

SOFISMAS APENDICULARES

(Primer Trabajo)

POR EL DR. GABRIEL MALDA

Hace algún tiempo que he deseado traer a esta Corporación, el tema que esta noche voy a iniciar, pero he alargado más y más el tiempo no por apatía, ni falta de deseo, sino más bien por acumular hechos clínicos sobre estudios de intervenciones quirúrgicas, sobre estudios radiológicos y pruebas de laboratorio. He establecido un paréntesis forzoso, entre mis trabajos publicados hace algunos años, y los que voy a empezar acerca de esta terrible dolencia, de esta tragedia del abdomen que se llama *apendicitis*; este paréntesis se debe a la enseñanza que me han proporcionado «los casos clínicos llevados a la mesa de operaciones». Hace algunos decía yo años en uno de mis trabajos: «toda *apendicitis* diagnosticada debe operarse lo más pronto que sea posible». Mi proposición vive y continuará viviendo cada día más y más ratificada. La he seguido al pie de la letra siempre confirmando-la y pudiendo observar que el no haberse apegado a ella, ha traído resultados desconsoladores. No discuto ya lo que la experiencia cotidiana ha confirmado en materia de oportunidad de intervenir quirúrgicamente; no se discute lo que no se presta ya a discusión; pero hay algo que viene a nublar las satisfacciones del médico y del cirujano tratantes: días después de obtener un éxito quirúrgico completo, y de que el operado se ha despedido con la convicción de que se encuentra realmente en estado de salud perfecta, éste algo a que me refiero, puede transformarse en algunas ocasiones en un todo, que trae como cortejo una desesperación profunda para el enfermo, y una decepción del arte y ciencia médico quirúrgicos, para el profesionista. En efecto, señores, muchos —suplico— fijos en el término «no son pocos» de los enfermos operados de *apendicitis*, que continúan después de la intervención quirúrgica presentando un cuadro igual o alguno de los síntomas que apoyaron el diagnóstico de *apendicitis* y decidieron la intervención quirúrgica. Perplejos quedan médico y cirujano ante aquel fracaso tan grande. Haber convencido en algunas ocasiones, obligado casi en otras, a una per-

sona a operarse con toda la buena fé posible, haberle insinuado a dejar sus ocupaciones, haber provocado en una familia el pánico que producen estas prácticas y luego para qué, para ver desarrollarse las mismas fases, las mismas escenas dolorosas que antes de la operación. Pena causará a las personas que me escuchan esto; recordarlo, pero así acontece y acontecerá siempre, que se caiga al razonar el diagnóstico de apendicitis, en lo que yo llamo el «SOFISMA APENDICULAR»

Cuando somos llamados ante una persona que sufre de un dolor en el «hemi-abdomen derecho», en buena clínica se piensa en lo más vulgar, en lo más sencillo; y el dolor espontáneo y provocado ya precisados, se comentan las relaciones de las zonas de Head con los centros medulares, y las vísceras profundas, y si el dolor se encuentra en el epigastrio, desfilan en la mente del clínico, desde los padecimientos de la pared abdominal a ese nivel, hasta las ideas de una dispepsia dolorosa, de gastritis, de úlcera duodenal o gástrica, de coledocitis, de pancreatitis o de la iniciación de apendicitis. En todos estos síndromos clínicos se reflexiona, pero no surge en la mente algo, y muy importante, tema de este trabajo, que es la incógnita frecuente de los padecimientos dolorosos del abdomen. Si el dolor es en el hipocondrio derecho las mismas hipótesis, las mismas conjeturas, y si en el flanco, a todo lo anterior vienen a unirse los padecimientos del riñón y del ureter complicando aun más la clínica difícil y escabrosa de estas regiones intrincadas del abdomen. Nada se diga si las manifestaciones morbosas se inician en la fosa iliaca derecha; aquí es donde con más facilidad se cae en el sofisma apendicular. Casi es una obsesión en la época actual, una fórmula matemática, es decir: dolor en la fosa iliaca derecha es igual a apendicitis; por eso vemos cotidianamente abrir vientres, y sacar apéndices que la anatomía patológica, ni la histología, demuestran tener la más mínima lesión. Cuántos padecimientos de la pelvis baja reflejan su expresión dolorosa en zonas de Head, localizadas en la fosa iliaca derecha; estudiando la irradiación de estos dolores, nuevos sofismas se presentan, y entre ellos, culminando, el «sofisma apendicular», es decir, tomar por apendicitis lo que en realidad no lo es. Podría yo preguntar a todas las personas que me escuchan quién de ellas no ha pasado por estos momentos críticos de diagnóstico, y quién de ellas no ha caído en la perplejidad y en el error, y estoy seguro que todos estaríamos por la afirmativa. Esto indica que el problema es arduo, difícilísimo, y que la clínica pide ayuda, como nosotros la pedimos, llamando a otro compañero que nos ilustre con sus ideas. No voy a hacer patología en este trabajo, voy a consignar expresiones clínicas que aclaren la semeiótica de síndromos abdominales dolorosos, y me limito a tomar la localización del dolor en sitios muy frecuentes del abdomen (el «epigastrio», y la «fosa iliaca derecha», también como el flanco derecho)

