

Es de esperarse que, teniendo en cuenta los hechos y las rectificaciones que ya comienzan a perfilarse en lo que se refiere a la salud del cuerpo humano, considerado desde el punto de vista físico, veremos en un futuro quizá no muy lejano, el establecimiento de bases nuevas que permitan mejorar a la especie humana gracias, en buena parte, a lo que me he atrevido a designar con el nombre de la "Clínica del hombre sano".

Estudio sobre divertículos gastrointestinales. *

Por el Dr. IGNACIO MORONES PRIETO.

A la venerada memoria de mi madre, la señora doña **Teresa Prieto Vda. de Morones**, dedico devotamente mi ingreso a esta honorable Institución.

Hay ideales en la vida por los que se lucha empeñosamente y que para conseguirlos se hace necesario recorrer un camino largo, penoso y lleno de dificultades, cuyos peldaños hay que subir paso a paso, para lo cual se necesita entregarse por entero a esta dura tarea en la que muchos caen para no levantarse más, y a otros el cansancio y la fatiga los detienen, o en muchas ocasiones la apatía y la abulia les impiden iniciarlo. La Academia Nacional de Medicina, antorcha luminosa que orienta las ideas médicas de nuestro país, ideal del Cuerpo Médico Mexicano y meta a la que se aspira como máxima recompensa de una vida profesional, hoy en día, al abrirme sus puertas para que penetre en este santuario de la Ciencia Médica, me hace experimentar la más honda y sublime de las emociones, y olvidando lo penoso del sendero recorrido, me parece que los años de duro bregar al lado del enfermo y las marcas indelebles que en mi cuerpo han dejado los guijarros del camino recorrido, son bien poca cosa para la inmerecida recompensa que se me concede. A Uds., maestros, amigos y compañeros, mis más sinceros agradecimientos. Hoy se inicia para mí una nueva etapa de la vida: el convivir con ustedes, oír sus consejos y conocer sus sabias enseñanzas, las que serán para mí un gran esti-

* Trabajo de ingreso como socio correspondiente en San Luis Potosí, leído en la sesión del 7 de mayo de 1941.

mulo y un alto ejemplo que me esforzaré en seguir para no desmayar en el estudio y en el trabajo.

¡Quimérica misión la nuestra al luchar contra las leyes de la Naturaleza! Si todo sér nace, vive y muere, nosotros ponemos todo nuestro empeño, todas nuestras actividades, para ayudarlo a conservar la existencia; pero también luchamos denodadamente contra la ley natural que es la muerte. En esto estriba lo grande de nuestra misión; y por esto, también instituciones como ésta, son las directoras, son las que laboran los métodos a elegir, son las que indican los procedimientos y ponen en nuestras manos las mejores armas para no cejar en esta desigual contienda. Es a esta H. Institución, venerada y admirada por los profanos con profundo respeto, a la que nosotros los que pertenecemos a la falange médica, los que estamos en pie de lucha, los que sabemos de su noble y desinteresada misión, tenemos siempre el anhelo de pertenecer, aspiración máxima que pocos tenemos la fortuna de ver realizada, pues ello significa el reconocimiento de que nuestra constancia en el estudio y en el trabajo no ha sido inútil, de que nuestro esfuerzo ha sido tomado en consideración, y se nos llama a su seno con el fin de renovar nuestras energías y reconfortarnos espiritualmente, para que no desmayemos, y poder, de esta manera, dar nuestro óptimo rendimiento a la noble causa a que H. Institución tan digna y desinteresadamente dedica todas sus actividades: la prolongación de la vida.

Al llegar a este augusto recinto, un gran bienestar nos embarga. Tal parece que hemos logrado encontrar la verdadera felicidad, que hemos obtenido más, mucho más del ideal forjado en la aurora de nuestra carrera profesional; y este bienestar y esta felicidad derivan, al mismo tiempo, de que podemos darnos cuenta de que nuestra vida no ha sido estéril. Ahora vemos que hemos sido útiles a la sociedad y a nuestra patria, y antes de que llegue el ocaso de nuestra existencia, esta tranquilidad espiritual que da la satisfacción del deber cumplido, será la fuente generadora de nuevas energías para seguir por el camino que nos hemos trazado, continuando la misión que nos hemos impuesto: consolar y aliviar a los enfermos en sus sufrimientos y miserias.

La Academia Nacional de Medicina, severa, docta y rigorista institución a la que han pertenecido los más grandes valores mé-

dicos de nuestro país, y en la que están actualmente incluidos los más doctos intelectuales de la medicina, pináculo de gloria, ansiada meta del camino triunfal que todo médico aspira a recorrer, consejera desinteresada y sincera de todos los que nos dedicamos al noble estudio de la medicina, y de la que he recibido el alto honor de ser llamado a su seno, con la emoción que me produce hecho tan trascendental en mi vida, permitidme que como primer acto de mi carrera académica os rinda el más ferviente y sincero de mis homenajes.

*
* *
* *

He escogido como tema para mi trabajo de recepción, un estudio sobre divertículos gastro-intestinales, modesta colaboración al estudio médico-quirúrgico de esta anomalía anatómica.

Los divertículos del aparato digestivo que antiguamente eran considerados como simples hallazgos de las necropsias y a los cuales no eran imputables las muertes, han venido tomando su lugar dentro del cuadro nosológico de la patología digestiva, conforme han venido aumentando los métodos de exploración clínico-instrumental que nos permiten ya actualmente hacer más factible su diagnóstico, conocer mejor los trastornos funcionales por ellos originados y estar en condiciones más aptas de poder catalogarlos como entidad morbosa mono-orgánica.

Su verdadero estudio anatomo-clínico comienza a partir del descubrimiento de Roentgen y su aplicación al estudio de la patología gastro-intestinal. Antes eran verdaderas sorpresas de autopsias o de algunas intervenciones quirúrgicas.

La historia de los divertículos se divide en dos etapas:

1a.—Período de ignorancia clínica de su existencia. 2a.—Período de diagnóstico clínico, radiológico, endoscópico y de datos aportados por los estudios de laboratorio.

