

ZUSAMMENFASSUNG

1. Der Verfasser nimmt eine generelle Revision der Theorien über den Schmerz, vor allem Eigeweideschmerz vor und ist der Ansicht, dass keine derselben folgende Phänomene erklären kann:

1. Das Phänomen von Lemaire.
2. Die Beziehungen des Schmerzes zu den Gemütszuständen.
3. Die Phänomene von Costen und Abello.
4. Die vom Verfasser benannten Reflexe der Anuspyramide, die durch Anusdilatation erzeugt werden. In weiteren Arbeiten wird hierüber berichtet werden.

In einer anderen Arbeit wird der Autor über seine Auffassung über die Physiopathologie des Schmerzes sprechen, die eine zufriedenstellende Erklärung über die oben benannten Probleme geben wird.

RÉSUMÉ

Révision générale des théories de la douleur, surtout de la douleur viscérale; l'auteur croit cependant que toutes sont insuffisantes puisque, aucune, ne permet d'expliquer les phénomènes suivants:

1. Phénomène de Lemaire.
2. Rapport de la douleur avec les états émotifs.
3. Phénomènes de Costen et Abello.
4. Reflets provoqués par la dilatation de l'anus, mentionnés par l'auteur. Reflet de la Pyramide anale.

Tous seront traités dans de travaux successifs.

Dans un prochain travail l'auteur exposera son concept physiopathologique de la douleur, qui permet une explication satisfactoire aux problèmes ci-dessus signalés.

NOTAS CLINICAS

UN CASO DE TROMBOSIS MESENTERICA

J. PEDRO R. DE LEDESMA.

Cirujano provincial de Cáceres.

La poca frecuencia con que según nuestra experiencia es posible hallar en clínica casos de trombosis mesentérica de extensión limitada, y por lo tanto susceptibles de ser intervenidas con resultados satisfactorios, nos induce a publicar este caso que felizmente ha podido ser curado.

En nuestra larga vida profesional, en el ambiente en que nos desenvolvemos, en el que predomina una gran cantidad de pacientes con síndromes abdominales agudos que requieren intervenciones quirúrgicas de urgencia, hemos tenido nueve casos de trombosis mesentérica, de los cuales fueron sospechados, o sea, se hizo en ellos el diagnóstico probable de trombosis mesentérica ocho veces y en un caso se laparotomizó con el diagnóstico erróneo de apendicitis aguda. En otro caso más, se hizo diagnóstico en autopsia, y en él la trombosis mesentérica ocupó una zona limitada que necrosaba unos 30 cm. de intestino delgado. Este caso ocurrió en una enferma que había sido intervenida de hernia crural estrangulada, en la que por considerar que el intestino tenía vitalidad no se hizo resección intestinal, sino que se redujo el intestino herniado; transcurridos siete días de la operación, y habiendo tenido la en-

ferma no sólo expulsión de gases, sino evacuación intestinal de apariencia normal, se presentó un cuadro clínico grave y rápidamente entró en colapso vascular periférico, falleciendo en un plazo de cuarenta y ocho horas sin haber sido intervenida y sin ningún diagnóstico de certeza. En la autopsia se reveló la existencia de trombosis, que comprendía una zona parcial del mesenterio de intestino delgado, que no alcanzaba a la raíz del mismo, y por lo tanto sacamos la impresión de que de haber sido intervenida a tiempo hubiera sido posible la salvación de la enferma.

Bajo la impresión de este recuerdo creímos posible tener una oportunidad de encontrar algún enfermo en que la zona trombosada, por su limitación, nos permitiera realizar una exérésis eficaz.

Según nuestra apreciación es poco probable encontrar casos de esta índole en nuestra cauística, porque los pacientes suelen proceder de zonas distantes y la trombosis mesentérica tiene en su iniciación un cuadro clínico poco definido, que impide el que los médicos de cabecera sospechen la existencia de un proceso abdominal agudo que requiera intervención quirúrgica.

Los clínicos suelen dar un valor excesivo a que el enfermo tenga entre sus síntomas unas evacuaciones líquidas sanguinolentas y de una fetidez pútrida. Según nuestra experiencia este síntoma, con tener gran valor, no se presenta en todos los casos y de ordinario sólo se ofrece

cuando la zona de necrosis intestinal incluye el intestino grueso, mientras que cuando la necrosis comprende territorios limitados de intestino delgado, sobre todo si dicho territorio está lejos de la válvula ileocecal, no se presenta la evacuación sanguinolenta, debido a que por haber una parálisis intestinal difusa no hay evacuación intestinal. Contrastando con esto, puede darse el caso de alguna que otra expulsión de gases no abundantes ni frecuentes, que no son suficientes para reducir el meteorismo difuso y progresivo que permite a veces palpar unas masas que parecen asas intestinales porque la gran flacidez de la pared abdominal no se opone del todo a la palpación.