que unida a otros síntomas llevan a formular el diagnóstico de apendicitis. Me aconteció en varias ocasiones operar estos pacientes no sólo con mi diagnóstico, sino apoyado en la afirmativa de clínicos eminentes y, ya sin apéndice, el operado, ya entregado a sus labores cotidianas, volver a presentar el mismo cuadro doloroso; otras veces eran sólo algunos síntomas de los existentes con anterioridad. De cualquier manera la operación no había satisfecho a lo que se esperaba. Indudablemente algún otro factor debía de existir que se escapaba a la investigación clínica y que era causa del síndrome existente. En ese estado de ánimo clínico, si se me permite la palabra, permanecí hasta mi viaje a Europa, donde obtuve muchas luces de hechos dudosos o, hasta esos momentos, inexplicables para mí. Voy a deducir este trabajo a dos «*sofismas apendiculares*» que, por haberlos encontrado con mayor frecuencia, los presento como culminantes: al «*sofisma que da lugar el ligamento variforme*, y al que dan lugar las deformaciones y vicios de posición del hemi-colon derecho. Recuerdo un enfermo, el Sr. R., de treinta años de edad, con habitación en S. Pedro de los Pinos, a quien ví con urgencia, durante una noche, y que presentaba el cuadro clínico siguiente: un dolor en la fosa iliaca derecha invadiendo el punto de Lanz y el punto de Mc. Burney, con irradiación al epigastro; dolor espontáneo y provocado que agotaba al enfermo por su intensidad; no era la primera vez que lo experimentaba, tres o cuatro crisis había tenido ya, de la misma naturaleza e intensidad. La inspección del abdomen daba a conocer una tumefacción poco saliente y de dimensiones comparable a una naranja pequeña, ligeramente renitente a la palpación, y mate a la percusión. Este síntoma doloroso se acompañaba de náuseas, vómitos y evacuaciones alvinas con moco y sangre. El estado general era desastroso: demacrado hasta el extremo y falto de fuerzas, se veía en aquel paciente un fin próximo. Había sido visto por tres personas cuyos diagnósticos diferían: riñón flotante para algún cirujano residente en aquella población, apendicitis, invaginación intestinal, para otros, llamados de esta Capital. El conmemorativo, principalmente, y la falta de defensa muscular y de hiperestesia de la región, me hacían desechar la apendicitis; ni pensar en el riñón flotante; y la invaginación aunque no desecharla, sí dudosa. Estaba en presencia de un caso clínico difícil, y las dificultades de diagnóstico dependen en general de obscuridad en los síntomas, de ambigüedad en ellos, de valorización del síntoma al signo mal interpretado, y principalmente de una exploración incompleta o mal ejecutada. Una lógica inmovible y una clínica severa me aseguraban que el padecimiento se localizaba en el hemi-abdomen derecho; pero definir la especie, para llegar a un diagnóstico completo, es decir, anatómico, etiológico, patogénico, funcional, etc., era en verdad más que difícil; la clínica me pedía auxilio, y el auxilio poderoso que hoy reclaman los pa-

decimientos del abdomen, la radiología y el laboratorio, medios difíciles de aplicar en aquel momento. Mi proposición a la familia fué el transportar su enfermo a mi clínica, y al lado de mi radiologista hacer un estudio minucioso en la pantalla, que pudiera darnos algunas luces. En las primeras horas de la mañana del día siguiente, el enfermo se encontraba en estudio radiológico, pero en un estado de agotamiento tal que temíamos un síncope al hacer las maniobras conducentes para su estudio; las evacuaciones intestinales habían aumentado en frecuencia a tal grado, que se verificaban cada cuatro o cinco minutos (moco con sangre), el dolor había aumentado en intensidad a pesar de la aplicación de la morfina. La tumefacción persistía, pero pude observar que en algunos momentos cambiaba de volumen y forma. Todo el día permaneció el enfermo en el Gabinete de Radiología, con el objeto de seguir en todos sus pasos la cabeza y la cola de la comida de prueba. He aquí el resultado sintético del estudio, estómago normal, intestino delgado normal, excepto retardo en el paso de las últimas asas ileales; ciego lleno de la comida opaca durante toda la exploración radioscópica y radiológica; pero, hecho notable, en ninguna de las películas aparecía el colon ascendente hasta el ángulo de Guy. El transverso normal y el sigmoide y recto igualmente. ¿Qué originaba esa falta de visibilidad del colon ascendente? Dos interpretaciones me daba el Dr. Barreiro, mi radiologista; el colon inflamado secreta una abundante cantidad de moco, y principalmente al nivel del ciego y colon ascendente, como lo demuestran las evacuaciones de tipo cecal; ese mismo moco hace que el colibario no se fije y los rayos penetren con facilidad; otra hipótesis: el peristaltismo es de tal manera exagerada que expulsa la sal opaca con una extrema rapidez y la impide fijarse. Las dos hipótesis concordaban con los hechos clínicos; había colitis, había hiperperistaltismo; pero no se llegaba a una denominación nosológica; se hablaba en radiología de un síndrome como se habla en la clínica. No había más tiempo que perder; la indicación era laparatomizar al enfermo para darle probabilidades de vida.