Durante el primer período llama la atención el hecho de que fueran descubiertas en distintas épocas las localizaciones de los divertículos. Procediendo por orden cronológico, vemos que en 1710 Chomel describe el primer ventrículo duodenal, de cuya descripción dudan algunos autores, y no es sino hasta 1761 que Mor-

gagni relata magistralmente un divertículo duodenal encontrado en un hombre muerto de hemorragia cerebral, divertículo único, situado en la primera porción del duodeno y con boca bastante ancha para permitir el paso de un dedo. Posteriormente más observaciones fueron publicadas por Fleischmann, Roth, Gandy, Marie, Buschi, etc..

En 1796 fué también Morgagni quien describió por primera vez los divertículos del colon; pero Cruveilhier en 1849 en su tratado de anatomía patológica los estudia admirablemente. Sydney Jones, Klebs, Hanseman, Helsh, Brewer, Mayo, etc., publican también memorias sobre estos divertículos.

En el año de 1804 Helmont estudia anatómicamente el primer divertículo del estómago, habiendo publicado trabajos de diversa índole sobre el mismo tema; posteriormente, autores como Tilger, Thorel, Glinski, Bromann, Keith, Thompson, Nauwerk, etc.

En esta somera relación me he referido exclusivamente a los divertículos del colon, duodeno y estómago, por ser los más frecuentes en el orden antes descrito y los que serán objeto de este estudio exclusivamente.

Del segundo período y también por orden cronológico, vemos que es a Quervain a quien corresponde el honor de haber hecho el primer diagnóstico radiológico de divertículo del colon, cuando en 1913 lo logra en uno de sus enfermos; pero no es sino hasta 1915 cuando se obtiene por primera vez el diagnóstico clínico radiológico y la comprobación operatoria. A Forssell, radiólogo, y Key, cirujano, les toca este honor.

En 1921, Carman y Miller relatan el primer caso radiológico de divertículo del estómago; pero en 1923, es Akerlund que en su acta radiológica, hace aparecer su monografía fundamental sobre estos divertículos, con lo que modifica por completo clasificaciones y teorías, tenidas hasta entonces como clásicas, negando con pruebas irrefutables la existencia de los llamados divertículos funcionales y aceptando tan sólo los divertículos orgánicos tal como se acepta hasta nuestros días.

Sobre la constitución histológica de estos divertículos mucho se ha discutido para su clasificación, según que consten de los mismos elementos de la pared orgánica que les da nacimiento, llamados también verdaderos, o que haga falta alguno de esos

mismos elementos, llamados igualmente falsos divertículos conforme a la clasificación de Morrison. No obstante, como se encuentran todos los estados intermedios entre estos dos extremos, casos en que la mucosa se adelgaza y pierde sus características histológicas, existencia parcial de tejido muscular, exceso de desarrollo de la sub-mucosa, etc., pensamos, como Bensaude, que lo importante es saber si el divertículo constituye una entidad patológica mono-orgánica o si coexiste con otras lesiones, ya sean del mismo órgano o de un órgano con quien guarde relaciones, ya sean de vecindad o funcionales.

Los sitios de elección por orden de frecuencia en su aparición son, según Buschi, en el colon, sigmoide, transverso, ciego, colon ascendente, duodeno y estómago; más frecuentes en el hombre y en edad avanzada; únicos o múltiples, predominando estos últimos. Rankin los encontró radiológicamente en 5.6% de . . . 24,620 exámenes de tubo digestivo. Nosotros, en 8,011 exámenes radiológicos, los hemos encontrado once veces. Se presentan generalmente bajo la forma de diverticulosis, diverticulitis, peri-diverticulitis que toman la forma fibromatosa o esclero-lipomatosa.

En el íleon se hallan cerca de la válvula ileocecal (divertículo de Meckel) y en el yeyuno.

En el duodeno se encuentran en la segunda porción; más rara vez en la primera, tercera y cuarta.

Case, en 1920, en 6,847 exámenes radiológicos encuentra el 1.4% de divertículos del duodeno; son casi siempre únicos, de tamaño variable, situados generalmente en la pared posterior y en la concavidad de la asa; en la pared del saco se encuentra normalmente, además de las capas constitutivas de la pared intestinal y de las glándulas de Lieberkuhn y de Brunner, glándulas de tejido pancreático. Son más frecuentes en el hombre y en la segunda mitad de la vida.

En el estómago los encontramos en la pequeña curvatura cerca del cardias (región paracardiaca de Haudtmann) y cerca del píloro (región pre-pilórica de Thorel). Andrews, en 2,200 exámenes radiológicos, los encontró solamente en 0.5%.

Los sub-cardíacos son únicos; están constituidos por una pared que anatómicamente e histológicamente es idéntica a la del estómago; situados en la cara posterior de la pequeña curvatura, con

excepción de un caso de la cara anterior publicado por Ravenel. Los pre-pilóricos son generalmente únicos también; la pared de su saco, además de los elementos normales, tiene ordinariamente células de parénquima pancreático. Son más frecuentes en la mujer y en la edad avanzada de la vida.

Los divertículos sub-cardíacos son de evolución anatómica casi nula; Barsony relata la observación de un divertículo con seis años de intervalo, habiéndolo encontrado igual, y Bell hizo idéntica afirmación en otro caso, con diez años de diferencia en ambos exámenes.

Estos divertículos han sido vistos siempre libres, sin fenómenos inflamatorios peri-diverticulares, y no ha sido publicado al presente un caso que relate accidentes agudos.

Respecto a la transformación maligna de los divertículos, en general, se ha encontrado el estado de pre-cáncer en 18.5%, según Hochenegg, y en 21% según Mayo; pero de estadísticas más recientes de la clínica Mayo, encontramos que sólo dan 2.3% y de éstos, corresponden en su gran mayoría a los divertículos sigmoideos, decreciendo en su aparición en la misma proporción que ya indicamos para sus localizaciones, es decir, de abajo hacia arriba del tractus digestivo.