En general, nosotros sospechamos la trombosis mesentérica dentro de los restantes procesos abdominales agudos a través de algunos hechos clínicos, a saber:

Principio insidioso con historia de uno, dos o tres días. Falta de contractura abdominal, meteorismo, parálisis intestinal, cierre abdominal con alguna posible evacuación de gases, fiebre, pulso relativamente bueno y tenso en contraste con la apreciable gravedad clínica del caso, leucocitosis con neutrofilia, hemograma con desviación regenerativa, dolor abdominal con localización imprecisa por el enfermo y, sobre todo, hemos apreciado con absoluta constancia un estado de inquietud continua por parte del enfermo muy especial. Jamás se está del todo quieto, pone un pie sobre el otro, mueve las manos, coge objetos de la cama, se levanta innecesariamente, se vuelve a echar, dice que se encuentra muy molesto y no encuentra ninguna postura que le resulte cómoda. La fascia tiene una coloración terrosa, y aun cuando el enfermo tiene plena conciencia, sus actitudes y sus gestos son pocos expresivos. No son constantes los vómitos.

Dentro de los enfermos que se nos ofrecen con cuadros abdominales agudos, esta inquietud constante, esta falta de reposo, sin que el dolor resulte de intensidad desesperante, acompañado de una distensión abdominal difusa pero de grado moderado, con ausencia de contractura abdominal, con pulso relativamente bueno, con leucocitosis, granulocitosis, y de ordinario abundancia de cayados, nos hacen sospechar siempre como probable que exista una trombosis mesentérica, y muy especialmente se da este cuadro cuando la trombosis afecta a los vasos del sistema venoso con infarto hemorrágico. Solamente encontramos un cuadro clínico parecido en ciertos casos de apendicitis gangrenosa con exudación pútrida difusa de peritoneo. Pero aun en estos casos la localización preferente del dolor en su fase inicial y aun después, en la fosa ilíaca derecha, así como una contractura de defensa más o menos extendida, pero con localización preferente en la región apendicular y la menor participación de los síntomas de intoxicación cerebral, así como la gravedad clí-

nica más intensa y más precoz, nos permiten pocas veces confundirlo con la trombosis mesentérica.

La historia clínica que ofrecemos ha sido muy expresiva, de acuerdo con nuestros puntos de vista, porque de toda la sintomatología confusa del enfermo predominó para nuestra orientación diagnóstica esa inquietud continua superior a la voluntad del paciente de que hacemos mención, y que para nosotros tiene un valor excepcional.



Fig. 1.

Felipe Carpintero Martín, de cincuenta y seis años, casado, fotógrafo, natural de Cáceres y residente en Coria.

Antecedentes familiares.—Padre, muerto de úlcera de estómago. Madre, cardíaca. Han sido 16 hermanos, de los cuales viven cuatro, habiéndose muerto los restantes de pequeños; los que viven están sanos. Cuatro hijos, que viven sanos; uno de ellos ha sido operado de resección de estómago por ulcus.

Antecedentes personales.—Sin interés, salvo algunas veces ardores de estómago. Ha sido fumador, pero hace algún tiempo que lo dejó. Regular bebedor.

Enfermedad actual.—El día 19 de enero de 1955, y con buen estado de salud anterior, comenzó a notar distensión de vientre acompañado de molestias dolorosas en toda la cintura con dificultad de expulsión de gases; dice el enfermo que si expulsara gases se quedaría bien. Todo esto lo achaca el paciente a que unos días antes hizo un violento esfuerzo al cargar con gran peso. En el transcurso de las horas van acentuándose las molestias, que se van convirtiendo ya en verdadero dolor difundido por todo el abdomen, sin notar más dolor en un sitio determinado; al mismo tiempo se entraña sobreexcitado y sentía escalofríos que le subían por la espalda a lo largo de la columna vertebral. Veo al enfermo en este momento, que no da impresión de cosa importante, estando levantado y llevándose constantemente ambas manos a los lados del vientre hacia la parte superior y dando *muestras de gran excitación*. Tiene gran meteorismo abdominal, y auscultado el vientre no se oyen ruidos abdominales; no hay de-

fensa ni contractura, y al palpar el dolor es difuso y poco acentuado. No tiene fiebre, 66 pulsaciones, pulso tenso y ritmico; 14 y 9 de tensiones. Llama la atención la gran tranquilidad del paciente, contrastando con su buen estado general. Pensando en una simple paresia intestinal le doy como prueba una gragea de Peristalina, sometiéndole a observación. Le vuelvo a ver a las pocas horas, encontrando al paciente en el mismo estado sin que haya expulsado gases ni deposición; ha



Fig. 2.

tenido algún vómito y náuseas. El dolor va acentuándose, pero sigue sin localizarse en parte alguna y el paciente está aún más excitado. El pulso, temperatura y tensiones siguen normales, como unas horas antes. A pesar de su estado general excelente, teniendo en cuenta su inmovilidad intestinal y esa especial sensación que produce el enfermo por su sobreexcitación nerviosa, decidí evacuarlo a un Centro quirúrgico con el diagnóstico genérico de probable "abdomen agudo". Momentos antes de salir (de madrugada) hace una deposición poco copiosa y no sanguinolenta. Al salir se le pone una inyección de Espasmosanil y Cardiazol.

