

GACETA MEDICA DE MEXICO

ORGANO DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA

REGISTRADO COMO ARTICULO DE 2a. CLASE EN LA ADMINISTRACION GENERAL DE CORREOS
DE MEXICO, D. F., CON FECHA 21 DE MARZO DE 1939

TOMO LXX

OCTUBRE DE 1940

NUMERO 5

TRABAJOS ACADEMICOS

Algo sobre clínica del abdomen. Diagnósticos misteriosos *

Por el Dr. GABRIEL M. MALDA

Hace poco tiempo acudí al llamado de un amigo, quien tenía a uno de sus familiares sufriendo amargamente de crisis dolorosas generalizadas en el vientre. Si mi presencia despertó en el ánimo del enfermo y las personas que le rodeaban, confianza y esperanzas, en cambio mi primer mirada hacia aquel paciente impresionó mi espíritu con augurios desconsoladores. Una persona entrada ya en edad, pero a quien los sufrimientos marcando sus huellas, lo hacían aparecer en una ancianidad precoz. Facies terroso, ausencia del globo ocular derecho, ligera sudación cubriendo su frente, canicie esparcida en un pelo todavía negro. Expresión de inmenso dolor en su semblante, ayes lastimeros, interrumpidos por súplicas y pedimentos rogando proporcionar alivio a sus dolores. En decúbito supino y en flexión los muslos con relación a la pelvis, se notaba la respiración frecuente y ruidosa, interrumpida por sus agudas quejas.

El estado de intensísimos sufrimientos en que se encontraba el enfermo obligaba a un interrogatorio discreto e indirecto, dirigido a los familiares que habían presenciado el desarrollo del proceso.

* Trabajo reglamentario de turno leído en la sesión del 8 de noviembre de 1939

Como antecedente en tiempo no muy lejano, la pérdida del ojo derecho producida por un glaucoma. Toda negación respecto a enfermedades generales o de aparatos o sistemas, costumbres morigeradas, persona de moral y de orden.

12 ó 13 días antes de aquél, en que por primera vez veía a mi paciente, éste inició el calvario de sufrimientos por dolores despertados en la región lumbar con rumbo hacia el abdomen, sin que pudiese yo obtener pormenores ni algún otro antecedente. Su intensidad obligó a la consulta de un médico, quien diagnosticó cólico nefrítico. No recuerdo con precisión si el cuadro doloroso disminuyó y después recrudeció, o si continuando marcadamente pensóse en la ayuda de un distinguido internista, quien con criterio diferente declaró estar enfrentado ante un cólico hepático. Su terapéutica fué dirigida a calmar el dolor a base de cibalgina, asociando hormonas hepáticas. Milagrosa para el enfermo, pues al siguiente día de su administración, el cuadro morboso se transformaba en un alivio efectivo. Me refiere la familia que la calma consecutiva a aquella crisis aguda fué halagadora, pudiendo volver aquella persona a su conducta acostumbrada y al régimen alimenticio que usaba en días de perfecta salud. Pero desgraciadamente una nube tempestuosa interrumpe desde hacía dos días su tranquilidad y confianza, el dolor había de nuevo aparecido, más intenso, más torturante, más dramático. La gravedad era sentida por el mismo paciente y observada por sus familiares, no se necesitaba el criterio médico para comprenderla, aquella actitud y aquel semblante hablaban, presagiando una próxima muerte.

La exploración del enfermo exigía rapidez, suavidad, dulzura. En el examen físico de cabeza a pies, era el abdomen el que llamaba por sus síntomas, dirigía la atención para iniciar el razonamiento clínico. Vientre uniformemente dilatado, ni el frotamiento superficial ni el pellizcamiento producían dolor, reflejos cutáneo-musculares abolidos. La palpación dolorosa en todo el abdomen, pero más intensos los dolores en la fosa ilíaca izquierda, contrastando esto con el dolor subjetivo que el enfermo refería en aquellos momentos a la región periumbilical. El vientre dilatado, pero no contracturado en ningún punto. La percusión expresaba los diferentes matices del timpanismo, presentándose borrada la matidez hepática. Los cambios de posición del enfermo siendo imprac-