De su origen y modo de formación, todos los autores están acordes actualmente en no considerarlos sino de origen congénito y adquirido.

Buschi, Lettule, Gandy, Marie, Wilkie, Keith, etc., invocan en favor de la teoría congénita, los siguientes hechos:

Restos atáxicos de sobrevivencia filogénica de un divertículo del estómago del puerco que está situado bajo el cardias y es siempre constante.

Mickel considera los del duodeno como restos del canal vitelino.

Marie aduce el hecho de que el duodeno sufre muchos cambios durante la vida fetal, debido a que de él nacen los canales biliar y pancreático y a su rica inervación (plexus de Auerbach y de Meissner).

La presencia bastante frecuente de los pseudo-fondos de saco duodenales llamados también páncreas accesorios.

Lewis y Thyng relatan haber observado gran actividad epi-

telial durante el segundo mes fetal en todo el tubo digestivo y especialmente en el duodeno de los mamíferos.

El hecho de que en el feto el duodeno pasa de la línea recta a la línea en herradura.

El sitio de elección del divertículo duodenal, que es la parte posterior, pared de ésta que es la más gruesa y está reforzada por el páncreas mismo. Gregoire relata que el divertículo duodenal está siempre en relación con la cabeza del páncreas, ya sea anterior, posterior o incluido dentro del parénquima propio de la glándula.

Buschi, en sus monografías, dice no haber encontrado en las autopsias lesiones de los órganos vecinos que expliquen la formación del divertículo y la relativa frecuencia con que se observan divertículos de otros órganos.

El hecho de dos observaciones que han sido publicadas hasta la fecha, una de Shaw, que encontró en un niño de días de nacido un divertículo del duodeno acompañado de una oclusión de este órgano, y el otro de Sinclair, que en un niño de cuatro meses, con síndrome de oclusión intestinal y en el cual la intervención quirúrgica demostró era debido a torsión producida por un divertículo gástrico que pasaba a través del meso-colon transverso.

Los autores que buscan la explicación de la formación de los divertículos, no en forma congénita, sino adquirida, aducen los siguientes hechos y teorías relacionadas todas ellas, a dos fenómenos: tracción y pulsión.

Así tenemos que Thornel y Zahn invocan como causa de los divertículos sub-cardíacos, el choque constante del bolo alimenticio contra la pared gástrica, debido a las contracciones enérgicas, esofagianas, lo que produciría la evaginación parietal.

Laurell da como causa la caída de la presión en el piso superior del abdomen en la posición de pie y esto es más marcado en la mujer, debido a la mayor flaccidez de sus paredes.

Fleischner se apoya en la disposición anatómica de las fibras musculares del estómago, en el cual las fibras longitudinales forman, en la parte superior bajo el cardias, una especie de V, la corbata suiza, donde se formaría un hiatus en el cual las fibras musculares profundas circulares son débiles, existiendo por lo tanto un punto de menor resistencia.

Hirsch le da mucha importancia a la presencia, en la pared parietal, de puntos de entrada de paquetes vasculares (arteria coronaria estomáquica, arterias tuberositarias).

Fredet estudia el repliegue peritoneal que existe en la cara posterior del esófago abdominal y extremidad superior del estómago, el cual normalmente está íntimamente unido al peritoneo parietal; pero si esta unión no es completa, deja un nicho por donde se iniciaría la formación del divertículo.

Luis Meyer, fundándose en la presencia de elementos heterotópicos que existen en la pared parietal pre-pilórica, concluye que esto es un factor importante para producir puntos de menor resistencia.

En los duodenales, Fabricio da mucha importancia a la presión del bolo alimenticio.

Fleischmann señala la separación de las fibras musculares al nivel de la desembocadura del colédoco, atribuibles a la tracción provocada por tosis y por páncreas atrófico.

Holzweissing dice que los divertículos toman su origen en la desembocadura de los vasos peri-vaterianos.

Duval y Béclere los atribuyen a espasmos y estenosis.

Klebs, a la tracción ejercida por los vasos sanguíneos y Bensaude, a las adherencias por peri-duodenitis.

En los del colon tenemos que Zielgen los achaca a la adherencia de fragmentos de bolo fecal a los orificios de las glándulas, los que irían aumentando de volumen y penetrando más, como consecuencia de la estasis estercoral y la disminución de la energía de las contracciones musculares en los constipados crónicos.

Klebs los relaciona con la tracción debida a fenómenos inflamatorios, tumores, páncreas accesorios, adherencias, etc., no explicando por qué están libres y sin musculosa; además, relaciona la peri-sigmoiditis como causa, siendo ésta más bien originada por la diverticulitis.

Hanau invoca la presión intra-intestinal partiendo de la etiología de que son enfermos constipados crónicos, y en los cuales la retención estercoral al nivel del sigmoide, en lugar de ser de ocho a diez horas, como normalmente, puede ser aun de varios días, lo que produciría su endurecimiento y la acumulación de gases, lo que daría lugar a un hiper-peristaltismo para vencer el obstáculo,

explicando de este modo el aumento de la presión intra-intestinal y dando lugar a la formación de divertículos en los puntos de menor resistencia.

Graser da una teoría venosa, en la cual admite que la mucosa se comienza a herniar a través de los orificios de desembocadura de los paquetes vasculares, los cuales se dilatan por la estasis venosa originada secundariamente a una hipertensión en el sistema mesaraico; esta teoría ha sido ampliada por Kohn, quien además de admitir el trastorno circulatorio, lo refuerza con los fenómenos debidos a la presión intra-abdominal, explicando de esta manera el porqué es más frecuente en el hombre; la contracción del diafragma y de los músculos de la pared abdominal producen una estasis venosa a nivel de las mesentéricas y esta misma contracción muscular, aumentando la presión intra-abdominal, provocaría una compresión en las paredes intestinales rechazando las materias fecales hacia los puntos de menor resistencia, en este caso los orificios dilatados de los paquetes vasculares.

