

LA ANATOMIA EN EL EJERCICIO DE LA PROFESION MEDICA

POR EL DR. BENJAMIN BANDERA

PARECERA ocioso insistir en que el conocimiento de la Anatomía Normal es enteramente indispensable para el ejercicio de la profesión del médico, ya que en el ánimo de todos está que esta materia es considerada como fundamental y con sobrada razón. Pero ocurre con esta verdad lo que con muchas otras, que a fuerza de familiarizarnos con ellas, las vamos dejando a un lado; de tanto pensar que las debemos saber, saltamos sobre ellas, dando por de contado que existen como primer escalón, cuando por el anhelo de subir olvidamos de considerarlas y pasamos en busca de una solución final, que a veces no se encuentra, porque sus raíces arrancan de ese primer paso que por sabido olvidamos.

Al iniciar los estudios de Anatomía Descriptiva en el primer año de la carrera, lo novedoso de la materia nos atrae y con el entusiasmo de todo principio, adquirimos gran acopio de conocimientos anatómicos, reforzados más tarde, con el estudio de la Anatomía Topográfica. Pasan estos primeros años, llegan los problemas de la Patología, de la Clínica, de la Terapéutica y nos deslumbran; el resultado final de la carrera se entremira, lo que más adelante nos pedirán los enfermos, curación, se toma como el resultado definitivo al que debe de llegarse y los conocimientos de Anatomía, abrumados por los nuevos, se van hundiendo poco a poco en la memoria y al llegar el examen profesional, con un verdadero esfuerzo, se recuerda la Anatomía Topográfica, a guisa de mera erudición, para cerrarla y dejarla abandonada, una vez entrados en el diario ejercicio profesional. Y en la continua lucha de la vida del médico, cuando se reflexiona sobre el caso difícil, sobre la nueva entidad patológica, se pasa como en ascuas sobre los elementos anatómicos,

si es que se fija en ellos, para llegar al cuadro sintomático y al recurso terapéutico. Si se trata de cirujanos, se dice que la importancia de la materia en cuestión es capital, como lo es la Geografía para el arte militar, pero se va observando que para la práctica usual, la asepsia y la hemostasis son auxiliares bastantes y en muy contadas ocasiones, se hace una repetición operatoria en el cadáver, con lo que se considera suficientemente estudiado el caso.

Muy otro es, a mi parecer, el papel de la Anatomía en las actuales condiciones de la Ciencia Médica. Se ha insistido en la cooperación de los diferentes especialistas para encontrar la solución de los diversos problemas que se nos presentan. La unión del médico y del cirujano, por la que he abogado ya en otra ocasión, es necesarísima. El auxilio del laboratorio, lo es igualmente. Siguiendo las tendencias actuales, se estudian los órganos en plena función y no como anteriormente se hacía en estado estático y por lo tanto el fisiólogo se ve solicitado para dar su contingente; pero nunca se llega al anatomista, no se cree que su auxilio pueda ser útil y más cuando se confunden el significado de los términos de la frase que dice: el criterio fisiológico priva sobre el anatómico, con lo que torpemente piensan algunos que solo debe de concederse interés al estudio de la Fisiología, sin comprender que la base para la explicación de los fenómenos fisiológicos está en el estudio anatómico del órgano. Estudiar un aparato, un sistema, un órgano en plena actividad, para de ahí conocer cuando se aparta de los límites de lo normal, antes de que se presente la lesión anatómica, es el concepto mejor que podemos tener de la enfermedad, ya que es el más sencillo de combatir; pero de eso a tomar equivocadamente el criterio fisiológico como un olvido del conocimiento anatómico, es un lamentable error que cometen algunos, llevados de la ansiedad de sumergirse en las nuevas corrientes científicas.

Muy lejos está de mí el pensar que los señores Académicos tengan necesidad de rectificar su criterio, cuya solidez y acierto se comprueban a cada paso, pero sí que recordándoles estos extravíos, me ayuden a emprender la rehabilitación de una materia, árida, difícil, aunque no tan árida ni tan difícil, cuando se llega a ella sin prejuicios y con entusiasmo. Hay que saber acercarse, que no entrega sus secretos al primero que llega, ni tampoco suaviza sus arideces, ni revela sus encantos ocultos, a quién solo pretende arrancarle con brutalidad, el dato práctico y preciso. Alguien ha comparado a la Ciencia con la Mujer y este símil que

algunos llamarán irrespetuoso, tiene grandes analogías cuando se trata de la posesión de una y de otra.

Pero veamos cómo puede ayudar el anatomista en la resolución de algunos problemas de actualidad. Elijamos para nuestro objeto, el duodeno, esa porción inicial del intestino, tan interesante por los fenómenos fisiológicos que en ella se verifican y por su patología.

Según la Anatomía clásica, se le consideran al duodeno cuatro porciones: la primera, ascendente, arriba, atrás y a la derecha, que se extiende del píloro al cuello de la vesícula biliar; la segunda, descendente, que del cuello de la vesícula alcanza la parte inferior de la cabeza del páncreas; la tercera, horizontal termina al nivel de los vasos mesentéricos superiores y la cuarta, ascendente, que de allí se dirige al ángulo duodeno-yeyunal, donde se continúa con el yeyuno.