ticables por el dolor, impedían la búsqueda de un derrame en la cavidad abdominal. La auscultación del vientre con el fonendoscopio anunció un silencio absoluto. Aquel vientre se movía transmitiendo los movimientos respiratorios, aunque limitadamente. El conjunto clínico pedía y obligaba a un tacto rectal, y a una exploración bimanual. El ano no estaba abierto, ni presentaba esa flojedad que es característica cuando un foco pélvico está en contacto con el recto, ningún pliegue en la mucosa rectal, ni sensación aterciopelada; cuando la punta de mi índice alcanzó el Douglas, no produjo la más mínima sensación, ni el signo de la contractura, como algunos le llaman, indicio de reacción peritoneal. Próstata ligeramente crecida; cambiando la exploración con la mano en el hipogastrio nada se obtuvo, debido a la dilatación dolorosa del abdomen.

Al practicar la exploración bimanual, en los flancos e hipocondrios, todo negativo también, y negativa la investigación de los puntos "reno-ureterales". El signo de Murphy imposible de investigar, el dolor y la dilatación lo impedían. La exploración del frénico al nivel del escaleno no expresó nada, y negación absoluta por parte del enfermo de haber tenido dolores en el escápulo o en el hombro.

Extrayendo del estudio completo de aparatos y sistemas lo que pudiera ser útil y expresivo, diré que un pulso normal en frecuencia sin que se apreciara radial endurecida, tensión abajo de lo normal, zona de percusión aórtica y cardíaca sin importancia, y sin importancia también los focos de auscultación. La temperatura de 36.5. El interrogatorio complementario ilustra acerca de una constipación pertinaz desarrollada durante la última crisis. Orina escasa y oscura, y vómitos presentados en este último momento.

Frente a este cuadro y ayudado por una inferencia deductiva, sólo podía aplicarse la generalización aproximativa "oclusión", al caso particular aquí confuso e incompleto, porque la deducción consiste en la aplicación a un caso nuevo de una proposición general, las proposiciones generales se formulan forzosamente "in génere", no pueden especificarse ni mucho menos individualizarse en ellas los casos particulares, los cuales están comprendidos en ellas, pero de un modo implícito. La deducción es interpretativa o aplicativa.

La agrupación de síntomas que presentaba el enfermo por

aplicación deductiva, sólo podrán aproximarse a una variedad de oclusión, ausencia de evacuaciones alvinas, ausencia de gases por la extremidad inferior del tubo digestivo, dolores iniciados según el enfermo, en días anteriores con carácter intermitente, tipo cólico, dilatación del abdomen, timpanismo generalizado a la percusión, como negativas la existencia de peritonitis, la ausencia de contractura, la falta de hiperestesia o hipoestesia cutánea, la ausencia del signo de Meltzer y el valor negativo del signo de Rotter a la exploración rectal. Todo el conjunto sintomático expresaba más una oclusión que una peritonitis. Ante mi mente desfilaron en orden hipotético las apendicitis, las colecistitis, pancreatitis, infartos del intestino, etc. Pero guiado por clínica severa y apoyado en lógica incommovible, nada de lo último podía afirmarse. Un "síndrome oclusivo", y nada más, el porvenir estaba encargado de descifrar el enigma.

Al día siguiente y en las primeras horas de la mañana, un aviso telefónico vino a aumentar mi inquietud y mis dudas. Se me anunciaba que un vómito de sangre había despertado con inmensa alarma a mi enfermo. Al llegar a su domicilio, pude comprobar que era sangre lo expulsado y en gran cantidad (roja y negra). Un nuevo formulario de preguntas estableció mi mente. ¿De dónde procedía aquella hematemesis? ¿Qué causa determinante la había producido, qué explicación podría darse a aquel síntoma inesperado? Nueva exploración del vientre emprendí en rápido momento. Sin explicarme nada, y exhibiendo una dilatación más acentuada aún del vientre, y timpanismo más exagerado. Mi dedo en el tacto rectal sale enteramente limpio.