Sudsuki piensa que es sobre todo el tejido celulo-adiposo que rodea los paquetes vasculares, el que de una manera más directa interviene en la formación de los divertículos, cuando éste tiende a fundirse después de un adelgazamiento provocado por alguna debilidad pasajera del organismo.

Y, por último, la teoría de la disminución de resistencia en un punto cualquiera de la pared intestinal y en la cual intervienen muchos factores, constipación crónica, paredes flácidas, tosis, perturbaciones de la movilidad intestinal, hiperplasia del tejido conjuntivo que disocia las fibras musculares, debilidad por trastornos tróficos, etc.

Después de repasar todos estos estudios sobre la patogénesis de los divertículos, vemos que si algunos explican determinada causa para su formación, al llegar a estudiarlos globalmente, no encontramos una razón fundamental que pueda darnos suficiente luz en este complejo problema de fisio-patología clínica; ni la teoría congénita ni de la que son adquiridos, buscando su origen y explicación con fenómenos de tracción o de pulsión, son lo necesariamente convincentes para disipar toda duda. Sin embargo, creemos que la correlación de los tres factores interviene de manera desigual para hacer que la pared visceral ceda en algún punto y dé origen a

la formación diverticular. Pero nos llama la atención el hecho de que, como condición *sine qua non* de los divertículos, tenemos la lesión parietal, lesión que puede ir de una simple atonía, pasando por trastornos inflamatorios, motores o tróficos, hasta la formación de verdaderos tumores fibrosos y esclero-lipomatosos.

De los seis casos que he estudiado últimamente, en todos he encontrado lesiones de la mucosa, de origen amibiano en algunos, y en un caso de divertículo del sigmoide único había una colitis de origen indeterminado; todos ellos con estas lesiones muy posteriores, apareciendo por crisis pasajeras, al cuadro sintomático que hemos relacionado ya a la entidad morbosa divertículo. Uno de los casos que presento también a ustedes, es interesante desde este mismo punto de vista.

Observación No. 1: F. W., de 43 años, comerciante, quien padece desde hace once meses de vómitos post-prandiales mucosalimenticios, sin sangre y sin esfuerzo; presentándose siempre de una manera cíclica en las tres comidas, como una hora después de la ingestión de los alimentos; nunca ha tenido regurgitaciones ácidas ni dolor; no hay constipación.

Antecedentes.—Paratifoidea cuatro años antes, que le dejó flebitis en la pierna derecha, para la que ha usado vendaje elástico sin sentir molestia alguna.

Al examen del abdomen sólo se encuentra ligero aumento de sensibilidad al nivel de la región duodeno-vesicular.

Reacción negativa; urea y glucosa sanguíneas normales; examen de orina también normal; quimismo gástrico, sensiblemente normal; la prueba de Meltzer Lyon revela ligera angio-colitis; examen coprológico, nada notable.

Examen radiológico.—Colecistografía, normal. Al examen del tubo digestivo encontramos un probable pseudo-divertículo bacteriano que es apreciable en todas las radiografías tomadas.

Como este enfermo había sido ya tratado mucho con colagogos, antieméticos, antiespasmódicos, etc., sin resultado alguno, nosotros le dejamos una cura a base de vitamina B y estriquina, obteniendo la desaparición de los vómitos ocho días después de iniciado el tratamiento; quince días después, persistiendo la curación, nuevo examen radiológico; no se encuentra ninguna imagen diverticular. Posteriormente el enfermo no ha presentado ningún trastorno.

Como ustedes ven, se obtuvo la regresión de su estado patológico y la desaparición de los signos radiológicos, aun cuando si bien es cierto que este tipo de lesiones su característica radiológica es su fugacidad y el hecho de ser inconstantes, pero la coincidencia de ambas cosas me inclino a creer que fué la mejoría de la tonicidad muscular y nerviosa de la pared lo que nos dió este resultado. Si relato estos hechos es porque creo que en la fisiopatología de la pared visceral, podemos encontrar la génesis de los divertículos, y cuya causa primordial estaría en el tonus muscular fundamentalmente y en la esclerosis de los vasos secundariamente.

Diagnóstico.—Su diagnóstico clínico es actualmente imposible, aun cuando haya quien lo ha sospechado antes de confirmarlo radiológicamente. Esto se debe a la diversidad de sus manifestaciones sintomáticas, y al hecho de que en ciertos casos hay otra lesión orgánica u otras lesiones diversas coexistiendo con el divertículo. En este caso, la interpretación se dificulta para relacionar las manifestaciones clínicas en su producción etiológica, derivando los signos encontrados, en su totalidad, de estas afecciones y no siendo el divertículo sino un hallazgo accidental sin participación alguna en el funcionamiento patológico de los órganos lesionados, o inversamente tener un cuadro nosológico que corresponda en todo a una enfermedad orgánica ya bien definida dentro de la patología digestiva, en la que, al buscar la comprobación radiológica, endoscópica o de laboratorio, ésta no se encuentra, logrando sólo despistar la presencia de un divertículo que sería la causa verdadera de la afección. Así es como vemos que los divertículos se revelan con cuadros sintomáticos en todo semejantes a entidades patológicas más o menos bien determinadas, como úlceras gástricas, dispepsias hepáticas, pancreáticas, espasmódicas, estenosantes, colitis, apendicitis, peritonitis localizadas y aun anexitis y pseudo-neoplasias, etc., teniendo necesidad para bien despistarlas de no olvidar el afrismo de clínica que dice: pensar para buscar y buscar para encontrar.

El diagnóstico de los divertículos, siendo eminentemente radiológico, necesita la estrecha cooperación del clínico con el radiólogo para bien localizarlo, determinando si se trata de verdaderos divertículos o de pseudo-divertículos, como suele suceder con frecuencia con nichos ulcerosos, con dilataciones de la ampolla de

Vater, con espasmos transitorios, aerocolia, etc., y aun con la superposición de imágenes, lo que dió motivo a la acta radiológica de Akerlund, quien probó como ya dijimos antes, la falsedad de los llamados divertículos funcionales o fantasmas, que originaron inútiles intervenciones. Una buena técnica radiológica en manos de especialistas con quienes debemos colaborar ampliamente, será el buen camino para llegar a nuestro objetivo: el diagnóstico.

