

El arte de la Semiología en Patología Digestiva Su importancia

Por el Dr. Roger Savignac,

Gastroenterólogo consultante
del Hospital "Saint Antonie"
de París.

Mi excelente amigo, el delicado poeta Tristán Dereme, ha dicho en alguna parte y hace poco, que la Poesía era el arte de repetir los lugares -comunes en una forma nueva, esto es lo que me permite adelantar sin incurrir, yo espero, en un gran ridículo que la Semiología en medicina tiene una importancia de primer orden.

Yo no os interrogaré si habéis leído a Baruch, sino solamente si vosotros leéis los pequeños artículos que M. Ramond firma con demasiada modestia al final de los números de la "Presse Médicale." Su valor para el médico, todo el fruto que de ellos se puede extraer se volverían inútiles de dejarlos dormir bajo esta afirmación, pues son pequeñas joyas de semiológica, infinitamente preciosas para todo

práctico.

Pero yo quiero ir más lejos y afirmar que no hay rama de la medicina donde la cualidad de la semiología se imponga con más ventaja que en gastroenterología.

Permitidme contaros una simple historia que va a ilustrar este pensamiento.

Un día se presenta en el Hospital un hombre de una cincuenta de años, de buen aspecto general y que viene a demandar mi auxilio para aliviarse de un dolor que emponzoña su vida desde hace varios años. No se queja de otra cosa. No tiene fiebre; come bien, vientre al corriente; no tiene trastornos, urinarios y en fin, se sentiría perfectamente bien si este dolor, soportable por otra parte, por su intensidad, no le molestara y no

le asediara al fin por su constancia, su antigüedad y su resistencia a todos los tratamientos seguidos hasta aquí. Dolor que se presenta con localización izquierda en la base del tórax, en una especie de hemicinturón con dos puntos más precisos y más intensos: uno, debajo de la punta del omóplato y el otro, delante, debajo de la tetilla. Estos puntos y este dolor, desde luego, son únicamente subjetivos; la exploración más minuciosa de la región dolorosa no permite descubrir alguna zona objetivamente sensible. ,&.

La piel está normal y jamás ha presentado erupción (zona). No hay modificaciones de la sensibilidad, las costillas y el raquis son normales. A la percusión y auscultación no se halla nada de importancia. El enfermo, es cierto, ha tenido bronquitis algo prolongada otras veces y tose todavía con facilidad. Pero se trata de un fumador y sus pulmones están indemnes de toda lesión. Nunca ha tenido pleuresía.

Estas primeras investigaciones, a pesar de la localización dolorosa, parecen permitir eliminar toda causa torácica parietal, ósea o nerviosa; o interna, pleural o pulmonar.

Habría que buscar en otra parte la espina provocadora de este dolor.

Después de haber estudiado en el espacio, pudiéramos decir, la localización de', dolor, nosotros nos proponemos hacer su estudio en el tiempo.

Siguiendo el interrogatorio más de cerca nosotros tenemos

que el dolor existe durante todo el día, más o menos fuerte, sin horario, casi constante, jamás influenciado por las comidas o la digestión, pero, en suma, muy soportable y que su máximo de intensidad &s nocturno. Es por la noche que desvela al enfermo, haciéndose casi insoportable, dura varias horas imposibilitando al enfermo reconciliar el sueño.

Nosotros insistimos todavía en precisar más el horario en el transcurso de la noche. Es siempre, hacia la segunda parte de la noche, entre las 4 y 6 de la *mañana* que se despierta el enfermo se mantiene despierto. Vuelve a dormirse al alba y a veces después ele *hacer ana deposición*

Este horario nocturno, y esta pequeña y débil declaración de un alivio después de tener una deposición hará desviar nuestro interrogatorio hacia un estudio más minucioso de las funciones intestinales, a pesar que el enfermo, desde el primer momento, nos había afirmado la perfección de ellas.