Sumando este nuevo síntoma a los recogidos en el día anterior, no viene a aclarar indudablemente sino a aumentar mi perplejidad ante el problema patogénico. No era la hematemesis atribuible a padecimientos hepáticos, porque la clínica negaba que el hígado estuviese comprometido, no procedía de várices esofágicas porque ni los antecedentes ni el estado actual hacían pensar en ellas, mi criterio negaba un aneurisma de la aorta, una apendicitis, una fiebre tifoidea, un granuloma maligno, etc., etc. Nada en la parte alta de las vías digestivas. Entonces, ¿en dónde estaba el origen? ¿En quién pensar? ¿Qué factor intervenía que estaba produciendo la fuente de la hemorragia?

Convencido soy que problemas semejantes surgen a cada momento en el ejercicio de nuestra profesión, que torturan e interrumpen la tranquilidad y el sueño, sin que la costumbre o los años de ejercicio profesional puedan desvanecer estas inquietudes. Pero lo que más lastima al médico moral y consciente es, enfrentarse con "la duda", ese fantasma que despiadadamente nos persigue: duro, e implacable, durante el ejercicio profesional.

Todos en un momento dado aceptamos, nos imponemos la conformidad de perder a un enfermo, aun tratándose de los seres más queridos; pero jamás nos conformamos ante el problema de lo desconocido. No aceptamos ni aceptaremos el ver que una vida se extingue sin conocer la causa que la apaga. Lo incógnito, lo indeterminado, lo indefinido, lo repudia el espíritu clínico bien disciplinado.

Compaginando el nuevo síntoma con los exhibidos en horas anteriores ¿qué probabilidad había para inclinarse a determinada explicación?

En el mecanismo de eliminación que seguía mi mente, quedaba en pie el pensamiento de que el origen de la sangre debía estar en el estómago o en la primera porción del intestino. Me restaba buscar las alteraciones sufridas por estos órganos para transformarse en manantiales de sangre.

Tixier y Clavel en su obra "Las Grandes Hemorragias Gastro-Duodenales", proponen una clasificación ajustada a la realidad de los hechos. Distinguen cuatro variedades de hemorragias estomacales. Las hemorragias por "erosión vascular", en éstas hay un vaso que sangra en el fondo de una úlcera aguda, callosa, o en una ex-ulceración simple. Las hemorragias por "gastritis o píloro duodenitis de causa local", aquí el estómago sangra por los capilares de su mucosa infectada. Las hemorragias por estasis, en que el estómago sangra arriba de una estrechez, de una obstrucción, debido a la retención e infección combinadas, y, por último, las hemorragias de "causa extra-gástrica", explicadas por insuficiencias hepáticas, enfermedades del bazo, hipertensiones de la porta, y alteraciones de la sangre o de los vasos (trombosis, embolia), o por descargas tox infecciosas al nivel de la mucosa estomacal.

¿En cuál de estas clasificaciones podía catalogar la hemorragia de mi enfermo? El caso se prestaba para hacer acalorada dis-

cusión. Podía ser la obstrucción determinando la estasis, la que había traído la sangre por retención e infección; pero estos casos son el corolario de obstrucciones pilóricas o de las primeras porciones del duodeno, lo que no podía ser en el caso particular, por la ausencia sintomática (ni dolor alto, ni vómitos precoces, ni dilatación y timpanismo limitados a la parte alta del abdomen). Tampoco viable la gastritis o píloro-duodenitis, por ausencia sintomática. No quedando en el tapete de la discusión más que las dos clasificaciones restantes. La causa extragástrica o la úlcera.

En realidad surgían en mi imaginación tres hipótesis: úlcera, arterio-esclerosis, embolia y trombosis. Desmenuzú mi criterio cada una de ellas, apoyándose en las mayores o menores probabilidades que tenían para hacerse viables.

La arterio-esclerosis, por la edad del enfermo, el antecedente del ojo perdido por el glaucoma, no podía desecharla, y aunque las radiales, humerales y temporales no expresaban nada, no era argumento poderoso para no pensar en ella, porque se tiene la tendencia al hablar de arterio-esclerosis a generalizarla a todas las arterias, y demostrado está que el proceso puede circunscribirse a determinadas regiones, respetando el resto del organismo. Así como hay una arterio-esclerosis generalizada, hay regionales y circuncritas.