En nuestro medio el Sr. Dr. Carlos Coqui ha publicado no ha mucho, estudios radiológicos sobre este mismo tema, los cuales son de lo más interesante e instructivo.

A continuación y en forma sintética relataré algunas observaciones clínicas en relación con su dificultad diagnóstica.

Observación No. 2.—J. D. L., de 30 años, empleado; hace año y medio comenzó, sin motivo aparente, con una constipación tenaz, acompañada de ligeros dolores de la fosa ilíaca izquierda, los que fueron aumentando hasta venir bajo la forma de crisis dolorosas intensas; defecación dolorosa; estos fenómenos acompañados de anorexia y adelgazamiento. Como antecedentes relata haber tenido en varias ocasiones brotes infecciosos febriles de origen intestinal y de causa no determinada y un catarro nasal probablemente alérgico.

Al examen del abdomen se encuentra en la fosa ilíaca izquierda contractura muscular y profundamente el sigmoide ocupado, que rueda bajo la presión de la mano y es muy doloroso; ningún otro dato positivo.

Reacción negativa; orina, normal; examen coprológico también normal.

Examen radiológico: divertículo único del sigmoide.

El enfermo no aceptó el examen endoscópico.

Después de un tratamiento a base de un régimen alimenticio laxantes mucilaginosos y vitamina B, el enfermo ha mejorado, al grado de desaparecer por completo las crisis dolorosas, no teniendo ya su defecación acompañada de dolor; habiendo abandonado ya todo tratamiento, el enfermo ha seguido bien hasta la fecha, dándose esta observación de tres meses.

Observación No. 3.—T. J., de 49 años, comerciante en pieles, hace cinco años comenzó a tener crisis diarreicas, sin sangre y con ruidos intestinales, las que duraban algunos días y desaparecían

espontáneamente con un régimen dietético, al principio espaciadas, se han venido haciendo más frecuentes y rebeldes acompañándose de dolor en la fosa ilíaca derecha; su función digestiva es normal; no da ningunos antecedentes patológicos.

Examen del abdomen.—Meteorismo y aerocolia más marcada al nivel del ciego, dolor provocado en todo el trayecto del colon, no hay defensa ni contractura muscular.

Reacción negativa; orina normal; el examen coprológico revela presencia de amiba coli y amiba histolítica sin sangre.

Al examen radiológico se encuentra una diverticulosis múltiple del colon.

Examen endoscópico.—Se observa un estado congestivo de la mucosa con engrosamiento de los pliegues mucosales y estrechamiento de su luz; no se logró ver los orificios diverticulares.

Enfermo tratado como colítico amibiásico con regresión completa de toda su sintomatología, teniendo ya como un año sin que hayan vuelto las crisis diarreicas y dolorosas.

Observación No. 4.—P. A., de 64 años, agricultor, se queja desde hace varios años de hiperclorhidria, dolor epigástrico y vómitos que de una manera periódica le venían desapareciendo con dieta y alcalinos que él sólo se imponía; a últimas fechas estos fenómenos se le han acentuado siendo rebeldes a los tratamientos por él seguidos.

Al examen sólo se encontró dolor localizado a la región epigástrica, sin defensa muscular.

Examen radiológico.—Se encontró un pequeño divertículo prepilórico y una úlcera pilórica.

No se hizo el examen del quimismo gástrico ni ningún otro examen debido a que el enfermo tuvo que ausentarse de ésta y ha sido perdido de vista.

Observación No. 5.—M. M., mujer, de 43 años, con aparente buena salud, padece de trastornos dispépticos hipoquinéticos y aerocolia; en noviembre del año pasado aparición brusca de dolor en la fosa ilíaca derecha con temperatura oscilando entre 37.5 grados y 38, con defensa muscular y ligera leucocitosis; después de algunos días de reposo y hielo al vientre, desaparecen todos los fenómenos agudos.

Antecedentes.—Crisis diarreicas ligeras muy espaciadas y sus trastornos dispépticos ya enumerados.

Al examen del abdomen, fuera de la crisis aguda sólo se aprecia su aerocolia de predominio cecal, indolora.

Examen radiológico.—Colecistografía normal. En el tubo digestivo encontramos un divertículo del ciego.

Reacción negativa; orina y quimismo gástrico, normales; en el examen coprológico presencia de amiba histolítica.

Enferma tratada como colítica amibiásica, lo que ha traído una remisión completa de sus trastornos dispépticos.

Estudio clínico.—Los divertículos podemos agruparlos para su estudio clínico, en tres distintos capítulos, los que corresponderían a otros tantos puntos de vista etiológicos, y en los cuales los fenómenos mecánicos o funcionales por ellos producidos tendrían una mejor explicación sirviendo esto de base para su terapéutica racional.

1o.—El divertículo como tumoración, en función de cuerpo extraño, no ocasionando sino trastornos de compresión o de irritación en los órganos con quienes está en íntima vecindad, fenómenos éstos que estarán en relación directa con el volumen más o menos grande de la tumoración, pero en el cual el factor que tiene mayor trascendencia es su situación anatomo-topográfica; los que provocarán ya sea síndromes dolorosos (caso de Bernstein), o el disfuncionalismo patológico del órgano que les dió nacimiento o de los órganos circunvecinos (casos de Akerlund, Guthmann y Ravanell). Siendo en estos casos los divertículos entidades morbosas causales del estado patológico, su tratamiento debe ser quirúrgico.

