

GACETA MEDICA DE MEXICO

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Registrado como artículo de 2a. clase, con fecha 23 de junio de 1934

Tomo LXV

Abril de 1934

Número 4

UNO DE LOS PUNTOS OSCUROS EN LA CLINICA DEL ABDOMEN

Dr. Gabriel M. Maldá.

El médico llamado con urgencia para atender a un enfermo que tiene síndrome abdominal agudo, se encuentra en uno de los momentos más críticos y comprometidos de la profesión. Lo mismo es que la sintomatología sea abundante o escasa, siempre surgirán meditaciones difíciles, razonamientos dudosos que pueden conducir al sofisma y a la falacia con lamentables fracasos en la edificación del diagnóstico, y deducciones peligrosas para la terapéutica del paciente.

Yo en lo personal, ante un enfermo que sufre del abdomen, me siento más desconfiado y temeroso en mi diagnóstico, que ante otros problemas de clínica general o particular, afocados a otras regiones, órganos y tejidos.

Mi sentir es que así como se mide al verdadero operador colocándolo ante una grave intervención del cuello, así también al clínico se le califica enfrentándolo ante las múltiples incógnitas que reserva un abdomen cerrado.

No es de sorprender la dificultad; aquí por más disciplina mental que tenga el médico, por más severidad desplegada en el método de exploración de su paciente, se encuentran problemas inductivos en los que la explicación conduce muchas veces a lo inexplicable. En estas regiones múltiples que constituyen el abdomen, lo intrincado de su anatomía, y los puntos nebulosos de su fisiología, desesperan al clínico y lo obligan a hacer inferencias únicamente probables, supuesto que las proposiciones fisiológicas y patológicas en lo que atañe al vientre, rara vez son universales, y si comunmente "generalizaciones aproximativas", como las denomina Stuart Mill; dando éstas lugar a inferencias únicamente probables, y se sabe que la probabilidad es únicamente la inclinación a creer.

Para aumentar la dificultad en la operación del razonamiento clínico, viene a sumarse dos motivos también; "la pluralidad de las causas" y el otro más grave aún, la "mezcla de efectos". Bien dice Stuart Mill al considerarlas como los escollos más peligrosos que tiene la inducción.

Obscuro es el abdomen en su anatomía; obscuro en su fisiología; limitado y deficiente aún en los métodos para explorarlo; pero donde culminan las dificultades es en su semiótica.

Todo lo anterior explica, defiende y disculpa, los cotidianos errores de diagnósticos cometidos por médicos incipientes y clínicos consumados.

Es a uno de estos errores de la patología abdominal, al que voy a referir en estos apuntes. Es uno de tantos puntos oscuros de la clínica, que los lamentables fracasos han puesto de relieve al través de los años, dando la luz al diagnóstico y orientando la terapéutica.

Me coloco en el terreno de los hechos: el médico está al lado de un paciente, a quien acaba de estudiar con clínica meticulosa, y que llega a la conclusión que es el abdomen el que padece; que se trata de una afección local y no de una enfermedad general con localizaciones en las vísceras del vientre; que no se trata de una afección torácica disfrazada con sintomatología abdominal; que se ha avanzado más aún en el razonamiento clínico, y llegado a tener la impresión que el abdomen estudiado pertenece al dominio de la cirugía.

Con esta conclusión no se ha abordado el fin; se ha eliminado la patología médica en su mayor parte, pero nos enfrentamos ahora con los graves problemas de la clínica quirúrgica. Aquí ya unidos el médico y el cirujano, van a estudiar y a discutir en qué género de padecimientos quirúrgicos catalogaran aquel abdomen. Tenemos en nuestra mente el expediente voluminoso de la patología quirúrgica; de él hay que entresacar lo que la sintomatología expresada por el enfermo pida y obligue a conotar. Este es el momento en que la valorización de los síntomas y su transformación en signos hablan elocuentemente; o éstos únicamente bosquejados, nebulosos, y aun ausentes, dejan perpleja a la sagacidad clínica. Aquí desfilarán en catequismo mental, el síndrome de una hemorragia interna; de una pancreatitis aguda hemorrágica; de un infartus intestinal por trombosis de los vasos mesentéricos. Las obstrucciones y oclusiones intestinales con sus variadas expresiones clínicas. Los vólvulos y las torciones de vísceras y productos patológicos (quistes del ovario, bazo, anexos, intestino, epi-