¿Cómo encadenar el síntoma hematemesis con el síndrome oclusivo que a la vista se presentaba? Las obstrucciones, las oclusiones intestinales en general, producen el vómito, precoz si son altas, tardío si bajas se localizan; pero un vómito con restos de alimento al principio y moco o saliva después; bilioso, porráceo, cuando el tiempo ha pasado para terminar en fecaloide en las últimas etapas del proceso.

En el caso particular no se habían presentado vómitos de ninguna naturaleza, el de sangre fué el primero. ¿Era un epifenómeno al síndrome oclusivo? La explicación era forzada para descifrar la etiología del síndrome, pero viable porque la arterio-esclerosis mesentérica produce gastrorragias y más frecuentemente hemorragias intestinales. Pero el tacto rectal alejaba la idea de una enterorragia, y por eso deseché la hipótesis, apartando también la trombosis y la embolia.

Si estas causas las eliminaba en mi discusión diagnóstica que-

daba la úlcera que debía entrar en mis consideraciones etiológicas.

¿Podía la úlcera dar la escena clínica que a mi vista se presentaba? No podía negarlo.

Supuse por la cronología de los acontecimientos que una úlcera latente había tenido mi enfermo, la que se había revelado aquel día de penas y sufrimientos en que los dolores le habían obligado a pedir auxilios médicos. El cólico nefrítico para uno, el hepático para el otro, obligaban a pensarlos, porque en la semiótica del dolor, con qué facilidad se hacen inferencias sofisticadas.

Supuse, buscando la explicación del síndrome oclusivo, que aquella úlcera se había perforado el día de la primera crisis dolorosa, pero no en peritoneo libre; tal vez era una de aquellas úlceras perforadas, cubiertas, con ligera reacción peritoneal, produciendo la parálisis del intestino. No podía desmentirse esta hipótesis, perforación gástrica y hemorragia pueden coincidir en el mismo enfermo en tres circunstancias diferentes. La perforación puede preceder a la hemorragia. Hemorragia y perforación ser simultáneas, o la hemorragia anteceder a la perforación. Pero delante de estas tres fórmulas se encuentra otra, la de Moses Behrend, quien opina que las úlceras perforadas sangran rara vez, y que las úlceras que sangran rara vez se perforan.

Opuesta también a la idea la observación de que estas hematemesis se presentan en perforaciones operadas y siempre son tardías (del 7o. al 21 día, marcan las estadísticas) y las anuncian melenas premonitoras, fiebre y aceleración del pulso. Síntomas ausentes en mi enfermo, como negativa también la contractura del vientre.

Bullían en mi cerebro estas consideraciones, asociadas al deseo de llegar a lo definido y útil; pero la densa neblina que envolvía el caso clínico era impenetrable, avanzando el tiempo y marcándose en el estado general de aquel enfermo con la impiedad que tiene la muerte.

Nueva hematemesis aparece en escena, menos abundante que la anterior, quizá disminuida por la terapéutica ya impuesta; pero suficiente la pérdida para dar un pulso imperceptible.

Propongo una transfusión como medio heroico de vida y preparación para el desenlace quirúrgico, pero desgraciadamente no se lleva a cabo.

Un amigo mío y compañero en esta etapa de los acontecimientos también ve al enfermo, y sin ponernos de acuerdo formula el mismo diagnóstico que yo, proponiendo la operación inmediata. Asisto al acto operatorio, y tanto el operador como yo, quedamos perplejos ante lo que la laparotomía nos mostraba con la evidencia de los hechos.

Al dividirse el peritoneo una ola de líquido sanguinolento brotó de la cavidad, y separando el gran epiplón, asas de intestino delgado, unas negras y otras cianosadas, invadieron el campo operatorio. No más discusión, aquello era un infarto intestinal casi generalizado. ¡Todo estaba perdido!

Asunto interesante para mí es hacer la auto-crítica severa y detallada de por qué no precisé la etiología de los acontecimientos.