Esta es la historia clínica referida por el médico de cabecera, doctor VIERA, y que sutilmente ha tomado buena nota del síntoma a que nos referimos, o sea la excitación constante y la continua movilidad del paciente contrastando con un sensorio completamente normal y con un estado del aparato circulatorio tan bueno que tiene un pulso ligeramente bradicárdico con buenas tensiones y perfecto ritmo. Nosotros, al recibir al enfermo en el sanatorio, nos sorprendió que no tenía fiebre en absoluto y a pesar del proceso abdominal agudo con distensión paralítica intestinal y dolor. El recuento de leucocitos dió la cifra siguiente: 16.400, y el hemograma acusó la cifra siguiente: Segmentados, 91. Cayados, 2. Eosinófilos, 0. Linfocitos, 7. Monocitos, 0. La velocidad de sedimentación dió 7 a la primera hora y 15 a la segunda. Como se puede apreciar, la desviación regenerativa era apenas acusada y tampoco era llamativa la velocidad de sedimentación.

Nuestra experiencia de casos anteriores nos indujo a sospechar la trombosis mesentérica, aun cuando no excluimos la posibilidad de que se tratara de una apendicitis aguda grave.

La intervención se practicó dentro de los veinticuatro horas del proceso. En previsión de que fuera un caso de apendicitis, practicamos una incisión pararrectal tipo Jalaguier muy prolongada (fig. 2), que nos permitiera explorar el apéndice y vías biliares, estómago y extensas zonas de abdomen.

Resultaron sanos apéndice, estómago, vías biliares y colon. El peritoneo contenía abundante exudado ligeramente turbio y sin fetidez. La exteriorización del pa-

quete intestinal delgado nos ofreció una extensa zona intestinal, de unos 30 cm. de longitud, rígida, edematoso y de color violáceo moderadamente acusado. En esta zona no había peristaltismo intestinal. El resto del intestino delgado se encontraba moderadamente distendido y susceptible de contraerse ante las excitaciones propias de las maniobras operatorias. El mesenterio de la zona afectada estaba sumamente engrosado hasta su implantación en la columna vertebral. En esta zona de su implantación alcanzaba su máximo espesor, llegando a ser de un grosor equivalente a cuatro traveses de dedo. Se procedió a ligar los vasos de la zona de implantación del mesenterio en el sitio afectado, procurando realizar previos despegues de la hoja peritoneal en sus dos caras y sucesivamente ligando porciones de la gran masa de tejidos que existía entre ellas, procurando aislar los elementos venosos trombosados y respetando los vasos, que por ser pulsátiles eran arteriales y en buenas condiciones circulatorias. A continuación se fueron ligando formaciones vasculares mesentéricas en dirección a la periferia en el límite de la zona trombosada, procurando respetar todos los tejidos mesentéricos, que se hallaban en buenas condiciones de nutrición. Al llegar al punto de implantación intestinal se siguieron ligando en la periferia los vasos mesentéricos próximos a intestino, alejándose de toda la zona que estaba edematoso en él, hasta gran extensión de la parte necrosada, con el fin de seccionar el intestino por sitio sano y conseguir una sutura de garantía en la anastomosis terminal que se practicó (fig. 1).

La longitud total de intestino extirpado resultó de un metro diez centímetros y la zona mesentérica extirpada alcanzó una total altura en el centro de la pieza de resección y una altura menor en los extremos de la misma como puede apreciarse en la fotografía.

La evolución del enfermo fué buena, salvo una ligera infección de la vaina del recto, que resultó contaminada por el contenido séptico de la exudación peritoneal, pero que obedeció fácilmente al tratamiento mediante la evacuación con un tubo de drenaje y los antibióticos.

El enfermo fué alta en el sanatorio en un periodo de quince días sin que hasta la fecha actual (25 de marzo) haya vuelto a acusar síntoma alguno.

ESOFAGITIS PEPTICAS Y DISCINESIAS ESOFAGICAS (*)

J. VIAR BAYO.

Ante todo enfermo afecto de disfagia debemos pensar primero en la posibilidad de que se trate de un proceso neoplásico y recurrir a todos los métodos a nuestro alcance, exploración radiográfica, esofagoscopia con biopsia, etcétera, para confirmarlo e instaurar en seguida un tratamiento quirúrgico, o para desecharlo viendo que puede tratarse de una afección funcional o un ulcus péptico o una hernia hiatal, afección también ésta que cada vez se diagnostica con más frecuencia a medida que se prodigan las exploraciones radioscópicas.

La acalasia del cardias por alteración del sistema nervioso vegetativo intramural del esófa-

(*) Comunicación presentada a la Academia Médica de Bilbao el día 11 de marzo de 1955.