Practiqué una laparatomía lateral derecha un poco encima del arco de Poupard, yendo al reborde costal; al abrir el peritoneo escurrió serosidad sanguinolenta; me referí inmediatamente al ciego, el que encontré congestionado intensamente; el apéndice rojo y turgente, enteramente libre; la desembocadura del intestino delgado libre también; no había codo de Lanz ni banda de Lan; ligero megaciego, y pude presenciar, al descubrir esta porción, hiper-contracciones cecales; pero inmediatamente encima del ciego el colon se perdía, se sepultaba bajo de una membrana fibrosa y muy vascular, que por un lado, el extremo, se perdía en el peritoneo del flanco y de la fosa iliaca, o quizá, más profundamente en el fascia del Sukerkandl, y por otro se dirigía al fascia Abernethy y al bordé derecho del epiplón,

esa membrana, pude palparlo, estrangulaba el colon ascendente; en una palabra me encontraba en presencia de la membrana de Jackson, causa principal de los sofismas apendiculares. El diagnóstico se hacía: lo que tenía mi enfermo era un síndrome mecánico de la fosa y flanco derecho. Los detalles de técnica quirúrgica los reservo para otro trabajo. Hoy puedo traer casos semejantes, idénticos o parecidos en número de más de treinta, pero ya previamente diagnosticados por la radiología y la clínica. La membrana de Jackson existe y ha existido indudablemente de tiempo inmemorial; lo que ha faltado es diagnosticarla, pensar en ella cuando estamos frente a un cuadro doloroso del abdomen derecho. Regresando yo de Europa e impresionado de las intervenciones hechas por P. Duval y Hartman sobre esta membrana, no faltó quien dijera aquí que era una ilusión o un mito su existencia; el año pasado dirigí una tesis a uno de mis alumnos, el Sr. Rodolfo Navarro que fué escrita sirviéndose de mi quirúrgico acervo. Las fechas son muy elocuentes, la membrana fué descubierta desde antes del año de 1858. No pretendo hacer historia de ella ni estudio anatómico, reservados para otros trabajos; marco únicamente su existencia, no rara, y su confusión sintomática o su coexistencia con las diferentes formas de apendicitis en general, pero principalmente con las apendicitis «sin congestivas», de las que os he tratado ya en uno de mis estudios. Robert Tuttle Morris, cirujano muy distinguido, así ha denominado esa apendicitis; el término evoca en la mente la idea de un apéndice que sufre congestión, sincrónicamente con otros órganos de cercanía; acontece el fenómeno cuando por causa variable hay dificultad en la circulación del colon y ciego. ¿Por qué el dolor al nivel del apéndice? Quizá el edema de sus tunicas internas comprimiéndolas contra la externa dura, y resistente sea la explicación. Esta apendicitis existe y con relativa frecuencia; para mí, apoyado en mi estadística personal; es la más frecuente, pero también es aquella que da lugar a mayores diagnósticos sofisticados o incompletos.

Cuando el cuadro dramático y doloroso ha pasado; después de algunos días y con esa rutina peligrosa que siguen los que aconsejan operar en frío y que el decúbito prolongado, la dieta, el hielo, etc., han traído la descongestión de las vísceras abdomino-pélvicas y la concomitante del apéndice; al abrir el vientre el cirujano sufre una sorpresa encontrándose un apéndice normal, y quiere en el mismo campo operatorio explicar el cuadro doloroso; pero todo es estéril, nada ha encontrado. En otros casos el apéndice todavía lleva el sello de su sufrimiento; arborizaciones venosas, arteriales, la erección del órgano en el momento de descubrirlo pueden ratificar el diagnóstico; pero en uno y otro caso se ha limitado sistemáticamente el operador a extirpar el órgano, olvidando que para un espíritu clínico bien disciplinado, lo indeterminado no debe de existir, y aunque Spencer dice que