Y en efecto, nosotros aprendemos entonces que aunque es cierto que el paciente tiene deposiciones diarias, éstas son pastosas, de olor bastante fuerte y acompañadas de gases fétidos. Nunca hay constipación, nunca las heces son modeladas. Asimismo no es raro que tuviera dos y hasta tres deposiciones pastosas en el día, por supuesto, sin cólicos, sin dolor y sin malestar general. Esta función se cumplía tan bien para él que nunca la tomó en cuenta y le parecía

perfectamente normal, y por tanto nosotros aprendemos también que su deposición matinal era muy precoz y bastante imperiosa y a veces correspondía su horario con el de *su dolor torácico*. A partir de este momento, 'el cuadro se torna más claro para nosotros.

Algunos signos objetivos, bastante débiles, pero que vienen a unirse al haz que nosotros estamos en camino de formar, nos van a ayudar a aclararlo y a precisarlo.

La prueba de la faja fue positiva, es decir -que levantando el vientre del enfermo, su dolor torácico se alivia en parte y se hacía por el contrario más intenso y neto de un modo brusco en dejando caer el vientre de nuevo. Además el enfermo había señalado que las fatigas, la estación de pie muy prolongada agravaban su dolor por el día y más fuerte la noche siguiente. A la palpación abdominal no se halló absolutamente nada sospechoso, nada de defensa, nada de sensibilidad parietal tampoco, nada de sensibilidad orgánica ni de 'espasmo o induración cólica. Ningún signo de estenosis intestinal. Pero a la exploración pro-

funda se desencadena un dolor neto, fijo, sobre los plexos ilíacos izquierdos, remontando bastante alto a todo lo largo de las regiones lumboárticas hasta la altura del hueco epigástrico, pero siempre a la izquierda.

Tacto rectal negativo. No hay antecedentes ni signos de sífilis (dolor nocturno) reflejos normales.

El examen a los rayos X confirman la integridad de la caja torácica, del raquis, de los pulmones, del diafragma (no signo de festón), pero mostraba una ptosis poco acusada y sobre todo el espasmo colon-sigmoidiano con un ligero grado de alargamiento del colon sigmoideo.

Así pues, poco a poco, por el interrogatorio cada vez más cerrado, por una investigación casi policiaca yo he llegado a través de este laberinto a atribuir este dolor a una colitis izquierda a predominancia sigmoidiana con ligero dolocolon sigmoideo y ptosis.

Esta búsqueda minuciosa y su conclusión no han carecido de importancia. Ellas me han llevado, en efecto, a dirigir una te-ranéutica causal: faja, vigilando

la enteritis. Y he tenido el placer de ver este dolor que había resistido desde hace varios años a todos los tratamientos más variados, desaparecer completamente y el enfermo venir a anunciarme su curación y su satisfacción.

No he tenido otra intensión al contaros esta historia con detalles que mostraron por qué caminos tortuosos y **abandonados**, dirigido a veces por una pequeña indicación, he podido llegar a dar en el blanco.

Este ejemplo tan característico, así me parece, ha sido elegido al azar de entre miles semejantes. Pues no hay casi ningún caso que no ponga a prueba vuestra sagacidad.

Diariamente vienen los enfermos al médico quejándose de *su estómago*. Pues bien no hay más de uno en cada cinco que presenten lesión a causa gástrica.

El número de lo que yo llamo dispepsias secundarios es considerable. Es el hígado, el intestino, el apéndice, los órganos genitales, la ptosis, las perturbaciones nerviosas quienes constituyen la espina irritativa; pero es a nivel del estómago, o más; exactamente, a nivel del hueco epigástrico que el enfermo localiza su dolor. Esta noción de las dispepsias secundarias está preñada de consecuencias. Si uno se deja persuadir por el enfermo dirigirá su acción terapéutica hacia el estómago sin éxito. Una vez que hemos despistado la verdadera causa, el alivio y la curación misma son obtenidos con seguridad y rapidez.