Entre los datos para resolver el problema estuvieron presentes la arterio-esclerosis, las trombosis de origen arterial o venoso, todas ellas capacitadas para producir el infarto que se tenía a la vista, la embolia también; pero en el curso de mi exposición he marcado que no tenía argumento con fuerza suficiente para defender estos diagnósticos, aun con deseo y buena voluntad. Todo estaba en el terreno de la probabilidad.

Sucede con frecuencia que indebidamente tomamos nuestros deseos por motivos de creencia, inclinados más bien a esperar lo menos malo o lo que más agrada que lo que nos atormenta o contraría, inclinación a creer muy perjudicial, porque nos induce al error, haciéndonos confundir los acontecimientos deseables con los acontecimientos probables.

Diagnosticué con inferencia deductiva, la "oclusión intestinal"; pero mi búsqueda etiológica no conducía a ninguna conclusión, y si a la probabilidad lógica me atenia que tiene por fundamento el grado de frecuencia con que se verifican los hechos, no podía con predilección pensar en infarto mesentérico, que raras veces es causa de oclusión.

En la práctica procedemos en la mayor parte de los casos haciendo inferencias probables, simples generalizaciones aproximativas. De aquí proviene que nuestras conclusiones prácticas no se vean siempre coronadas por el éxito, porque la excesiva frecuencia de un hecho, no basta para destruir la posibilidad de que surja el hecho contrario. En el caso clínico a que me refiero así aconteció;

más frecuentes eran otros factores para producir la oclusión y, sin embargo, el infarto la produjo. No tenía en el razonamiento de la probabilidad más que un solo factor, la pérdida anterior del ojo derecho de mi enfermo, por un glaucoma, que lo produce generalmente una trombosis.

El capítulo de los infartos intestinales es uno de los problemas más arduos que se le pueden presentar al clínico, y de los más meditados para el que escribe un libro de patología. El Profesor A. Gosset se expresa diciendo que: "es la parte de la cirugía que tiene más pasión". Los problemas clínicos de esta índole siempre se nos presentan oscuros, confusos, nebulosos, inciertos y dudosos. Virchow fué el primero, desde el año de 1854, que hizo el estudio anatómico de la enfermedad, y desde esa época muy poco se ha adelantado en el perfeccionamiento de los medios para reconocerla. Yo la considero como el padecimiento más grave del abdomen, porque es la gangrena de un canal que necesitamos para nutrirnos y así vivir; los tejidos lastimados están en contacto con una cavidad de las más sépticas y en contacto también con la serosa peritoneal. La estasis sanguínea produciendo la hemorragia aumenta los peligros debilitando al enfermo. Todo un conjunto de asociaciones que el "espíritu del mal" reunió para formar una entidad morbosa de las más trágicas en el abdomen. De pronóstico fatal y con diagnóstico casi siempre fuera del poder humano, apoyado las más de las veces en síntomas veleidosos, que si se les encontró en determinado enfermo, están ausentes en el caso siguiente. Un "proteo sintomático", en el que se necesita un verdadero esfuerzo de imaginación para interpretarlo. A veces una diarrea es la que abre la puerta a la muerte; en otros casos la constipación se estableció desde un principio, en un tercer grupo ésta siguió en buen plazo a la primera, síntomas que se han tomado para edificar formas clínicas: la "forma diarreica", la "forma oclusiva".

Pero con mucho juicio apoya otro autor que el padecimiento camina con tan vertiginosa carrera que en realidad no hay tiempo para establecer tales divisiones. En los casos observados por mí, la constipación no ha faltado, pero he tenido siempre la atingencia de presenciarlos en una evolución ya avanzada, tal vez cuando las tónicas intestinales dilatadas y disociadas por la infiltración

se habían ya paralizado. Fué lo acontecido en el caso de que estoy tratando.

Casi siempre es el dolor repentino y dramático, presentándose en una persona que gozaba de perfecta salud el que inicia el proceso de la muerte. El más terrible en intensidad, sólo comparable al de la pancreatitis hemorrágica o al de una perforación; por esa razón no vacilé en quitárselo a mi enfermo alegando obnubilación de síntomas. Lo mismo hiere al sano que al sujeto ya lastimado por padecimientos cardio-vasculares o de cualquiera índole. El dolor subjetivo cuando vi a mi enfermo era generalizado.