la explicación de la explicación conduce a lo inexplicable, tenemos el deber en una lógica imperturbable, y en clínica serena, de procurar buscar el mecanismo íntimo de las causas. «Felix qui potuit rerum cognoscere causas». «Feliz aquel que puede conocer la causa de las cosas», decía Horacio; pero en clínica hay siempre que intentarlo. La idea de causalidad aquí culmina, y debe de ser así, si el clínico lo es de verdad, y no quiere limitarse a hacer el papel de un triste operador. ¿Por qué ha venido esa apendicitis sincongestiva? Piénsese hoy primeramente en lo que no se pensaba antes, en la membrana de Jackson como uno de los principales obstáculos a la circulación de la cavidad abdómino-pélvica; es una ligadura en algunas ocasiones, un dique, una compuerta que detiene la circulación y en la que la nueva circulación se establece, rica, muy rica en vasos arteriales y venosos que tiene un abocamiento directo con el ciego, colon, apéndice, etc., cuyos vasos parecen pasar directamente a las paredes de los órganos mencionados, como cambiando únicamente de sitio, o como conectados por vasos que recuerdan los vasos derivativos de Suquet. ¡Qué rica circulación puede en algunos momentos encontrarse allí!

El desconocer esta membrana conduce a uno de los sofismas apendiculares; se quitó el apéndice, pero los síntomas continuaban idénticos o parecidos; el síndrome total o parcial, mas el enfermo continúa sufriendo. Se ha diagnosticado la congestión del apéndice, se ha clasificado clínicamente un efecto, una consecuencia, pero no se ha llegado en el razonamiento a la exacta verdad nosológica; por eso la operación será incompleta, por eso el diagnóstico también, por eso mismo se habrá caído en un sofisma apendicular creer que la apendicitis era el todo nosológico, sin haberla en muchas ocasiones.

He tratado hasta estos momentos del dolor bajo en la fosa iliaca derecha; pero en ocasiones, no escasas, que el dolor es alto, ustedes, como yo, habrán observado en el síndrome apendicular, localizado en el epigastrio, parte supra umbilical o hipocondrio derecho, para tener después irradiaciones a diferentes partes del abdomen. Piénsese aquí también en el síndrome mecánico a que da lugar la membrana de Jackson, porque, como lo marcaré en mi próximo trabajo anatómico, la membrana en cuestión puede tener sitios y dimensiones variables, lo que da lugar a expresiones clínicas muy diferentes. A veces esta membrana se limita, como en el caso clínico a que he hecho alusión, a envolver el colon encima del ciego hasta su ángulo hepático; otras ocasiones el ciego es el comprendido únicamente y casos hay en que todo el colon proximal hasta el esfínter de Cannen son invadidos y sepultados por la membrana patológica. Si a esto se agrega su variable espesor y estructura, reducida a veces a un vaporoso tul que cubre al intestino como el velo de una desposada, adhiriéndose apenas a él; otras veces

resistente, dura, fibrosa, recordando una gruesa aponeurosis abdominal que cincha porciones extensas del colon, e impide el libre tránsito de su contenido, llevando su acción aún más allá del mesocolon transversal y alcanzando la vesícula biliar, a cuyo fondo y cuerpo se adhiere, como lo haría una planta trepadora, que partida del fondo del ciego se dirigiera escalando el grueso intestino derecho hacia la cara inferior del hígado, nutriéndose a expensas de la savia proporcionada por los órganos que va invadiendo. Toda esta diferente estructura y distribución explican la sintomatología clínica, febril y variada que puede presentarse al estudiar esta clase de enfermos, por qué es tan difícil el diagnóstico clínico, y por qué se incurre con tanta facilidad en el sofisma apendicular. Cuántas veces se toma la crisis dolorosa a que da lugar la membrana, por el síndrome doloroso de la colecistitis, o de la colelitiasis, el de la úlcera del duodeno o del píloro, o por pancreatitis. ¡Cuántos errores de diagnóstico nos proporcionaría la clínica retrospectiva! Las mismas crisis de cólico nefrítico con predominio doloroso al nivel del istmo de Schwalb, o del estrechamiento marginal, se prestan a una confusión con la sintomatología de esta membrana; las crisis de ectopia renal están sujetas a la misma suerte. No es sólo la membrana de Jackson la que da lugar a estas confusiones, a estos sofismas apendiculares; hay también membranas otras que sin ser tan extensas, prometen un cuadro tan doloroso como el anterior, tan análogo clínicamente a una apendicitis, que desvían el razonamiento clínico al sofisma apendicular. Unas de estas membranas son bajas, relacionadas con la fosa iliaca producen puntos dolorosos idénticos a los de la apendicitis; otras altas, supra umbilicales, inducen al mismo error de diagnóstico y a otros más, como el de úlceras del duodeno o del estómago. Las bajas a que me refiero son la brida de Lane, nombre de quien la descubrió, que representa a veces, haces otras bandas, de anchura visible que vienen a constituir un verdadero mesenterio libre, fijado por su parte más ancha a la base del mesenterio, y por extremidad estrecha a la convexidad estrecha de la parte terminal del íleon, sobre su borde no mesentérico; de esta manera la banda acoda el intestino, y lo obstruye principalmente cuando el individuo está de pie. Otra brida es el pliegue génito mesentérico de Reid, que se fija por una parte a la cara inferior del mesenterio ileal, y aun en el íleon, y por otra parte el estrecho superior de la pelvis donde se continúa con el ligamento infundíbulo-pélvico, o con el fascia Abernethy, como muchas veces me lo he encontrado; acoda también el intestino y produce el cuadro doloroso. Hay otro pliegue aún: el llamado parieto-cólico de Jonnesco y Juvara, que es una adherencia, muy engrosada a veces, del gran epiplón, o de los apéndices epiploicos del colon ascendente con el peritoneo parietal.