2o.—Con mucho, los más numerosos son aquellos en que el divertículo está siempre acompañado de otras lesiones patológicas causales de la sintomatología presentada por el enfermo (úlceras, duodenitis, colecistitis, apendicitis, etc.), y en los cuales durante el curso del estudio radiológico tenemos la sorpresa de encontrar los divertículos, lo que impresionándonos grandemente puede dar origen a una errónea interpretación de los hechos, si nos dejamos guiar por la optimista idea de haber encontrado la causa etiológica de la modalidad clínica que nos ocupa. Así vemos cómo cirujanos experimentados (Thomson) han cometido esta equivocación. Si nosotros seguimos nuestra exploración hasta agotarla, en la gran ma-

yoría de los casos encontraremos la afección causal y llegaremos a comprobar que el divertículo fué un verdadero hallazgo radiológico sin mayor conexión con el estado patológico del paciente. El caso contrario también se presenta; no pensar en un divertículo y encontrarlo durante la exploración clínica o en un acto operatorio y ser él el agente causal del cuadro clínico presentado por el enfermo como en la siguiente observación:

Observación No. 6.—F. P., de 25 años, empleado; aparición brusca de dolor abdominal intenso durante su trabajo; es visto con un cuadro de síndrome abdominal agudo con defensa muscular de predominio derecho y fuerte leucocitosis. Como antecedentes sólo ha tenido fenómenos dispépticos transitorios consistentes en aërocolia no dolorosa.

Intervención quirúrgica.—Incisión para-lateral derecha infra-umbilical, encontrando un derrame purulento en la cavidad y un apéndice congestivo, apendicectomía a pesar de que tenemos la impresión de no ser la causa de la peritonitis; al explorar encontramos en el íleon, como a quince centímetros de la válvula íleo-cecal, un divertículo largo como de diez centímetros con placas gangrenosas y perforado, hizose la extirpación, hundiendo y peritonizando el muñón de implantación, se drenó. Curación completa a las tres semanas.

3o.—Los divertículos como recipientes que en determinadas ocasiones y circunstancias especiales (retención de materias fecales o cuerpos extraños alojados en su interior que pueden provocar desde una simple inflamación hasta la necrosis), se convierten en focos tóxicos o infecciosos con repercusión en el funcionalismo interorgánico y con una expresión clínica polimorfa difícil de interpretar, pues en este caso el divertículo sería un epifoco causal de una poliorganopatía consensual derivativa de las correlaciones fisiológicas interorgánicas, dando lugar a la aparición de un síndrome asociado del abdomen, cuya génesis y fisiopatología ha sido ya bien estudiada por diversos autores. Y si conocemos principalmente el coqueteo vesículo-apendicular y las repercusiones de las afecciones ceco-apendiculares sobre el aparato digestivo, debemos pensar que un divertículo en estas condiciones originará también un complejo morboso cuya manifestación clínica será siempre polimorfa y heterogénea, no revelándose por signos propios, sino más

bien por las alteraciones consensuales de otros órganos en estrecha relación anatómica, fisiológica y funcional con el órgano que le dió nacimiento. Siendo el divertículo un foco toxi-infeccioso que origina procesos inflamatorios, aun cuando no forme una cavidad cerrada, es en mucho comparable su acción patológica a la perfectamente bien estudiada del apéndice, el que en suma no viene siendo sino un divertículo del ciego.

En otros casos, los fenómenos inflamatorios de la diverticulitis originan la hiperplasia de los tejidos cercanos o constitutivos del saco, dando origen a la formación de verdaderos tumores, como sucede en las diverticultis sigmoides, que originan verdaderas neoformaciones de tipo fibroso o lipomatoso.

Más rara vez la diverticulitis ocasiona peritonitis adhesivas localizadas o aun peritonitis sépticas, ya sean localizadas o generalizadas. La terapéutica por seguir en estos casos debe ser ajustada a las condiciones clínicas encontradas y, si es forzosamente quirúrgica en los casos agudos y tumorales, en la gran mayoría que evolucionan por crisis pasajeras y espaciadas, el tratamiento médico puede aún dar buenos resultados.

Estudio crítico.—Si repasamos la literatura de esta afección encontramos que los casos relatados como curaciones quirúrgicas no son muy numerosos, así como los fracasos que se han obtenido desde el punto de vista de los resultados obtenidos no son bien pocos; esto ha dado por resultado que al entusiasmo quirúrgico que siguió a los primeros diagnósticos radiológicos ha continuado un escepticismo que ha hecho a muchos autores declarar que la abstención quirúrgica debe ser la regla. Sin llegar a este extremo me parece que este capítulo de la patología digestiva merece no dejarse sorprender por el súbito encuentro de un divertículo y meditar y completar siempre su estudio antes de tomar una determinación. No teniendo una sintomatología propia, no conociendo a la hora actual un signo que pudiéramos llamar patognomónico, no tenemos una base clínica para fundamentar un diagnóstico; todo lo que hay como un hecho cierto, es que si antes era un simple hallazgo anatómico de las autopsias, actualmente es también una sorpresa en vivo que nos reserva de tiempo en tiempo el método de Roentgen: la radiología. Y esta sorpresa radiológica la tenemos regularmente cuando estamos analizando un complejo morbosos, lo que no viene

sino a aumentarlo con un elemento más con el que no se contaba, el que por su presencia inopinada, con fuerza nos guía a tomarlo como la lesión causal anatómica de todo el estado patológico. Si dejamos pasar la primera impresión y hacemos venir la reflexión serena, ya con todos los elementos necesarios para poder efectuar la síntesis clínica, entonces estamos capacitados hasta donde es humanamente posible para catalogarlo como entidad mono-orgánica causal o como formando parte de una correlación orgánica patológica, o simplemente como un incidente encontrado durante el examen clínico radiológico y sin tener conexión alguna con el estado patológico.

Debemos tener presente que el divertículo existía antes de la aparición de los fenómenos patológicos, que él puede en la generalidad de los casos participar de ellos, pero no originar su génesis, que ya está adaptado a la correlación fisiológica inter-orgánica, y que como todo elemento orgánico, es susceptible de pasar a un estado patológico. Son estos estados diverticulares los únicos que son quirúrgicos; aquellos que dan fenómenos compresivos francos, fenómenos agudos sépticos y fenómenos tumorales.