plón, fibroma pediculado, etc.) Supongo que la discusión diagnóstica ha eliminado todo lo expresado y aun mucho más; solo queda aplicando el método de los residuos, el gran capítulo de las peritonitis. ¡Hay peritonitis! La adquisición por el conocimiento intuitivo y los signos subjetivos no deja duda; pero el término peritonitis es hoy un "género", antes era un nombre que se creía indivisible y que traía como terapéutica correlativa una canalización; canalización ciega, que llevaba una finalidad, pero no justificaba una etiología. En estos tiempos con avidez se investiga la patogenia y etiología de los síndromes peritoneales, para que nuestra terapéutica se aproxime a ser legítima y justificada. Ya no hay peritonitis, sino síndromes peritoneales con pluralidad patogénica y etiológica. Hablando lógicamente, la peritonitis, vuelvo a repetirlo, hoy es un género, que se considera, comprende muchas especies; éstas cada día aumentan más el índice nosológico, y nos preocupa sobremanera clasificarlas a la cabecera del enfermo.

Fácil en algunos casos es reconocerlas cuando se nos informa de un traumatismo, por ejemplo, de una úlcera del duodeno o del estómago; de una vesícula biliar repleta de cálculos, o durante la evolución de una dotienteria, etc.; pero el drama del peritoneo puede desarrollarse en el curso de una salud floreciente, de manera imprevista, sin que haya antecedentes que puedan sospecharlo. Repentinamente un dolor brutal que produce hasta el síncope; el semblante desfigurado, el pulso miserable y una sintomatología aumentada a cada momento y evolucionando rápidamente hacia el colapsus y la muerte.

Estas son las tragedias que conmueven más el espíritu clínico, por más aplomado que sea. Se formula una etiología precisa o dudosa, y si la fortuna hace que la mano quirúrgica llegue a tiempo, la probabilidad será la salvación del enfermo.

El desenlace que un paciente de esta naturaleza puede tener, podría pronosticarlo de la manera siguiente: 1o. No hay diagnóstico, ni iniciativa a una laparotomía exploradora, pero en cambio sí hay el tratamiento de la expectación armada, que yo le llamo desarmada, robando un tiempo precioso que significa la espera de la muerte. 2o. Hay diagnóstico exacto y terapéutica quirúrgica inmediata con resultados plausibles. Hubo diagnóstico y cirugía inmediata; pero hubo error en él; éste fué cometido por un espíritu nunca conforme con lo determinado; al no encontrar lo previsto, explora el abdomen y despista la causa de la catástrofe. 3o. Hay error de diagnóstico comprobado al abrir el vientre; pero desgraciadamente la pusilanimidad del

cirujano o las condiciones precarias del enfermo, hacen que el vientre no se explore, o se explore incompletamente; corolario de esto, un diagnóstico no rectificado y una terapéutica fracasada. Esta exploración minuciosa del vientre encaminada a rectificar el error, induce a la verdad, es la que proporciona al cirujano sorpresas inesperadas; una de ellas es el tema de este modesto trabajo; es uno de los puntos más oscuros de la patología del abdomen y uno de los dramas clínicos más graves y difíciles de precisar.