Fibras, haces, velos, membranas, bandas, son en realidad diferentes

manifestaciones de productos anatómicos pericoloileales. Sería imposible sujetar a un molde su descripción, recordándome este punto anatómico lo que Bichat decía al referirse a los estudios descriptivos de las circunvoluciones cerebrales, y de las asas intestinales, que lo consideraba tan difícil, como el pretender describir las olas de un mar embravecido, o las nubes de un cielo tempestuoso. Por eso me he permitido llamar estas formaciones fibro-membranosas el «proteo fibro-membranoso del hemi-abdomen derecho». Razón y muy justa ha tenido Resjanoff al designarlas con el epíteto de ligamento variforme.

Hay algo más que contribuye en un momento dado a la confusión y al sofisma: la asociación con estas membranas o la aparición autónoma de epiploitis derecha, no tan rara como se creería a primera vista y sí suficiente para dar lugar al síndrome, por sí y por las adherencias a que da lugar; en varias de mis intervenciones la he encontrado.

Hay otras membranas altas, que podrían clasificarse en supra-mesocólicas, e infra-mesocólicas: las primeras pueden afectar la forma de velos, de membranas, de bandas, de ligamentos, situándose en puntos variables; el bulbo y la porción supra-mesocólica del duodeno, son su lugar de predilección, produciendo las «periduodenitis supra-mesocólicas». Bajo forma de velo se les ve partir de las vías biliares accesorias, sea de su totalidad, desde el fondo de la vesícula hasta el pedículo hepático, o parcialmente de ellas, y de allí dirigirse a puntos variables, vestibulo pilórico, bulbo, genu superius, segunda porción del duodeno, y aún cara anterior del mesocolon transversal. Estos velos en realidad tienen la misma disposición que los ligamentos cístico-duodenales y cístico cólico; pero son estenosantes, produciendo la patología y el cuadro doloroso epigástrico que recuerda la iniciación de la apendicitis; estos velos fueron primeramente descritos por Morris y llevan su nombre. En otras ocasiones no es el tul transparente al través del cual se dibujan los contornos de las vísceras subyacentes, se trata ahora de una membrana descrita por Harris, «la membrana de Harris», de espesor desigual; en algunos puntos transparentes, en otros dura, opaca, resistente y tensa, pareciendo que hace hernia el duodeno entre sus puntos débiles. En esta región supra-meso-cólica pueden, velos o membranas, estar substituídos por bandas o bridas aisladas, que irradiando del vértice del bulbo, terminan en el borde posterior del lóbulo de Spigel, o en su cara inferior, o en el lobo izquierdo del hígado. Cuando la irradiación es baja se les ve desprenderse del mismo duodeno, y terminar en la cara superior del meso-colon transversal; entre ellos se ve también el duodeno dilatarse, hacer hernia y producir el cuadro doloroso. En lo que se refiere a la porción «infra-meso-cólica» allí también hay velos, membranas y bandas ligamentosas que producen un cuadro clínico semejante. «La membrana de Mayo».

allí existe, la he encontrado en mis intervenciones quirúrgicas dos ocasiones, asociada con apendicitis «irritativa». Esta membrana une la cara inferior del meso-colon transverso a la cara derecha de la primera asa yeyunal, en una longitud a veces de 6 a 10 centímetros, dirigiendo esta asa hacia la línea media y cerrando marcadamente el ángulo duodeno-yeyunal. Esto trae un síndrome doloroso mecánico, muy parecido al de la apendicitis; en algunas ocasiones es el que más me ha confundido en el diagnóstico, por lo bajo del dolor; generalmente los enfermos se quejan del punto más doloroso al nivel del ombligo; en el ombligo, o aún abajo, irradiando a veces hacia las dos fosas; hay hiperestesia, hay defensa, hay vómitos, todo a propósito para una confusión diagnóstica. Cuando en la porción infra-meso-cólica hay bandas o ligamentos, éstos parten del peritoneo parietal posterior, y suben a la tercera porción del duodeno abrazándose de ella en uno o varios puntos que pueden ser simplemente acariciados, o enérgicamente comprimidos, para producir la retención duodenal y el cuadro doloroso. En otras ocasiones es en la articulación misma del duodeno con el yeyuno, donde se encuentra el mal; allí la banda o ligamento que cierra la foseta duodenal superior, se engruesa y comprime intensamente el ángulo duodeno yeyunal; la cuarta porción del duodeno queda así dilatada y produce el dolor.