Comentario al trabajo del Dr. Ignacio Morones Prieto *

Por el Dr. CARLOS COQUI

En los diversos aspectos de la vida humana, las bases de una moral estricta constituyen la parte más importante hacia la tendencia de conseguir individualmente la organización perfecta. El pensamiento más sensato es, en realidad, la consecuencia inmediata de una buena educación mental, de la que se derivan además, las condiciones más adecuadas, cuyos aspectos se relacionan con el concepto de la felicidad. Pero no obstante que sea muy oportuna la aplicación de los más notables sistemas educativos o disciplinas impuestas, en muchos casos los resultados son negativos y por lo tanto los fracasos vienen a constituir una afirmación de algunos hechos particulares que son, diríamos, la esencia de la vida que está

* Leído en la sesión del 7 de mayo de 1941.

en pugna con las bases fundamentales de la organización perfecta. Claro es que aquel que siga con el más acendrado fervor y profundo ahinco determinadas líneas de orientación hacia el progreso, el éxito, y la felicidad, debe esperar los más fecundos frutos.

Si se aprovechan felizmente los años que pertenecen a la época de la niñez, si más tarde la dedicación al estudio se mantiene sin quebranto, si se labora a base de esfuerzo e inteligencia y si también los pasos que demos en la vida son atinados y seguros, llegaríamos a la conclusión afortunada de lograr la realización de las miras más justas. Y es cierto que un cuadro con tales aspectos es de lo más bello, puesto que sintetiza los resultados de nuestra marcha en el accidentado camino de la vida.

El premio más humano que puede establecer la compensación más adecuada cuando el hombre se dedica a actividades provechosas, es la salud, la comodidad necesaria, el aplauso de su obra, el estímulo de su esfuerzo, la estimación de sus inmediatos, la ayuda moral y afectiva para que así pueda ser factible él disfrute de la felicidad, ya que a ella tiene derecho, pues en realidad el hombre civilizado, en tales circunstancias, que es parte integrante de la gran corporación constituida por la sociedad, lucha y trabaja hacia el fin de ser feliz. Este es propiamente el camino de los triunfadores, este ha sido el destino de Ignacio Morones, siempre luchando, siempre venciendo. Le conozco hace muchísimos años y he visto cómo ha sido luminosa la estela de su existencia; la parte oscura de su vida, obra también de su destino, contra la cual nada pueden la voluntad y la inteligencia, nada importa y es insignificante al lado de su triunfo; como todo luchador, su vida ha tenido su parte opaca y su parte brillante, ésta enormemente más grande que aquélla. La vida social y profesional del actual Rector de la Universidad de San Luis Potosí, ha sido una sucesión de triunfos y sólo tengo que felicitarlo por el último: su ingreso al seno de la Academia Nacional de Medicina.

Ha escogido como tema de trabajo de ingreso, un punto que tiene íntimas relaciones con la especialidad que por los caprichos a veces trágicos del destino, me ha tocado ejercer: la radiología, creada por el descubrimiento de Roentgen al final del siglo pasado.

En la ciencia de la medicina, el empirismo resumía antiguamente la fórmula de resolución. Los elementos químicos y biológi-

cos, posteriormente tomaron en el campo de la medicina una participación muy importante; y con ellos, a medida que el adelanto y perfeccionamiento se ha incrementado, el empirismo viene disminuyendo de manera considerable, especialmente en los países civilizados donde la influencia de los centros médicos ha llegado al pueblo que sufre el dolor y azote de las enfermedades. Las generaciones de médicos de los albores del siglo XX, que han contemplado el desarrollo de la ciencia en todos sus aspectos, han tenido que someterse a las exigencias del medio actual, para responder debidamente a las fórmulas modernas; pues de lo contrario, el saber adquirido tendría semejanzas en sus demostraciones prácticas a las antiguas maneras en que predominaba el empirismo.

La radiología le ha quitado en gran parte a la medicina su aspecto empírico. Hoy concebimos la medicina como la asociación de los métodos clínicos clásicos, asociados feliz y armoniosamente con la radiología, el laboratorio, la endoscopia. La medicina ha sufrido el proceso de mecanización que ha hecho sucumbir, muy a su pesar, a la medicina antigua, mucho menos objetiva y a veces absurda.

En mi artículo publicado hace varios años en la Revista de Gastroenterología, relativo a divertículos del tubo digestivo, hice hincapié en la importancia de este nuevo capítulo de la patología digestiva, desde el punto de vista radiológico; en él trataba todo lo relativo a los divertículos digestivos, aun aquellos de los que no habla en su significativo trabajo de ingreso el Dr. Morones, los del esófago, los de la vesícula (anexo del aparato digestivo), del apéndice y del intestino delgado; siempre me pareció interesante la identificación de estas formaciones, que a veces benignas, pueden en un momento dado amenazar la existencia y la salud de sus portadores, según lo ha tratado el Dr. Morones. La identificación por medio de la radiología y la endoscopia, en algunos casos ha dado lugar a las concepciones terapéuticas analizadas con precisión por Morones, quien ha tenido que tratar el asunto radiológico por la fuerza de su importancia, pero que por arriba de todo es un cirujano y naturalmente le ha dado máxima importancia a lo relativo al tratamiento muchas veces quirúrgico.

Debo hacer la aclaración que últimamente he diagnosticado un divertículo de esófago que dió lugar a muchas discusiones clínicas muy de mi gusto y en donde el esofagoscopista no pudo, por circunstancias que no puedo analizar en estos momentos, introducir el esofagoscopio y en donde la endoscopia nada hizo en el diagnóstico; también hemos diagnosticado divertículos de la vesícula, del intestino delgado, en el Pabellón de Gastroenterología del Hospital General y un caso de diverticulosis del apéndice; en estos enfermos todo ha sido radiología, pero reconociendo que la rutina de hacer el examen completo del tubo digestivo es lo que ha dado lugar al conocimiento de hallazgos tan interesantes. Este examen total es el que se debe exigir sobre todo en los casos dudosos de la patología gastro-intestinal, en que los errores se deben a lo incompleto del examen y al excesivo talento del médico, quien estimándose con frecuencia en más de lo que es, cree, sin fundamento por cierto, suplir con su juicio y con sus sentidos, a los sentidos más profundos y menos ciegos del aparato de Roentgen.