Se tiene a la vista un enfermo con el cuadro completo de apendicitis, con peritonitis generalizada; no falta un solo síntoma. Llega el cirujano y encuentra esperanza en la intervención. ¡Se abre el abdomen! Un líquido con el aspecto de un caldo sucio o netamente purulento escurre desde que el peritoneo es dividido. El operador afoca su búsqueda hacia el apéndice; lo encuentra; éste está libre, flota aun en líquido purulento; pero no está perforado ni gangrenado, ni inflamado aun, si acaso ligeramente dilatados sus vasos y los de su meso; se inicia la perplejidad! Hay peritonitis sí, pero no es el apéndice quien la ha producido; la clínica ha fracasado en su diagnóstico etiológico. Se hace un repaso mental del expediente clínico; se vuelven a analizar los datos de la anamnesis, los signos funcionales, físicos, etc., y todo concuerda en las operaciones intelectuales de inducción y deducción que se han llevado a cabo para establecer el diagnóstico de apendicitis. Sólo la pluralidad de causas, ese fantasma, esa ave negra, que nos persigue en la clínica y que limita tanto el razonamiento, puede haberse interpuesto y traer el error.

Las ideas vienen en tropel; se atropellan unas con otras; pero hay que tomar una orientación. ¡Aquí es cuando se valoriza al verdadero cirujano! Es el momento de apreciar la conciencia quirúrgica del profesionalista. Un simple operador, un timorato o un deficiente, cierra el vientre, y aplica una canalización; es decir retrocede años atrás tratando la peritonitis. Aquel que tiene conciencia quirúrgica, alma de cirujano, no se detiene ante el abismo de lo desconocido; se enfrenta ante la incógnita porque su ética profesional se lo manda, se lo impone; no cumplirá con su deber suturando aquel vientre, donde tiene la seguridad que se encuentra emboscada la muerte. La verdadera deontología quirúrgica aquí, como en todos nuestros problemas de moral médica, está en normar nuestra línea de conducta en bien y provecho de nuestro paciente. ¡Buscar ante todo la causa de la peritonitis! Debe ser el programa rápidamente proyectado.

Si no es el apéndice la víscera responsable de esta inundación peritoneal hay que escrutar otras que con frecuencia producen el desastre. Pa-

sar al abdómen alto y reconocer el estómago, su piloro y el duodeno. ¡Negativo todo! Encaminarse a la vesícula biliar y seguir aun las vías biliares extra hepáticas hasta la terminación del coledoco palpándolo al través del duodeno. Aprovechar también explorar la región del pancreas y el lugar que ocupan el bazo y los riñones; pero una ausencia absoluta de datos es la respuesta en todo este camino recorrido.

Se piensa entonces que la pelvis quizá sea quien oculte la causa del mal, con más apoyo si de una mujer se trata, y rumbo a la pelvis se encaminan las maniobras, viendo o palpando anexos, matriz y fondos de Douglas anterior y posterior. La negación absoluta siempre como respuesta.

He descrito exactamente la marcha de los acontecimientos como se exhiben desde tiempo inmemorial en casos análogos.

Viendo operar en París al profesor Ombrédanne, la casualidad hizo que presenciara yo un caso semejante. Era un enfermito como de ocho a nueve años de edad; el diagnóstico en la tabla de avisos clínicos era "Peritonitis aguda por apendicitis perforante". El cirujano abre el vientre, el pus baña todas las asas intestinales; funciona el aspirador, y ya limpia la cavidad abdominal se busca el apéndice; encontrándolo normal. Ombrédanne se dirige sistemáticamente a todas las regiones del abdómen, sin encontrar nada, y cuando yo creí que se daba por vencido, lo veo tomar la pinza de ramas elásticas, atrapar el ciego, localizar la desembocadura del delgado y devanarlo hasta cincuenta centímetros aproximadamente. "Aquí está la causa" —dice dirigiendo su mirada hacia los que lo veíamos operar. Toma con sus dedos una asa intestinal donde nos muestra un divertículo de Meckel de ocho centímetros aproximadamente y ya perforado; hace su resección, canaliza a la mickulix y otra canalización por el recto.

Era la primera vez que en mi vida profesional veía operar un divertículo y buscar en él la etiología de una peritonitis.

Recientemente en mi paso por el Japón presencié en el Hospital de la Universidad Imperial de Tokio dos operaciones por peritonitis diverticulares.