Empero, en el enfermo a que tantas veces hago alusión, se presentó la crisis aguda, pero siguió después una calma de días que dió fallidas esperanzas. Descríbese también esta iniciación del proceso en dos tiempos, y se señala otra forma de principio progresivo más acumulado en pródromos.

Cualesquiera que sean las primeras apariencias, se comprende que algo muy grave está al frente de nosotros, y esta fué la primera impresión que tuve al aproximarme a mi enfermo. La facies era terrosa como en algunos otros casos, y no con esa palidez descrita en los libros por parte de la piel y mucosas que hacen comparar estos semblantes a los que producen las inundaciones cataclísmicas por ruptura de una trompa fecundada, asociada con pulso frecuente y pequeño. En mi caso el pulso estaba retardado y miserable.

En la revista de síntomas que van desfilando marcados como expresión del infarto y el estudio comparativo que de ellos hago con los presentados por mi paciente, no puedo dejar pasar por alto lo que se refiere al vómito. Para la mayor parte de los clínicos éste es constante, expresándose en todos sus aspectos; en abundancia variada; en mi enfermo fué de sangre y horas antes de sucumbir.

Se habla igualmente de la enterorragia como signo preciso y frecuente; se ve que el enfermo no la presentaba y ello fué uno de mis apoyos para no inclinarme al infarto. Algunos autores entran en pormenores y sutilezas respecto a la sangre de la evacuación hasta llegar a decir que si es rutilante procede de lesiones bajas correspondiendo a la mesentérica inferior, y si es oscura a la mesentérica superior. Mi opinión es que mucho de lo desig-

nado, son ilusionismos clínicos o espejismos, forjados en la mente de cada observador.

En la exploración física mi desacuerdo también con mucho de lo afirmado; pero en lo que sí estoy conforme es en que los signos no son los de la peritonitis, y se inclinan más bien a la oclusión intestinal. La inspección aprecia un vientre aumentado de volumen, pero medianamente distendido; la distensión umbilical o hipogástrica, ni peristaltismo ni inmovilidad diafragmática. La palpación no percibe contractura, y si ésta se encuentra no es generalizada, y si localizada, sólo es moderadamente rígida. El contraste entre la intensidad del dolor subjetivo en mi enfermo y la falta de contractura me debían haber conducido al buen camino para el diagnóstico, pero desgraciadamente tenía estereotipada en mi mente la ausencia de la enterorragia, que me desviaba para el mal camino.

El dolor que provoca la palpación presenta variantes, la pared del vientre no se contractura, pero el dolor a veces es tan intenso que el enfermo protesta a todo examen. Difuso presenta zonas más definidas. En el enfermo de que trato la fosa ilíaca izquierda era la protagonista.

Se insiste mucho en precisar el sitio máximo del dolor, alegando que será allí donde se descubrirá otro signo patognomónico para algunos clínicos: "el tumor", de consistencia blanda y pastosa; especie de hematoma con límites difusos y esfumados, en forma de gran morcilla algunas veces, o recordando una vejiga llena de crina, o un quiste poco tenso. Este tumor tendrá las sorpresas que da una aparición, en unas cuantas horas podrá brotar y formarse. Búsquese este síntoma esencial, es un consejo sano y prudente. Buscarlo por la palpación y la percusión. No debe faltar en un intestino gangrenado.

Cuando se percute da en la parte media del abdomen una zona de matitez con contornos irregulares, o zonas irregularmente reunidas. Podrá obtenerse también la matitez en declive de un derrame libre.

Volvamos a mi enfermo; quiero con espíritu imparcial aplicar deducción impecable, aplicar estas generalizaciones al caso particular; ni la palpación, ni la percusión me revelaron tumor algu-

no, ni el más ligero signo, manifestando que algo denso se encontraba en aquel abdomen.

Ya he expuesto anteriormente, que el dolor impedía los cambios de postura, haciendo impracticable la búsqueda del derrame intraperitoneal.

A este cortejo sintomático, añaden algunos autores, el tenesmo rectal y la flojedad del ano, negativos en mi paciente.