En efecto, no hay órgano en que la fisiología sea más complicada que los órganos digestivos. No los hay tampoco que estén más ligados por las influencias de los unos sobre los otros. Será necesario insistir acerca de la interdependencia del estómago, el hígado y el **intestino**? En fin, no hay sistema que sea más sensible a los trastornos de los otros sistemas y donde los accidentes tengan repercusiones más importantes sobre todo el organismo humano. Ni hay otro, lo sabemos demasiado para que sea necesario insistir, que sea más sensible a las perturbaciones nerviosas psíquicas: el júbilo ayuda las funciones digestivas, la tristeza las sidera, paraliza nuestra función intestinal; el miedo, la emoción desencadenan una diarrea.

¿No se necesita ir más lejos? ¿Es que las causas externas no tienen efectos beneficiosos y perjudiciales sobre nuestro tubo digestivo más que sobre cualquier otro sistema de nuestro organismo? Yo no quiero hablar del papel enorme jugado por la alimentación, pero tampoco quiero por otra parte, pasar en silencio los efectos, pudiera ser más discutibles, menos demostrados, pero que se comienzan enjuiciar, las modificaciones cósmicas: altitud, clima, depresiones barométricas, tempestades, etc., etc.

¿No es esa una formidable complejidad y no tengo alguna razón al afirmar que para hallar el hilo de Ariadna que dirige al investigador en medio de este laberinto, inextricable a primera vista, hace falta mucho

cuidado, mucha paciencia, mucha ciencia, mucha perspicacia, cierto "olfato," en fin eso que yo **llamo** mucho Arte?

Y he aquí que estas múltiples razones *no* son las únicas: los enfermos del tubo digestivo tienen otro carácter distintivo casi particular y que hacen su estudio todavía más- difícil y es la gran pobreza y el poco valor de sus signos objetivos.

Podemos casi adelantarnos a afirmar que todo el diagnóstico descansa en el interrogatorio. La búsqueda de la intensidad y localización del dolor (nosotros sabemos que es delicada y falaz) la determinación de la forma y del volumen de un órgano, la apreciación de una defensa parietal, la búsqueda de un tumor y su localización, lo que en un abdomen puede ser de una dificultad insuperable, tales son los miserables signos objetivos con los que vamos a buscar un diagnóstico preciso. Son poca cosa y a menudo engañosas. Puesto que la seguridad que podemos esperar, salvo si se trata de un tumor neto, bien perceptible, es escasa.

Es por esto por lo que el gastroenterólogo recurre a los exámenes de laboratorio: examen de sangre, de orina, de jugo gástrico, de heces fecales, tubaje duodenal, etc., etc., y sobre todo como el auxiliar más precioso, el más rico, los rayos X. Mas. con todo eso no debemos obrar a la **ligera**, cuánto discernimiento, cuánto sentido crítico es, necesario para la interpretación de los resultados, ya se trate de los del laboratorio o de placas

radiográficas.

Así pues, de un lado, complejidad enorme de la fisiología y de la anatomía del tubo gastrointestinal, sensibilidad inconmensurable a las influencias de los otros sistemas de nuestro organismo y repercusión formidable de los trastornos, digestivos sobre toda nuestra individualidad; sensibilidad no menos grande a nuestras emociones, nuestro estado psíquico y reversibilidad de las perturbaciones digestivas sobre nuestro carácter y nuestra emotividad; igualmente sensibilidad a todas las influencias exteriores, ya sean lógicas y bien conocidas como las del aporte alimenticio, o más vagas, indeterminadas, pero demostrables, como las perturbaciones cósmicas; la pobreza extrema, por otro lado, de síntomas objetivos en los enfermos del aparato digestivo, hasta tal punto que hay que apelar a todos los exámenes de laboratorio, y sobre todo a los rayos X, para procurar dar base sólida al diagnóstico; todo esto parece acumular con placer las dificultades para tornar particularmente ardua la labor del médico.

Y por tanto, como en toda rama de la patología, el éxito de la terapéutica depende de la precisión del diagnóstico.

Esto es por lo que el gastroenterólogo debe ser una suerte de policía, de Sherlock Holmes, esto es por lo que la buena, minuciosa y sabia semiología debe ser su arte más sutil, completo e importante.

(De Vida Nueva)