Todos estos dolores altos, epigástricos o mesogástricos, es muy frecuente que se asocien por reflejo, simpatía, o porque tengan zonas de Head en diferentes puntos del abdomen; dése la explicación que más satisfaga, pero el hecho existe; se asocian con un dolor cecal o mejor dicho, con un dolor en la fosa iliaca derecha, de la misma manera que padecimientos del ciego, del apéndice, expresan su sensibilidad al nivel del epigastrio. ¡Cuán difícil es en estos casos clasificar el verdadero origen del dolor! Por otra parte, es frecuente encontrar la asociación de apendicitis con estas membranas altas, y hay autores como Enríquez, Durán, Keller, que piensan y aseguran que la periduodenitis es una complicación de la apendicitis con epiplitis.

Cuando el clínico se encuentre en presencia del síndrome doloroso del hemi-abdomen derecho, debe siempre tener en su mente esta hipótesis patológica, esta causalidad efectiva (que por no pensar en ella, su olvido compromete el diagnóstico preciso, o por lo menos probable), debe pensar siempre en el ligamento variforme en que puede haber apendicitis únicamente, en que la apendicitis se asocia, se une con algo más, que puede ser causa o efecto, de lo que presencia; debe recordar también que no hay apendicitis, sino un cuadro análogo a ella, un síndrome que lo pueden determinar los vicios de posición y deformaciones del hemi-colon-derecho. Pido en estos casos un momento de meditación, un catequismo mental, de preguntas y respuestas, que llevan el sello de imparcialidad absoluta, de in-

dependencia de criterio controlada por un juicio sereno, una abstención completa a toda idea preconcebida. Recoger el mayor contingente de datos clínicos, apreciar el síntoma en su justo valor, valorizarlo, cuando se pueda, para transformarlo en signo, unir estos, sistematizarlos, y con la riqueza de este bagaje ir a la radiología y al laboratorio, poderosas ayudas en estos momentos de verdadero compromiso.

Hay algo más: las membranas, el ligamento variforme, conducen al sofisma apendicular; pero a estas mismas adherencias se asocian también malas posiciones del intestino, deformaciones de partes del tubo digestivo, que aun por sí solas están capacitadas a dar el síndrome doloroso apendicular: me refiero a la ptosis del ciego, a los megaciegos, a los dolíco ciegos, a los ciegos adherentes, a las uniones en cañón de escopeta del ciego y transversal colon ascendente. Cuántas ocasiones antes, me veía apenado al reconocer mi error diagnóstico en la intervención operatoria, por no sujetar, como hoy lo hago, este género de enfermos, que padecen del hemi-abdomen derecho, a la filiación de la radioscopia y de la radiografía. Hay que convencerse, señores, el diagnosticar hoy apendicitis es algo más de lo que se hacía hace veinte años, y únicamente me he referido a los sofismas a que pueden dar lugar las fibro-membranas y las porciones mismas del tubo digestivo, mal-desarrolladas o mal colocadas; pero si se piensa en todos los órganos que contiene la cavidad abdominal, que todos ellos están sujetos a padecimientos dolorosos, los que pueden expresarse engañosos, simuladores y haciendo creer en una apendicitis, la imaginación llega al momento en que se nubla, y sólo puede aclarar la verdad el método clínico. Nos encontramos ante un verdadero problema; ordenemos nuestras ideas, unamos la clínica y la lógica, la radiología y el laboratorio.

En mi Sanatorio se hace el estudio de todos estos casos con cierta prolijidad y yo me encargo de la parte clínica, y ya documentado, pasa el paciente al salón de radiología, donde el estudio con la pantalla, tiene una primacía que día a día nos la justifican los resultados observados. Mi radiologista, el Sr. Dr. Manuel Barreiro, camina al unísono conmigo, y pone particular cuidado en estudiar al través de la pantalla la estática y la dinámica de todas las porciones del tubo digestivo, por donde la comida de prueba va atravesando; estudia la cabeza y la cola del colibario, y hace las radiografías en serie, repitiendo en algunas ocasiones el examen cuando encuentra dudoso algún punto. Si difícil es interpretar la exploración clínica, es monumental para el médico interpretar una radiografía. Recuerdo a los grandes radiólogos de París, Lapoint y Becquerel lo que me decían: "al que no esté dedicado cotidianamente a este género de estudios, y observe una película para interpretarla, se le puede parafrasear aquellas palabras, "perdónalo Señor, no sabe lo que hace". En efecto, aquí mas que en ningún

otro asunto de nuestra profesión, el principio de no confundir lo que se observa, con lo inferido de los casos observados, como lo dice Stuart Mill, puede ser violado. Este estudio es principalmente de inferencia, por eso es tan delicado y escabroso.