Por otra parte, en los raros casos que he tenido de infartos intestinales, he visto dos signos que he procurado explicar a mi manera: "el hipo y la desaparición repentina del dolor". En mi opinión, los dos anuncian una muerte cercana; ¡presentes allí estaban! El hipo lo atormentó sin descanso después de la primera hematemesis hasta su muerte.

El dolor terrible, como ya lo he manifestado, desesperante, torturante, al grado de obligarme a la inyección de morfina. Disminuye a la influencia del narcótico, pero no desaparece; con rapidez abrupta a las 7 u 8 horas la tranquilidad renace, contrastando con la evolución esperada, que debía al disiparse el narcótico volver la crisis dolorosa a encenderse.

Explico el hipo en estos casos por la irritación que el derrame produce en los frénicos, y la desaparición brusca del dolor por la muerte del intestino. No puede expresar sensibilidad lo que ya no vive, y así como en la apendicitis el síntoma de más mal augurio es la calma repentina, brusca, la tranquilidad engañosa que sigue a una crisis desesperada, aquí también debe acontecer lo mismo.

Mi enfermo pasó por estas fases sucesivas, prodigándome palabras de agradecimiento y cariño por haberle definitivamente suprimido sus dolores. ¡No fui yo, sino la muerte del intestino!

He presentado ante ustedes síntomas y signos del infarto del intestino con la rapidez que pasan las imágenes en la pantalla de un cine. Pero en el interior de este torbellino sintomático, en esta maraña confusa de la clínica, en que todo se ve borroso y esfumado, en este kaleidoscopio de síntomas que cambia de forma y colorido sus imágenes de un enfermo a otro, y en el mismo enfermo a medida que avanzan las horas, brilla con claridad meridiana la idea, el pensamiento, de la enorme dificultad para formular un diagnóstico, y éste, si fortuitamente llega a edificarse, traducirá la sentencia de muerte.

En mis impresiones personales, este padecimiento es el más temido de los síndromes del abdomen, porque hipócritamente disfrazado arrebató vidas, y desgarró reputaciones. En el caso concreto de este enfermo, un médico habla de cólico nefrítico y expresa su parecer optimista, el otro encamina su diagnóstico a la litiasis biliar, pronóstico benigno. El tiempo cambia estos pareceres consoladores por el terrible desenlace de la muerte, esgrimiéndose críticas duras para los que formularon los diagnósticos anteriores.

Disminuye toda confianza al formular un juicio, el recordar que un síntoma que hoy se ha considerado de sólido apoyo como la enterorragia por ejemplo, al día siguiente se le niega su valer y pasa a orden secundario, o no se le encuentra, como sucedió en mi enfermo. Que otro síntoma como el colapsus, considerado como protagonista y efectivo en el diagnóstico, brilla por su ausencia. Clarísima estaba la inteligencia del enfermo, asociada con una energía y carácter ejemplar, estimulando y aun consolando a sus desolados hijos, al verlos agostados por el dolor.

Lo mismo puedo decir del tumor abdominal, que hoy nos lo presentan como patognomónico; niego la eficacia del síntoma por su inconstancia, por su aspecto voluble. Ni en este enfermo ni en otros lo he percibido, no porque no se encuentre, desde el momento en que las paredes engrosadas del intestino y un meso duplicado o triplicado en espesor tienen que constituirlo, sino porque la mayor densidad que los líquidos infiltrados dan a estos tejidos hacen que la pesantez los lleva al fondo de la cavidad cubriéndoles las asas dilatadas por los gases. Así lo observé en este enfermo durante la operación. Surgieron las asas dilatadas primero y en el fondo apareció lo negro de la gangrena.

Debe también ser temido el padecimiento porque aun en los casos en que el diagnóstico se encamina por otros senderos que conducen a intervenciones quirúrgicas, de probable éxito, como la oclusión, o la apendicitis que son de fácil diagnóstico, al abrir el vientre se presenta el espectáculo contrario: una negación completa, la renuncia a toda esperanza. ¡Qué golpe tan rudo para el operador!

Permítaseme, además, con todo el respeto que merece un clínico de la talla de Mondor, que no esté de acuerdo con sus ideas.

