

COLABORACION

**Un Caso de dos Divertículos del Cólon Transverso
y de Doble Apéndice**

POR EL DR. W. NIMEH

EL caso que os presento esta noche, es una rareza muy interesante y, otro triunfo de la radiología gastro-intestinal. Se trata de dos divertículos del cólon transverso (sitio casi desconocido de diverticulitis, tomados por cálculos de los dos riñones y, de una anomalía, *hasta la fecha no mencionada*, en la literatura médica de doble apéndice, en el señor L. M., de 23 años de edad, casado, de buenas costumbres y vida metódica, originario de Damasco y, establecido como comerciante en esta ciudad desde 1920, quien vino a consultarme en Julio de 1924.

ANTECEDENTES FAMILIARES.—Trastornos gastro-intestinales dominantes: su padre y tres de sus hermanos (estos últimos clientes míos) padecen de úlcera duodenal; la hermana falleció hace poco en el Brasil a consecuencia de una gastrectomía practicada por úlcera gástrica; la madre actualmente acusa una periduodenitis, quizás con úlcera. Además toda la familia tiene un terreno neuropático. Ninguna sospecha hay de lues u otra infección.

ANAMNESIS.—Tuvo disentería tal vez amibiana, a la edad de diez años y fué esta la única enfermedad que ha sufrido hasta su llegada a México, cuando empezó a acusar lo siguiente: dolor epigástrico espasmódico tardío, de dos tiempos, el segundo a las 2 ó 3 de la mañana en caso de haber cenado, dolor seguido de náusea y, últimamente vómitos con horario irregular y, a menudo, en ayunas; eructos agrios con periodicidad del dicho cuadro clínico. Además, se queja de estreñimiento crónico, molestias vago simpáticas especialmente emotividad y astenia con estabilidad del sueño y el peso.

EXPLORACION.—Enfermo emaciado de facies inquieta, con algo de hiperestesia abdominal y dermatografismo, taquicardia, exageración de reflejos, buena dentadura. Puntos dolorosos: epigástrico vesicular y princi-

palmente el duodenal; chapaleo negativo, presión sanguínea normal, peso 50 kilos, estatura 1 m 65. Nada de particular en lo demás.

El análisis del jugo gástrico denunció hiperacidez e hipersecreción.

Examen coprológico: negativo.

Bordet-Wassermann. negativo.

Fórmula hematológica: anemia secundaria.

Orina. normal.

Examen radiológico: la scopia reveló un estómago chico hipertónico, con piloro libre; bulbo duodenal deformado, dolor a la presión del plexo solar. La grafía en serie permitió descubrir deformación duodenal constante. Tránsito intestinal. estasis ileal; sobre el polo inferior del ciego se ven el apéndice lleno y otra sombra adyacente del mismo calibre, tamaño y orientación paralela, situada a un $\frac{1}{2}$ cm. de la primera; probablemente de otro apéndice. La manipulación de los apéndices no pudo separarlos de los puntos de unión que tienen con el ciego. Tampoco con la expresión de sus contenidos se pudo llenarlos más o vaciarlos. Diagnóstico: úlcus duodenal sujeto a tratamiento clásico con mejoría marcada, en un mes.

Regresa el enfermo a verme en 1925. Su estado es casi igual, acusando periodicidad de molestias mismo tratamiento, mejoría rápida.

En 1927, le veo durante una crisis apendicular franca que cede pronto.

En 1928, me llaman en la noche a verlo. Le encuentro con un cólico renal muy típico. Pido radiografía y examen de orina tras lo que el enfermo va a consultar a un conocido médico extranjero de mucha clientela, quien diagnostica previo examen roentgenológico, un cálculo en cada riñón e insiste sobre la operación de la cual, por suerte, escapó el enfermo después de haber sido hospitalizado. Entonces recurrió a un eminente urológico quien mediante cateterismo y rayos X diagnosticó él también cálculos y aconsejó la intervención. El examen de la orina siempre fué negativo. El enfermo asustado se trasladó a Tehuacán por una temporada de cuatro meses que fueron de bienestar para él.

De nuevo cae víctima de los antiguos síntomas y, entonces cual judío errante, va recorriendo a los gastro-enterólogos. Por fin y por casualidad, tras nuevo examen radiológico completo y minucioso, mi amigo y colaborador don Fernando Hernández descubrió que las dos manchas tomadas por cálculos renales tienen las característica siguientes:

Localización: en un plano paralelo a la primera vértebra lombar.

Tamaño: de una almendra de 2 cms. de diámetro vertical y 13 mm. de diámetro longitudinal.

Forma: elíptica.

Movilidad: móviles en posiciones diferentes.

Punto de dolor: dolorosas a la presión;

que son imágenes paradójicas, pues por la scopia, la mano pudo hacer cambiar su lugar y estando el enfermo en posiciones diferentes, se llenan fácilmente con el bario y aun con enterolitos intestinales, pues dan la misma sombra cuando el bario no fué administrado. Llenando el cólon con lavativa opaca o administrándolo por vía bucal, los divertículos no se ven y su lugar se ve desocupado probablemente porque no son marginales. Pero cuando el bario ya está eliminado entonces es cuando los divertículos dan sombra. Además, en una radiografía hemos observado otro divertículo que vacía y se llena, situado frente de la columna vertebral y a media distancia de los demás.

De estos incidentes deduzco la siguiente triada sobre la que insisto nuevamente.

1o.—Los rayos de Roentgen nos suministran siempre datos correctos y el error puede consistir, cuando lo hay, en la mala interpretación del examinador.

2o.—Es imprescindible el recurrir, como rutina al examen radioscópico cuando se explora el tubo digestivo.

3o.—La exploración completa de las vías digestivas se practicará en todos los casos después del conocimiento detallado del cuadro clínico y aquí conviene repetir el consejo del profesor Boas, de Berlín, quien me dijo: «Si volviera a tener los años que usted cuenta ahora y escogiera su especialidad, haría por mí mismo los exámenes radiológicos y de laboratorio de mis enfermos.»

El cliente en cuestión continúa padeciendo sus molestias gástricas, mitigadas, si bien conserva su peso fisiológico estable y vive su vida comercial agitada.

W. NIMEH.