Cuando existe una membrana de Jackson, Barreiro y yo hemos visto, desde el punto de vista del estudio radiológico lo siguiente: Primero, aplicando la lavativa opaca, el líquido baritado se detiene un tiempo mas o menos largo al nivel del ángulo colico derecho; después penetra en el ceco ascendente por una porción relativamente estrecha; el ciego y la primera parte del ascendente se llenan fácilmente y forman una dilatación en forma de maso, cuya parte inferior es la más ancha y la parte superior va adelgazándose hacia el ángulo colico derecho. La masa inflada del ceco ascendente, está estrangulada por bridas y aristas anormales, que se distinguen fácilmente de las contracciones o de los espasmos de este segmento del intestino. Cuando la membrana es alta como muy frecuentemente la hemos encontrado, es difícil y aun imposible abrir el ángulo subhepático, revestido en estos casos por la misma membrana, de manera que atrás de la pantalla, ya sea usando el puño o el explorador apropiado, no se logra desvanecer la imagen de unión de las dos porciones del colon.

Si se ingiere el colibario, la pantalla y la película, nos proporcionan el siguiente contingente: la cabeza de la columna opaca está considerablemente retardada cuando hay membrana de Jackson, progresa muy lentamente y no alcanza el ángulo derecho del colon sino diez a doce horas después de la ingestión de la comida (por término medio y normalmente, esta comida llena el ciego y el ascendente, entre tres y seis horas, y alcanza el ángulo colico derecho a las seis o siete horas). La cola de la columna opaca sufre por esto mismo un retardo muy marcado, y da lugar a la estasis ileal fácilmente demostrada. El ciego no se vacía en período normal, y la estasis cecal puede persistir mas de veinticuatro horas, como en un caso que ví en el Hospital Vaugirard, al lado del profesor Becler. La deformación del ciego se acompaña comunmente de un cambio de posición, dirigiéndose éste oblicuamente de abajo a arriba y de izquierda a derecha, de una manera muy exagerada, y abatiéndose marcadamente en el interior de la cavidad pélvica. Contrasta la dilatación inferior con la disminución de calibre de la parte superior del colon ascendente, y del ángulo colico derecho, presentando al mismo tiempo un aspecto irregular y tortuoso. Si se intenta movilizar el colon ascendente y el ángulo derecho atrás de la pantalla, se encuentra una fijeza relativa a la palpación profunda. En algunos casos, raros en verdad, en que el apéndice se inyecta de la substancia opaca, puede descubrirse éste, adherente y no doloroso, envuelto por la membrana de

Jackson al mismo tiempo que el ciego; cuando la membrana de Jackson estrangula de tal manera el intestino que produce obstrucción, o pseudo-obstrucción, se puede apreciar a la pantalla lo que se llama la "intranquilidad intestinal", es decir, exagerado peristaltismo y antiperistaltismo, como pugnando por vencer el obstáculo, y la película muestra el tubo intestinal como cortado, como las barbas de una pluma, o la placa se encuentra confusamente impresionada. Cuando el velo comprime más una parte que otra, se notan fajas o porciones del colon cortadas, como vacías. Siempre se observa arriba de la estrechez un segmento adelgazado, en contraste con un segmento inferior o proximal ensanchado. En las personas jóvenes hemos encontrado comunmente el colon transverso abatido, formando una guirnalda, como la designa Becler, o columpio, como la llama Barreiro. Cuando las membranas están muy flojas y no estrangulan o deforman, escapan a la investigación roentgenológica, pero entonces tampoco tienen significación patológica o clínica. Refiriéndome ahora a las membranas altas, a las bridas, bandas, etc. de perivisceritis duodenal, qué delicado, difícil y escabroso es el diagnosticarlas. En este estudio roentgenológico es donde se califica al verdadero especialista. La interpretación mal hecha puede conducir a grandes errores de diagnóstico, que llevarían a una terapéutica desastrosa. Sería imposible en este trabajo el entrar en los detalles de la traducción de las sombras duodenales, es labor del especialista, y requeriría este estudio una verdadera monografía. En lo que sí insisto es en la asociación indispensable, en el momento de estar el paciente frente a la pantalla, del clínico y del radiólogo; cambiar sus propias impresiones para llegar a un acuerdo, y en la placa fotográfica estereotipar las impresiones clínicas con calma e imparcialidad.