El concepto actual de la clínica está íntimamente relacionado al descubrimiento de los rayos X; estas ligas en muchos casos son tan estrechas, que es imposible concebir la existencia de ciertos padecimientos sin pensar en los rayos que constituyen la única forma de identificarlos.

Hay ciertos órganos que por su profundidad son casi inaccesibles al médico general, que sería impotente tan sólo con los métodos de clínica clásicos y con los datos de interrogatorio para hacer un diagnóstico exacto del padecimiento, dar los debidos detalles sobre situación, forma, funcionamiento, etc., de la región enferma. La medicina física viene entonces con sus maniobras especializadas a aclarar el problema y conduce al diagnóstico preciso, tal como se necesita para hacer un tratamiento útil. Los divertículos del tubo digestivo son enfermedades con manifestaciones clínicas a veces, pero cuyo diagnóstico corresponde en su mayor parte a la radiología; su identificación es del todo interesante si se toman en cuenta las complicaciones a que puede dar lugar, que en un momento dado pueden determinar la muerte de su dueño, como lo observé en un caso de un divertículo duodenal diagnosticado por nosotros, el cual determinó una hemorragia mortal.

El clínico y el radiólogo clínico no pretenden hacer un diag-

nóstico que no sea "casual"; casi siempre el factor casualidad pone en evidencia la bolsa diverticular; pues sólo en el esófago se pueden diagnosticar ciertos divertículos muy altos a base de buen juicio, a base de razonar; pero la identificación en los demás órganos es obra de la "suerte"; en gran parte la substancia opaca llena el divertículo haciéndolo accesible a la vista del radiólogo, pero ello no disminuye el mérito del método, pues la visibilidad de los detalles anatómo-radiológicos depende de la técnica radiológica rigurosa, más que de la potencia de las instalaciones, ya que basta un simple aparato portátil para hacer un examen radio-clínico fructífero. El hecho de que, como dice Ignacio Morones, el divertículo puede tener manifestaciones clínicas muy variadas, hace indiscutiblemente necesaria una exploración completa del tubo digestivo para no exponerse a los frecuentísimos errores de diagnóstico a que conduce el examen segmentario e incompleto. Sólo en estas condiciones técnicas-clínicas se logra hacer el diagnóstico preciso, que es lo que reclama el enfermo, candidato a un correcto tratamiento que con mucha frecuencia será quirúrgico.

La interpretación radiológica está basada como en la mayoría de los casos en que tiene que ver la radiología, en el conocimiento perfecto de la anatomía radio-clínica normal y el de la desviación patológica observada.

En el estómago el diagnóstico con los nichos de la pequeña curvatura, no siempre es fácil y reclama un gran entrenamiento radiológico, no sólo para ver el divertículo, sino para diferenciarlo de otros procesos que se pueden confundir. No siempre los divertículos aparecen con caracteres típicos, con su cámara de aire, nivel líquido y de substancia opaca. Como claramente lo demuestran las radiografías del Dr. Morones, a veces su topografía es la concebida por la propia embriología; pero esto no es una regla y bien sabemos que el enfermo difiere con mucha frecuencia por su sintomatología y aspecto, del simple capítulo de patología demasiado esquemático y simple. Es más, el clínico y el radiólogo deben establecer los nexos que existen entre la sintomatología clínica y la deformación radiológica diverticular, lo que no siempre es fácil, pues a veces, por ejemplo, puede coexistir una úlcera con un divertículo de estómago, la úlcera es la que da la sinto-

matología y el divertículo es silencioso; existe en este caso una deformación radiológica y la enfermedad ulcerosa.

Es un placer para un aficionado a la medicina física, para un radiólogo en embrión, el comentar un trabajo de un clínico; ello indica que los lazos de la radiología y de la clínica van estrechándose cada día; esto tiene su explicación clara, la radiología no es más que un capítulo de la clínica que si ha adquirido individualidad es por su complicación técnica y porque la interpretación está íntimamente ligada a este aspecto técnico; pero también, como lo he afirmado en múltiples ocasiones, tiene ligas con la clínica, con la anatomía patológica; el conocimiento del documento clínico y del anatómico hace que la interpretación sea más precisa y exacta, lo que tiene importancia sobre todo en los casos de divertículos del aparato digestivo.

Después de haber hecho este mal hilvanado comentario, sólo me queda pedir a los señores académicos aquí presentes den la bienvenida a Ignacio Morones Prieto, médico completo, todo corazón entusiasta y sincero, y pido también que una vez más rindamos el debido homenaje a Roentgen, quien con sus portentosos rayos ha hecho que se precisen los estragos de muchos padecimientos sobre el organismo humano. Roentgen se yergue majestuoso como benefactor de la Humanidad, como ciudadano del mundo que merece la gratitud universal.

Lepra y acción sanitaria *

Por el Dr. FERNANDO LATAPI

Acción sanitaria enérgica no es
acción sanitaria drástica o vio-
lenta.

Lepra en el Caribe.—Aun cuando en este tema de la Sección de Higiene de la 3a. Reunión de los Estados del Caribe, (1) se sugieren puntos de indiscutible interés como el Pian o el Mal del Pinto, me decido a tratar sobre la Lepra, ya que ésta reúne

* Presentado en la III reunión de los Estados del Caribe (Puerto Príncipe Haití, abril de 1941).—Leído en la sesión de la Academia Nacional de Medicina del 14 de mayo de 1941.

(1) Problemas en relación con enfermedades acantonadas y su posible difusión: fiebre de la Oroya, rickettsiosis, pian, pinto.