Dicho autor con una confianza que admira, llega a afirmar que ha hecho diagnósticos con fórmula sencilla que enuncia de la siguiente manera: "El infarto es la expresión de los signos funcionales de una oclusión, pero incompletos; los signos físicos de una tumefacción pastosa, mate, de contornos difusos, los signos generales de una hemorragia interna con colapsus precoz". Agrega aún que, con estos signos, la distinción entre infarto, oclusión, o peritonitis, se puede establecer.

Estas generalizaciones aproximativas, mal establecidas en forma y fondo, lastiman la lógica y hieren la clínica. Cuando tan distinguida autoridad dice "los signos funcionales de una oclusión, pero incompletos", a cuántos comentarios y críticas da lugar su proposición. Si admite que es la imagen de una oclusión a lo que se parece el síndrome, debe haber suficientes datos para aseverarlo y así calificarlo. Si contrariamente acontece, no habrá derecho para calificarlo como tal. En otro aspecto de la cuestión, ¿qué quiso connotar el autor de esta proposición en el término "incompletos"? ¿Se refiere al número de ellos o a la falta de cualidades de que puedan adolecer? ¿Cómo podrá tomarse en serio para la recta aplicación a la clínica una proposición en la que se encuentra una ambigüedad de términos? Obsérvese también que lastima dos de las leyes del pensamiento, la ley de la contradicción (nada puede ser y no ser), y la ley de la exclusión del medio (cada cosa debe existir o no existir).

Por otra parte ¿cómo pudo presentar bajo forma de generalizaciones aproximativas los otros dos síntomas, "tumefacción pastosa mate, de contornos indefinidos, y colapsus precoz con signos de hemorragia interna", estando probado que la aparición de estos síntomas no se verifica en la clínica el número de veces suficiente, para tener el derecho a hacer generalizaciones?

Empero, así se escribe en muchas ocasiones, tal vez arrebatada la pluma por la ilusión y el deseo.

En clínica general, el espíritu debe permanecer en un equilibrio que lo coloque lejos de todo pesimismo u optimismo. Quedar al margen de toda ilusión debe ser atributo del buen clínico, porque los sofismas que tienen raíz psicológica en nuestros deseos, son los que más nos arrebatan en nuestra azarosa carrera.

Yo rindo un respetuoso culto a los que dicen haber diagnosticado el infarto intestinal antes de la operación; lo creo, pero nunca he tenido la fortuna de verlo ni en el extranjero ni aquí al lado de mis maestros y compañeros. ¡Podrá haber sido! No dudo de los espíritus videntes, de los iluminados, de los afortunados que desgarran el velo del misterio. Pero, ¿sus diagnósticos habrán nacido de estos atributos particulares, o los habrá engendrado el apoyo en una lógica serena y una clínica sublime? En esto último es en lo que creo, respeto y admiro; pero cuando las premisas faltan, el misterio se cierne sobre nosotros, son los “diagnósticos misteriosos”.

Tal vez en un futuro, el descubrimiento del infarto intestinal llegue a facilitarse por el advenimiento de nuevos medios de investigación. Ya en los horizontes científicos vuelve a iluminarse un nuevo camino para dignosticar los padecimientos de la cavidad abdominal. “La celioscopia de Kelling”, o “Peritoneoscopia de Omdoff”, que el Dr. John C. Ruddock, de Los Angeles, California, ha emprendido con tanto éxito y entusiasmo desde hace algunos años. Desgraciadamente para el diagnóstico en que hoy me ocupo, no debe de aplicarse este método porque el mismo propagador del procedimiento hace hincapié y pone como excepción a su aplicación, el “abdomen agudo”; pero nadie sabe lo que será el día de mañana; este mismo procedimiento modificado u otro, vendrán, quizás, en nuestra ayuda, para iluminar diagnósticos tan escabrosos.

Por hoy, mi espíritu goza de una tranquilidad plácida al referirme a este enfermo, porque fundé un diagnóstico, no fué úlcera, me equivoqué, fué infarto. Empero, muchas veces repetí a mis discípulos en la época de magisterio que “siempre he preferido equivocarme en diagnósticos que fundo, y no acertar en diagnósticos que no puedo fundar”.

●