y todos los cabos que de ella penden). Yo se lo digo a los cirujanos biliares, a los que sólo les preocupa el pasaje de contraste por la papila y en la colangiografía no miran si el árbol biliar está completo o con alguna rama obstruida por cálculos o tumores.

VIII. Siguiendo mi conocida inclinación por la náutica, le enseñé a mis discípulos que a los operados hay que dejarlos bien "*amarinados*" para el posoperatorio. Este término consiste en cerrar las escotillas, reducir el velamen, no dejar nada suelto en cubierta al llegar la noche o con mal tiempo. Aplicado a la cirugía, significa hacer buena hemostasis, no dejar espacios donde se puedan meter asas delgadas, emplazar correctamente los drenajes y cerrar bien la pared abdominal. A mis discípulos les decía: *no hay que ser bobito en la vida*. Les quería explicar que de esa manera, no los iban a llamar a las 3 de la madrugada para operar una hemorragia o una evisceración.

Las numerosas maniobras que hacemos al terminar una duodeno pancreatectomía o hepatectomía tienen por fin simplificar el postoperatorio y ahorrarse complicaciones.

IX. El eterno problema de los *drenajes peritoneales* no lo voy a resolver hoy aquí, pero recuerdo la técnica de drenajes en sedal con toma de aire que nos ha dado tanto resultado desde su descripción en 1978⁽¹⁰⁾ y que seguimos utilizando.

X. *Cierre rápido de laparotomías*⁽¹¹⁾. A veces en enfermos muy graves el anestesista nos apura para que cerremos el vientre, también hay casos en que se va a reoperar al día siguiente y no vale la pena hacer suturas perfectas. Para eso en 1980 empezamos a usar tubuladuras de suero atadas delante de la incisión que permiten cerrar un vientre en pocos minutos. Se discutió mucho en la Sociedad de Cirugía. Me pedían resultados estadísticos muy difíciles de obtener por tratarse siempre de enfermos complejos. Pero seguimos aplicando esta técnica que se difundió en nuestro medio. Como siempre pasa apareció en la literatura otro inventor que usaba un tubo

similar con un alma de alambre ⁽¹²⁾ cuyo nombre comercial era "Ventrofil" que se anuda sobre planchas de plástico. Así la técnica entró en el armamentario quirúrgico y se le llamó cierre en empalizada. Todavía la usamos con éxito sin tantas sofisticaciones.

XI. A veces en cirugía hay que saber retirarse a tiempo, sobre todo en oncología. Lo hacemos muy pocas veces, pues casi siempre existe la posibilidad de hacer cirugía paliativa. Pero en aquellos casos mis ayudantes ya saben porque yo les digo "Cadorna". Este era un general italiano que acostumbraba mandar telegramas con este texto "Retirata estratégica, firmado Cadorna." cuando lo perseguían los austríacos en la primera guerra.

Para manejo del enfermo, las enfermeras, los residentes y los familiares daré tres consejos:

XII. Hay que explicar al paciente o a su familia la operación que vamos a efectuar con dibujos o esquemas. Lo mejor que nos puede pasar es que sean inteligentes y entiendan. Así se evitan malentendidos y pleitos. (En 10.000 operaciones tuve un solo pleito, y no lo perdí)

XIII. *"Los enfermos no estudian medicina"*. A veces veo a médicos o enfermeros usar términos poco claros que no son entendidos y confunden.

XIV. Muchos operados de abdomen quedan con sondas nasogástricas que hay que saber manejar y poner a punto. Por eso les digo a las enfermeras: *"las sondas, las cometas y las cañas de pescar no funcionan solas, tiene que haber alguien en el otro extremo que piense y las maneje."*

XV. La historia clínica es a la medicina como los expedientes a la abogacía. En mi clínica un cartel rezaba así: *"La historia se diferencia de la prehistoria por la escritura. Lo que no está escrito no existe, escriba historias clínicas."*

Una vez tuve una consulta con un distinguido especialista que no sólo no escribía la historia ni la operación, tampoco las indicaciones.

Cuando lo increpé y le pregunté si no cargaba lapicera, me confesó que había sido alumno mío ¡Qué decepción!

XVI. Para terminar repetiré una frase del viejo Vizcacha dirigida a los cirujanos noveles.

"Potrillo recién te apunta el colmillo
mas te lo dice un toruno
nunca dejes que hombre alguno
te gane el lado dei cuchillo."

El bisturí es del cirujano.

Bibliografía

1. **Hernández J.** La vuelta de Martín Fierro. Buenos Aires: Librería del Plata, 1879.
2. **Hipócrates.** Les aphorismes. Paris: Antiqua, 1934.
3. **Barza R.** Grandes aforistas: Marco Aurelio, Nietzsche, etcétera. Buenos Aires: Emecé, 1944.
4. **Mediolano J.** Les aphorismes de l'école de Salerno. Paris: Antiqua, 1934.
5. **Mondor H.** Quelques vérités premières en chirurgie abdominale. Paris: Masson, 1937.
6. **Finochietto R.** Cirugía básica. Buenos Aires: López Libreros, 1959.
7. **Fiessinger N.** Quelques vérités premières sur les matâdies du foie. Paris: Masson, 1936.
8. **Napoleon.** Art of War. New York: Barnes & Noble, 1995.
9. **Luna F.** Soy Roca. Madrid: Sudamericana, 1991.
10. **Praderi R.** Drenajes peritoneales en sedal. Cir Uruguay 1978; 48: 51-3.
11. **Praderi R.** Cierre rápido de laparotomía con tubos de polietileno. Cir Uruguay 1981; 51: 144-7.
12. **Iacopino J, Czarnevicz D, Cilleruelo R, Colet A.** Cierre de laparotomía en empalizada. Cir Uruguay 1991; 61: 208-11.