

métodos actualmente empleados en el diagnóstico y tratamiento del cáncer son, en general, ineficaces. La radioterapia ha sido uniformemente ineficaz a causa de la elevada resistencia que las neoplasias gástricas presentan frente a cualquiera de las radiaciones de que se ha dispuesto hasta ahora.

Si la cirugía ha de ser eficaz, la resección debe practicarse precozmente en el curso de la enfermedad, antes de la aparición de síntomas. Así, pues, deben idearse métodos mediante los cuales grandes sectores de la población puedan ser examinados a intervalos regulares para encontrar el caso asintomático pero positivo. El método más práctico para llevar a cabo este tipo de exploración es el procedimiento fotofluorográfico, que ha sido sumamente eficaz en el descubrimiento precoz de lesiones pulmonares. Para determinar la eficacia de este método se ha establecido un plan de estudio preliminar utilizando los pacientes ambulatorios del Hospital Johns Hopkins de más de 40 años de edad y del sexo masculino. El estudio se proseguirá durante un período de cinco años.

Se espera deducir de este estudio la frecuencia con que habrá que repetir el examen fotofluorográfico del estómago en la población en general. El estudio determinará también la confianza que merece el procedimiento fotofluorográfico para el descubrimiento precoz de los tumores gástricos malignos, ya que este método prácticamente no se ha ensayado hasta ahora.



EL LIGAMENTO ILIOTIBIAL: SU PAPEL EN LA PRODUCCIÓN DE DEFORMIDAD EN LA POLIOMIELITIS

Dr. C. E. IRWIN,

Georgia Warm Springs Foundation, Warm Springs

CREE IRWIN que el ligamento iliotibial, con las estructuras a él asociadas, es probablemente el mayor factor deformante por lo que se refiere a la extremidad inferior y a la parte inferior del tronco después de la parálisis infantil. Se ha dicho que esto sólo sucede en aquellos casos que no tuvieron asistencia o en los que el tratamiento fué inadecuado en la fase aguda y al principio de la convalecencia. Esto no es siempre cierto. El autor ha visto aparecer y progresar estas contracturas, a pesar del mejor tratamiento conservador de que podía disponer el paciente. La importancia de estas estructuras como un factor deformante no ha sido suficientemente subrayada desde el trabajo original de YOUNT.

El ligamento iliotibial es la parte engrosada de la fascia lata a lo largo de su cara lateral. La afección de los músculos unidos a este ligamento es la causa del aumento de tensión a que queda sometido durante la fase aguda y el principio de la convalecencia de la poliomiélitis. El espasmo en la cabeza menor del bíceps y el aumento de tensión en el ligamento iliotibial pueden demostrarse fácilmente intentando extender la pierna sobre el muslo flexionado. El espasmo del glúteo mayor puede demostrarse con facilidad flexionando la pierna extendida sobre el tronco. Si la tensión aumentada del ligamento iliotibial durante la fase aguda o el comienzo de la convalecencia no se alivia mediante un tra-

tamiento conservador adecuado, esta tensión se convierte en una contractura progresiva.

El tratamiento indicado para el paciente en la fase aguda debe continuarse hasta que las articulaciones de la cadera y la rodilla puedan movilizarse pasivamente por completo en todas direcciones sin esfuerzo y sin que el paciente sienta dolor o molestia. Cuando se haya logrado esto, se habrá preservado en toda su longitud el ligamento iliotibial, y será menos probable que se produzcan deformidades por su contractura.

El autor dice que una contractura del ligamento iliotibial en un lado puede contribuir directa o indirectamente al desarrollo de las siguientes deformidades: contracturas en flexión y abducción de la cadera; contractura del muslo en rotación externa; genu valgum; deformidad de la rodilla en flexión y torsión externa de la tibia; pie varo; oblicuidad pélvica y lordosis lumbar exagerada.

Al discutir el tratamiento, el autor dice que una contractura o acortamiento del ligamento iliotibial no puede corregirse con distensión conservadora y manipulación por el fisioterapeuta; tampoco puede vencerse mediante la aplicación de una serie de vendajes enyesados por el cirujano ortopédico. Está indicada la intervención quirúrgica, sea cualquiera la edad del paciente o la duración de la enfermedad.

Después de indicar las razones por las cuales no debe practicarse la fasciotomía de SOUTTER, el autor subraya que las intervenciones de elección son una fasciotomía de la cadera del tipo Ober y una fasciotomía de Yount del ligamento iliotibial y del septum intermuscular lateral.

La fasciotomía de Ober consiste en seccionar la fascia y los ligamentos fibrosos y aponeuróticos interpuestos sobre el sartorio, el cuádriceps crural y el tensor de la fascia lata, llegando por detrás hasta el trocánter mayor. Debe evitarse la lesión del nervio fémorocutáneo.