Durante más de catorce años que trabajé en el anfiteatro de nuestra Facultad como Jefe de Disecciones de Anatomía Topográfica y después como profesor de la misma materia, repetidas veces en los cadáveres en estudio ví el divertículo de Meckel.

Desde la fructuosa enseñanza obtenida con el especialista de niños, nunca en cirugía abdominal dejo de explorar el intestino delgado hasta más allá de ochenta centímetros buscando un divertículo. No es una anomalía anatómica tan rara y su patología nada excepcional. Los

libros clásicos han descrito su anatomía y hablan de su clínica, haciendo hincapié del papel que este residuo embrionario tiene en las oclusiones intestinales; describen las diverticulitis, los tumores del ombligo, las fístulas, las hernias diverticulares, las invaginaciones, las peritonitis por propagación o perforación inflamatoria, etc. Pero es de conocimiento reciente sus perforaciones no producidas ni por inflamación ni por la gangrena, sino por un proceso análogo al de la úlcera péptica del estómago.

El divertículo de Meckel quizá es más que un órgano rudimentario; es el apéndice del intestino delgado naciendo siempre a menos de un metro del ciego; de la parte convexa del intestino; excepcionalmente al nivel de la inserción mesentérica. Los hay largos y cortos; anchos o delgados; unos se fijan al ombligo y comunican con el exterior; otros están obturados. A veces fijos a la pared del vientre o al mesentereo, o sobre alguna víscera. Otros hay que flotan en el abdomen y son el juguete de los movimientos intestinales.

Cualquiera que sea el disfraz anatómico que adopte el divertículo de Meckel, siempre será un órgano temido en el interior del vientre, que puede ser en un momento dado protagonista de su patología. Desde el momento que se le considera como el apéndice del delgado, tendrá todos los anatemas que el apéndice ileocecal; producirá oclusiones como también peritonitis, copiadas en tiempo de aparición, atributos anatomopatológicos, extensión, etc., de las que acompañan a las apendicitis. De la misma manera que la oclusión puede ser la compañera de la apendicitis, la diverticulitis se asocia a la oclusión; pero el divertículo meckeliano gana al apéndice vermicular en riqueza patológica; tiene algo más que él, que lo vuelve traidor y peligroso; es la estructura desorientada de su mucosa. Esta mucosa, con los atributos de la del intestino tapiza al divertículo y bruscamente la interrumpen islotes de mucosa gástrica; la actividad péptica de estas celdillas, es la causa de la úlcera y su perforación. Son las "úlceras pépticas del divertículo de Meckel". Si el de Meckel por todas las consideraciones que le rodean se ha comparado al ileocecal, justo es admitir que su estructura anómala, legítima su comparación con un estómago en miniatura. De donde se deduce que puede desempeñar un doble papel, este vestigio embrionario, puede ser la causa de peritonitis análogas a las apendiculares, y también producir peritonitis semejantes a las de úlceras pilóricas perforadas.

El estudio de estas perforaciones, ya tiene larga historia, y ex-

tenza bibliografía. Las primeras investigaciones datan de 1913 y la literatura enuncia al partir del caso de "Hubschmann", los nombres de Dumant, de Stulz, Lecene, Guibal, Humbert, etc., como principales operadores. La Prensa Médica en el año de 1925 se ocupó de esta parte de clínica abdominal.