Esta división de acuerdo con la forma más común del duodeno, único elemento en que se funda, no puede bastar para el criterio fisiológico remanente y como la anatomía no es un estudio inmutable ni anquilosado, trata de colocarse desde un punto de vista más racional, y examinando toda la longitud de esa porción del intestino, los famosos doce dedos que le dieron nombre, encuentra que la primera porción y el principio de la segunda, hasta el ámpula de Vater, tienen caracteres iguales entre sí a pesar de pertenecer a dos segmentos diferentes y que se distinguen, por numerosos detalles, de las partes restantes. En efecto, esta porción del tubo digestivo es la continuación de la parte pilórica del estómago, con quien comparte el mismo origen embriológico, igual irrigación por el tronco celiaco e idéntica inervación, dada por el neumogástrico y el simpático, así como también análogos linfáticos. La mucosa delgada y granulosa, no contiene las válvulas conniventes y presenta las glándulas de Brunner, iguales en estructura a las que secretan el ácido en el estómago. A semejanza del extremo cardíaco, sirve de cámara de mezcla para los alimentos y las secreciones digestivas, carece de peristalsis y participa de los movimientos diafragmáticos, por intermedio del hígado. En cambio, la porción colocada abajo de la papila mayor de Santorini, tiene las válvulas de Kerkring, escasas glándulas de Brunner y su nutrición la proporciona en parte, la mesentérica superior siendo mayor su fijeza, por las adherencias a órganos vecinos.

Como si las diferencias entre estas dos porciones duodenales no fueran bastantes, en el dominio de la Patología todavía se subrayan con los diferentes padecimientos que las atacan. La úlcera del duodeno se

encuentra en el 90% de los casos, (1) en la primera porción y la parte de la segunda que queda arriba de la papila. En 496 úlceras duodenales recopiladas por Jefferson y Flumerfelt, (2) tomadas de estadísticas de Moynihan, Perry y Shaw, Peck, Wilkie, Codman y Hartmann, 492 fueron suprapapilares, 3 papilares y una infrapapilar.

La predominancia de este padecimiento y principalmente su localización en la parte más alta, la cúpula duodenal, la explican algunos, porque esos sitios elevados de las vísceras huecas, esas porciones donde la curva se acentúa, son por lo general mal nutridas y propicias por lo tanto a las localizaciones patológicas. Wilkie estudió a este respecto 40 especímenes y encontró que los primeros 5 centímetros del duodeno revelan una circulación deficiente en comparación con el resto, por lo que se le ha llamado *area critica*. Esa primera porción está nutrida por algunos ramos que descienden de la gastro-epiploica derecha, mientras que las otras, tienen el arco duodenal formado por las anastomosis de las pancreático-duodenales, superior e inferior, ramas de la gastro-epiploica citada y de la mesentérica superior, respectivamente. A estos pueden agregarse otros datos anatómicos. La llamada por los clásicos, primera porción del duodeno es móvil y al acodarse en su continuación con la siguiente, ofrece un sitio de predilección para la localización de las infecciones, que gustan de situarse en el punto de reunión de dos curvas y en donde una porción fija sigue a otra móvil. Para Mayo (3), la predominancia de estas lesiones en el hombre se deben a la inclinación de esta porción inicial del intestino, que permite un contacto mayor con los líquidos, ácidos, ocurriendo lo contrario en la mujer cuyo duodeno, más horizontal en su iniciación, presenta condiciones opuestas.

No sólo en las ulceraciones, también en el carcinoma, se nota predominancia en la porción supra-ampular y en la ampular, aunque haciéndose notar, que el cáncer consecutivo a la úlcera, no tiene la frecuencia que en el estómago.

Ante las consideraciones enunciadas, una nueva división del duo-

(1)—Some Anatomic and Physiologic Principles Concerning Pyloric Ulcer. G. P. Laroque. M. D. *Annals of Surgery*, V. LVIII, N° 2.

(2)—The anatomical and physiological subdivisions of the duodenum with a note upon the pathogenesis of ulcer. G. Jefferson y G. Flumerfelt. *Annals of Surgery*, V. LXII, N° 3.

(3)—The relation of Anatomy to present day surgery. W. J. Mayo. *Collected papers of The Mayo Clinic*, V. XII, 1920.

deno se impone, basada en la embriología, en la fisiología y en la patología: Dos autores ingleses, Geoffrey Jefferson y Gertrude Flumerfelt, proponen que tomando como línea divisoria la desembocadura del canal colédoco en el duodeno, se denomine **porción supra-papilar**, la que está comprendida entre la papila y el píloro y **porción infra-papilar**, de la papila hasta el ángulo duodeno-yeyunal.

Las consideraciones anteriores, que sirven de fundamento a esta división, son bastante interesantes para que tenga que insistir sobre las ventajas que en la nomenclatura traería el considerar únicamente esas dos porciones; y he aquí, como la Anatomía, da la base para la resolución de problemas cuya importancia rebasa los límites que se le marcan.