El autor describe la fasciotomía de YOUNT como la extirpación de un bloque del ligamento iliotibial (2 a 3 centímetros), sección del septum intermuscular lateral hasta el fémur y sección de la fascia lata que cubre el vasto externo. Esto se hace a unos 10 centímetros por encima de la articulación de la rodilla.

Para la corrección postoperatoria en casos con deformidad unilateral es primeramente necesario pasar un alambre de Kirschner a través del fémur en el lado indemne, inmediatamente por encima del cóndilo. Se aplican vendajes enyesados desde el dedo gordo hasta la ingle en ambas extremidades inferiores, incorporándose un alambre de Kirschner en el lado sano. Se coloca entonces al paciente sobre una mesa de fracturas; el muslo del lado operado se mantiene en flexión y abducción. Se ejerce suficiente tracción sobre el lado indemne, por medio del alambre incorporado en el vendaje, para colocar la pelvis en ángulo recto con el eje vertical del tronco.

Manteniendo la tracción, se termina la parte del vendaje en espica correspondiente al cuerpo y se deja que se consolide. El paciente tiene ahora una sola espica, que comprende el tronco, la pelvis y el fémur de este lado. La pelvis queda en ángulo recto con el eje vertical del tronco.

Manteniendo la tracción, se termina la parte del vendaje en espica correspondiente al cuerpo y se deja que se consolide. El paciente tiene ahora una sola espica, que comprende el tronco, la pelvis y el fémur de este lado. La pelvis está horizontal y la columna lumbar está plana.

La extremidad del lado afecto, que se ha mantenido en flexión y abducción y no se ha incorporado en la espica, de hacer girar hacia dentro, extendida y adducida hasta que se siente considerable resistencia. La doble espica se completa ahora ligando esta extremidad a la espica simple ya aplicada al otro lado.

Fácilmente se obtiene la corrección adicional necesaria aumentando más la extensión y adducción de la extremidad cada tres a cinco días.

Las ventajas de este método sobre la simple tracción se ponen de manifiesto cuando se analizan más de cerca estas deformidades. En estas contracturas hay tanto un elemento de flexión como de adducción.

En deformidades antiguas, cuando los otros músculos mencionados están secundariamente contraídos y contribuyen a aumentar la tensión del ligamento iliotibial, puede rara vez ser necesaria una fasciotomía de Soutter, además de la sección del ligamento iliotibial. El ligamento iliotibial debe seccionarse siempre, aunque esté indicada una fasciotomía de Soutter.

El cirujano que intenta corregir —y fijar la corrección mediante anquilosis— una curva de la columna lumbar, cuando la pelvis forma parte de esta curva, se expone a un desastre si antes de hacer la anquilosis no elimina todas las contracturas por debajo de la cresta del ilion que contribuyen a la deformidad. En todas las deformidades del tipo del genu valgum que requieran la osteotomía en la región supracondilar debe practicarse al mismo tiempo la sección del ligamento iliotibial y del septum intermuscular, si la contractura contribuye a la deformidad en el caso en cuestión.

EL PROBLEMA DE LA ÚLCERA PÉPTICA

Dr. THEODORE L., ALTAHUSEN,
San Francisco, Calif.

ALTAHUSEN presenta datos que indican que las recidivas de las úlceras son tan frecuentes en todos los tipos de práctica médica, que, con algunas excepciones, la úlcera péptica debería considerarse como una enfermedad incurable. Es urgente combatir la enfermedad mediante medidas adecuadas. Los malos resultados obtenidos con el enfoque actual del problema de la úlcera péptica deben atribuirse no tanto a los resultados del tratamiento médico de la úlcera corriente como al fracaso en la prevención de las recidivas.

Las recidivas de la úlcera péptica están asociadas con cuatro principales causas «provocadoras»: Fatiga física y mental, trastornos emocionales, transgresiones dietéticas e infecciones respiratorias. Las medidas preventivas consisten en: *a)* Eliminación del exceso de trabajo y adaptación de la situación ocupacional; *b)* Atención a los factores psicosomáticos; *c)* Precauciones con respecto a la dieta y a los llamados «estimulantes»; *d)* Proxilaxis y tratamiento de las infecciones respiratorias; *e)* Institución de un régimen protector durante los períodos de tensión inevitable; *f)* Rápido tratamiento de las recidivas de molestias epigástricas.

La prevención de las recidivas de la úlcera debe iniciarse con un diagnóstico correcto y un tratamiento médico adecuado. La no insistencia de los médicos en un régimen severo y sostenido disminuye el tanto por ciento de casos de éxito y da por resultado recidivas precoces de la úlcera péptica, que finalmente conducen a complicaciones graves. Esto se aplica en particular a los pacientes con poca sensibilidad para el dolor. Se discute la gastrectomía sub-