Este padecimiento se encuentra principalmente en la clínica infantil, pero no es excepcional en el adulto; más frecuente en el varón que en la mujer, puede aparecer lo mismo en el recién nacido que en la primera o segunda infancia. Su sintomatología es pobre y borrada, malas digestiones; dolores que aparecen de cuando en cuando en forma de crisis, o suaves y continuas. Localizados en el bajo vientre, o en alguna de las fosas iliacas; peri-umbilicales más o menudo. Cuando el sitio es iliaco derecho, orientan el espíritu hacia el pensamiento de la apendicitis, apoyada también la idea, en todo el cortejo sintomático calcado de esta afección. En los antecedentes proporcionados por la anamnesis hay un síntoma explícito, para incubar la idea del padecimiento es la enterorragia; el enfermo ha tenido recientemente o tiempos atrás, hemorragias intestinales sin explicación, o con hipótesis no ratificadas; han sido no mucosidades sanguinolentas, sino verdaderas pérdidas de sangre roja o ennegrecida, que han aparecido cotidianamente, o han presentado variable repetición. En este estado los acontecimientos, el día más inesperado viene el drama de la perforación diverticular. El médico queda estupefacto, y diagnostica comunmente una perforación del apéndice, por que los signos objetivos y subjetivos que presenta el enfermo son los mismos en uno y otro caso. En la literatura de este padecimiento hablan algunos respecto al dolor, y hacen hincapié en que este es más vivo en la proximidad de la línea media del abdómen, entre el ombligo y el pubis. Yo no tomaría el consejo como fundamento para formular mi diagnóstico; en muchos apéndices perforados de tipo intrapélvico, he encontrado allí el dolor. Por otra parte en trompas tuberculosas que llegan a la perforación también he visto allí el punto máximo doloroso.

Es triste en verdad que un padecimiento tan grave y que se desearía reconocer con claridad meridiana, tenga una raquílica sintomatología que vagamente deja presumir su existencia. Los síntomas decisivos en realidad, son sus complicaciones: "hemorragia y perforación".

La escasez de síntomas explica las dificultades para apoyar un diagnóstico. Una enterorragia en gran número de padecimientos po-

demos encontrarla. Las confusiones más frecuentes que han dado lugar estas úlceras meckelianas han sido con la invaginación intestinal (principalmente en el niño) con la tuberculosis úlcero-cancerosa, con pólipos ulcerados del grueso intestino, con rectitis poliposas, disentería enteritis, púrpura, úlcera duodenal, etc.

La invaginación intestinal y la úlcera meckeliana siendo expresiones principales en la patología infantil, el pediatría tiene que enfrentarse con el problema diferencial, sabiendo que aunque en la invaginación la sangre se mezcla con el moco, hay ejemplos en que esta mezcla no existe y la sangre fresca es la protagonista en acción. El olor a pescado que da el producto rectal extraído por el tacto, inclina al diagnóstico de invaginación.

El tiempo va pasando entre dudas, comentarios y probabilidades. ¡Inesperadamente viene la tragedia peritoneal! ¡Es el síndrome de la perforación de una víscera! ¿Es el estómago, duodeno ulcerados, o un apéndice enfermo el que ha producido el cuadro mortal? ¿Será la perforación de alguna otra entraña, como la vesícula biliar, los anexos, o el intestino delgado? El enfermo no será el portador de una úlcera de Grossmann, que se haya abierto también?

Nunca se ha pensado y rara vez hoy se piensa en un origen diverticular. En caso de que el razonamiento disciplinado lo tuviese en cuenta, surge otro problema. ¿Qué signos decidirán por la diverticulitis, y cuáles por la úlcera péptica? Los dos padecimientos del órgano terminan en las peritonitis meckelianas. La hemorragia como antecedente en la úlcera, el único apoyo que se deberá tomar; las formas difusas de peritonitis más frecuentes también en la úlcera y las plásticas acompañando en lo general a las diverticulitis.

En este proteo del abdomen surgen meditaciones y comentarios que importa resumir. Los razonamientos en clínica y las utilidades que pocas veces encierran son como los objetos físicos, que ofrecen diferente aspecto según la diversa dirección en que se les mira. Nuestra inteligencia flota continuamente por un lago de tinieblas, y lejos de seguir con vista perspicaz el encadenamiento de las ideas, se pierde a cada paso en la marcha de su indagación. Por esto mismo es consejo para alcanzar la verdad, para llegar a este diagnóstico, el desplegar un estudio prolijo y profundo de las circunstancias en que se ha desarrollado el síndrome, y llevar una semiótica intachable.