A propósito de esta misma región, cabe señalar el límite exterior entre el estómago y el duodeno, punto de controversia sobre la localización de los procesos ulcerosos, que hacía variar considerablemente las estadísticas, ya que para algunos las úlceras gástricas sobrepasaban a las duodenales, afirmando lo contrario quienes se apoyaban en la famosa vena duodenal, (Moynihan y Mayo). Este simple detalle anatómico fué suficiente para hacer correr una gran cantidad de tinta, por más que en esta ocasión el criterio severamente conducido, no era justo y en la actualidad, el mejor estudio de los padecimientos ulcerosos gastro-duodenales, ha hecho que sin despreciar por completo el límite variable de la vena duodenal, se dé preferencia al cuadro sintomático, ya bien definido, considerando que para clasificar una lesión, no basta que ésta se aparte unos milímetros de la frontera señalada, sino que es necesario que en sus orígenes, en su sintomatología y en su evolución esté más del lado gástrico que del lado duodenal.

Vaya por último un dato quirúrgico práctico, basado únicamente en un detalle de embriología. El mesenterio se inserta en la pared posterior del abdomen según una línea dirigida de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo. Es difícil reconocer en una asa del intestino delgado cual es su dirección y qué extremo corresponde hacia arriba y cuál para abajo. Aprovechando los datos embriológicos de formación del mesenterio y su situación definitiva en el adulto, Monks explica la manera de hacerlo: si se tiene una asa del intestino delgado fuera de la incisión un ayudante la sostiene y el cirujano la toma entre el pulgar, por un lado, y los dedos restantes de la misma mano, por el otro. Deslizándose en esta forma los dedos, hasta la raíz del mesenterio, si éstos llegan ahí sin encontrar tropiezo, la dirección del asa es de arriba a abajo; en cam-

bio, si deben torcerse para alcanzar el punto señalado, sera la contraria. Igualmente puede reconocerse si el segmento intestinal pertenece a la porción alta del yeyuno o a la inferior del ileon. En el primer caso, el intestino es grueso y ancho y el mesenterio delgado; sus vasos son gruesos, largos y formando uno o dos arcos antes de alcanzar el borde. En el segundo, el intestino es delgado y el mesenterio grueso; los vasos, cortos y gruesos, forman dos, tres y hasta cuatro arcadas y se ven acompañados en la pared intestinal por grasa.

Aun podríamos señalar nuevos ejemplos, tales como la rotación del colon, punto que está hoy en el tapete de la discusión y que constituye una de las teorías de formación de las membranas y velos que se observan sobre el intestino grueso; pero esto sería alargar demasiado las dimensiones de este escrito y recalcar lo que creo ya suficientemente demostrado.

Es pues indispensable que todos tratemos de colocar a la Anatomía en el lugar que se merece, aprovechando nuestras diversas esferas. Desterrar la idea errónea de que dicha materia solo aprovecha a los cirujanos, cuando que la Anatomía del Médico existe y ay de aquel que la olvide, ¡cuántos errores cometerá, ya no solo en la explicación de los fenómenos que observe, sino aun en las más simples exploraciones!

Los que indudablemente estamos más obligados a todo ésto y encontramos un campo amplio y vírgen, somos los que tenemos a nuestro cargo la enseñanza de dicha asignatura. Mostrar a los alumnos no la Anatomía de figuras y dibujos, sino la viviente, esbozándoles desde el principio y en los términos en que nos puedan comprender, la trascendencia ulterior de las cuestiones que se les enseñan; hacerles sentir amor para la materia, para que más adelante no la descuiden; que se grabe en ellos su capital interés, para que en lo futuro no la arrollen las nuevas enseñanzas. Pero es necesario que los Profesores que nos sigan, continúen subrayando todo lo que significa, de tal manera que en cada asignatura, el alumno escuche el fundamento anatómico de todo lo que va aprendiendo y de este continuo repetir, se compenetre de que es algo sin lo cual no podrá más adelante resolver sus problemas y sobre todo si se lanza por altos senderos de la investigación científica.

Afortunadamente en nuestra Facultad se ha dado un gran paso que será sin duda muy benéfico para la enseñanza, y es la creación de una clase de embriología, materia sobre la que han pasado muchas generaciones de médicos, conociéndola únicamente por su nombre, siendo como

es uno de los progresos que debemos a la actual dirección científica de nuestra enseñanza y cuyos frutos no debemos tardar en recoger.

Es necesario volver a la Anatomía. Hagamos un balance de nuestros conocimientos a ese respecto y podremos darnos cuenta de todos los vacíos, de todas las lagunas que comprende. Hay que dar un mentís a la frase hecha: "El que es buen anatomista es mal cirujano", que solo tiene el valor de todo aquello que se nos da preparado y que gregariamente aceptamos sin detenernos a pensar en la falsedad que encierra. Mejor sería sustituirla por esta otra: "El que es buen anatomista es buen cirujano y es buen médico". Y que todos seamos buenos anatomistas.

México, a 26 de octubre de 1927.