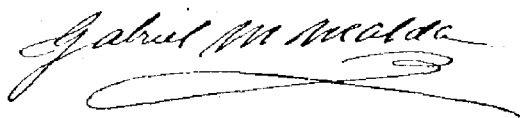
No sólo el Gabinete de Rayos X nos proporeiona inmensa ayuda para alcanzar un diagnóstico preciso, y no caer en el sofisma apendicular; el laboratorio es aquí también elocuente voz que nos marca el camino de la verdad. A primera vista no se encontraría la justificación de un examen hematológico en el curso de una crisis dolorosa de la fosa iliaca derecha, y este examen en algunos momentos tiene tanta importancia, como el mejor medio de exploración clínica o radiológica. Las fórmulas leucocitarias desempeñan en su interpretación, un airoso papel para precisar la exactitud de los hechos. Quiero delinear únicamente lo que he encontrado en mis enfermos respecto a este género de estudios. Podría clasificar los pacientes que han pasado por mi Sanatorio presentando estos cuadros dolorosos, y bajo el control del laboratorio en enfermos con síndromos mecánicos dolorosos cecocólicos, con apendicitis agudas y subagudas, apendicitis crónicas simples, apendicitis asociada con otras infecciones abdominales y secuelas infecciosas de la apendicectomía. Los resultados hematológicos han sido, sin-

téticamente, los que voy a presentar. Formas agudas y subagudas. "intensa leucocitosis polinuclear"; en la operación me he encontrado siempre lesiones supuradas del apéndice, simplemente, o asociadas con un absceso periapendicular o en algún otro sitio. Apendicitis crónica simple: "leucocitosis polinuclear inconstante, mononucleosis constante" y principalmente marcada en la apendicitis irritativa. Apendicitis crónica en la que se ha presentado un brote agudo reciente, la leucocitosis mononuclear observada días antes, se transforma en polinuclear, lo mismo que si vienen a unirse lesiones agudas de otros órganos a la apendicitis crónica; recuerdo un enfermo que en el intervalo de unos cuantos días cambió su fórmula leucocitaria y pocos días después las temperaturas subieron marcadamente, se presentó dolor en la región hepática, ligera subictericia y en una palabra, el cuadro del "hígado apendicular". En las secuelas de la apendicectomía casi siempre hay leucocitosis de tipo variable. En los síndromos dolorosos mecánicos, velo de Jackson, bandas de Lane, uniones en cañón de escopeta, desprendimientos cólicos los estudios de laboratorio no me han proporcionado nada que llame la atención, y aquí el dato negativo lo interpreto como positivo en favor del diagnóstico formulado. En los megaciegos exagerados los datos de laboratorio sí me han confundido en algunos casos; el documento que se me ha enviado demuestra una leucocitosis mononuclear; esto hace vacilar en el diagnóstico e inclinarse a creer que al megaciego, ya diagnosticado en la clínica y en la pantalla, se asocia una apendicitis crónica. La intervención quirúrgica ha aclarado la verdad; no había apendicitis, el órgano se ha extirpado, y el estudio anatomopatológico lo ha negado. Me explico estos hechos porque la dilatación cecal muy marcada, trae la estasis intestinal crónica, que a su vez lastima la mucosa cólica crónicamente, la inflama, la ulcera; la pared muscular misma sufre y el peritoneo se compromete; todo esto hace que aparezcan las modificaciones leucocitarias; aun más los glóbulos rojos disminuyen, produciendo una anemia ya certificada en el semblante de estos enfermos, disminuyendo también la dosis de hemoglobina.

No quiero prolongar más este desaliñado trabajo, formó el primero de la serie que me propongo traer a esta Corporación; él representa únicamente un bosquejo, de lo que a este embrollado asunto se refiere; hay mucho que decir, queda muchísimo por ver, de este proteo anatómo-clínico. Lo que sí me he propuesto al tratar de él esta noche, es dar el grito de alarma para que nos encontremos siempre alertas y evitar caer, por un mal razonamiento, en el sofisma apendicular, y éste conducirnos a una intervención quirúrgica fracasada. Dieulafoy de tiempo muy atrás hablaba de las falsas apendicitis, y ya criticaba la tendencia, que iba naciendo en esa época, de ver en todo dolor iliaco una apendicitis.

En mi opinión el término usado es defectuoso, porque desde el momento en que se dice apendicitis, se asevera ya el papel protagonista del apéndice inflamado, y convencidos estamos que el cuadro clínico, pueden expresarlo muy diferentes órganos y tejidos, en que ni remotamente entra el apéndice. No es la apendicitis la falsa, lo malo es la manera de razonar, que conduce a la falacia de falsa causa. Caminemos con el progreso de la ciencia y arte médico-quirúrgicos, que no nos deje atrás, porque de lo contrario, nuestros ideales, nuestras esperanzas, encaminados a encender la luz que ilumine la verdad, se verán desvanecidos en detrimento de la salud de nuestros enfermos.

Enero treinta y uno de mil novecientos veintisiete.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Gabriel M. Maldonado". The signature is fluid and cursive, with a long, sweeping underline that extends to the right.