Nunca olvidar en un niño principalmente dirigir la anamnesis a investigar un pasado de hemorragias o ligeras pérdidas de sangre; re-

cordar que las diverticulitis son también apendicitis. Pensar que ante una peritonitis por perforación el divertículo debe pasar revista en las lucubraciones etiológicas de nuestro pensamiento.

Tener siempre compenetrado que la cirugía es la única arma que defiende a estos enfermos, y que si el diagnóstico está errado el cirujano puede enderezarlo por la exploración inteligente del abdomen. Seamos modestos, y confesemos que de veces los maestros del pasado, y nosotros también habremos estado quizá enfrente de "una peritonitis meckeliana", habremos aun operado y achacado el síndrome a un apéndice congestionado o adherido, no correspondiendo con la grave inundación peritoneal.

Estas apendicitis meckelianas las colocaría en el grupo de los "Sofismas Apendiculares" cuyo estudio presenté a esta Academia hace algunos años.

Dos casos he tenido en mi práctica profesional de peritonitis meckelianas, al partir de la época en que conocí su clínica; uno de ellos muy claro porque con la sintomatología evidente de una apendicitis había supuración del ombligo y cuadro peritoneal. El otro, la alarma que las hemorragias intestinales produjeron, y su negativa explicación, me hicieron pensar en el diagnóstico que fué comprobado durante mi operación.

Desgraciadamente en esta clínica de urgencia nos acontece lo que a los romanos; que tenían sus días que llamaban nefastos, en los cuales venía la suspensión de toda actividad. Así también hay ocasiones que la inteligencia del clínico tiene instantes funestos, en que cierra sus puertas, y se niega a nuestra anhelante porfía.

Dr. GABRIEL M. MALDA

—8 de octubre de 1933.—

RESUME

Les difficultés du diagnostic sont tres grandes dans les souffrances de l'abdomen par la multiplicité de ses régions et la confusion de son anatomie, par la pluralité de causes et le mélange des effets qui font que les différences seulement aient le caractère de probabilité; de la que le véritable opérateur se classe dans une grave intervention du cou, le clinicien la lui valorise devant l'incognito d'un abdomen fermé.

Ces considérations du Docteur Malda précèdent l'exposition d'un cas diagnostiqué Comme "péritonite aigüe par apendicite perforante" opéré a Paris par le professeur Ombredanne et dans lequel l'appendice est trouvé sain et la péritonite occasionnée par la perforation d'un diverticule de Meckel.

Ce cas sert a l'auteur pour faire de tres intéressantes observations sur les doutes du diagnostic, les hésitations du chirurgien devant un ventre ouvert qui marque une erreur et sur la conduite véritablement chirurgicale en pareils cas. Il met en relief l'importance histologique de la muqueuse du diverticule, enferme des groupes de glandes gastriques dont l'activité peptique, est la cause de la perforation du diverticule que, pour cette circonstance et par sa symptomatologie pauvre et vague se fait plus traitre et plus dangereux que l'appendice.

SUMMARY

The difficulties for the diagnostic are great in the sufferings of the abdomen, due to the multiplicity of its regions and the intricated of its anatomy, to the plurality of causes and the mixture of effects, that make that the inferences only have a character of probability; so that if a true operator is qualified in an important intervention of the neck, the clinical is valorized before the incognito of a closed abdomen.

These considerations of Doctor Malda precede the exposition of a case the diagnostic of which was acute peritonitis due to piercing appendicitis operated in Paris by Professor Ombredanne, and in which the appendix was found to be in perfect condition and the appendicitis caused by the piercing of the diverticule of Meckel.

This case enables the author to make very useful reflexions on the uncertainty of the diagnostic, the vacillations of the surgeon before an open belly that indicates an error and on the conduct really surgical in such cases. It points out the histological importance of the diverticule's mucous that contains islets of gastric glands, the peptical activity of which is the cause of the piercing of the diverticule which due to this circumstance and to its poor and vague sintomatology is more treacherous and more dangerous than the appendix.