

### Comentarios hechos al trabajo del doctor Malda en la sesión del 15 de octubre de 1930.

Puesto a discusión el trabajo, habla en primer término el Dr. Gonzalo Castañeda diciendo: Escuché con atención el interesante trabajo del Dr. Malda, tiene razón en lo que asienta; realmente el diagnóstico de la apendicitis es muy difícil, a causa de su semejanza sintomática con innúmeros padecimientos diversos, consumados clínicos se equivocan. Aunque el cuadro aparezca en la fosa iliaca es confundible con los síndromos peritoneales que derivan del ciego, tiflitis, tuberculosis, cáncer, invaginación, etc., a mayor abundamiento, cuando por razón de un largo mesocólon o por la longitud exagerada del apéndice y por su especial acomodo ocupa lugar insólito. Así, cuando anda por la región suprapúbica dá cuadro vesical, retención de orina, disuria; si queda por el fondo de la pequeña pelvis, rinde cuadro ginecológico, salpingiano; si se acomoda por el flanco derecho, en posición retrocólica, dá cuadro renal, de cólico o de flegmón perinefrítico; si llega hasta la zona subhépática su cuadro se parece al del cólico biliar, al de la colecistitis y por fin, si su sitio queda por el rumbo mesogástrico, la apendicitis en sus principios puede equivocarse con el espasmo del cólon.

El parecido de la apendicitis con otros procesos abdominales agudos, como bien se advierte, varía según el período de evolución que se considera. Primero es confundible con los padecimientos dolorosos, luego con los síndromos peritoneales en foco, después, cuando ya hay lesiones palpables, con los procesos del tipo tumor, y al fin con todo aquello que acaba en el ileus paralítico u oclusión intestinal. No sólo, las dificultades diagnósticas crecen, porque hay apendicitis agudas frustas, larvadas; en otros términos, porque hay en clínica cuadros apendiculares, sin apendicitis, y al contrario, apendicitis reales sin cuadro apendicular; sofismas apendiculares de Malda. Yo tengo, propios y ajenos, hermosos ejemplos que justifican el aserto.

Ahora bien, si el diagnóstico nosológico es difícil, más difícil aún es el anatomo-patológico, por lo cual la nueva especie anatómica que estudia

Malda, interesante en sí misma no podrá pasar a la clínica por la casi imposibilidad de su identificación. Hay conocimientos anatómo-patológicos que son de la clínica, otros, los más, pertenecen al laboratorio. La apendicitis en sus aspectos de aguda, sobreaguda tiene una clínica especial urgente, de la que en breve me ocuparé en el seno de esta Academia.

Se concede la palabra al Dr. Villarreal:--Procurare limitarme, ampliando un poco si fuere posible, algunos conceptos del trabajo que ha presentado el Dr. Malda, él empezó por decirnos con justísima razón y en esto estoy de acuerdo con él lo mismo que con el Dr. Castañeda, que el diagnóstico de la apendicitis es difícil. Cuando el médico cirujano llamado a ver un enfermo, y sobre todo el cirujano, porque parece que tratándose de apendicitis, es indudablemente la intervención quirúrgica a lo que hay que recurrir, cuando el cirujano, repito, es un hombre que se aprecia y que se estima, medita la intervención que apoya en el diagnóstico y si al abrir un vientre encuentra que el apéndice está en el estado normal debe mortificarse muchísimo: la operación practicada por el individuo más hábil y en las mejores condiciones, tiene siempre sus peligros y, debe ser la causa muy seria para hacer una intervención y si se encuentra el órgano sano, el motivo del equívoco es cuestión de que se le grave y no se le vuelva a olvidar. Que por que ya se abrió el vientre, deba quitarse el apéndice pues eso será un justificante para haber hecho la operación, pero para la conciencia de cirujano eso no significa nada. El diagnóstico de las apendicitis se hace a veces influenciado por la impresionabilidad nerviosa que ha venido desarrollándose en el público y que hace que una persona porque tiene un dolor en el vientre, se cree atacada de apendicitis, que se sabe es enfermedad grave y que se cura operando oportunamente y es muy común que los médicos jóvenes se dejen influenciar por la preocupación de la persona enferma; en realidad, cuando hay una verdadera apendicitis grave, si el cirujano es lo suficiente hábil para diagnosticarla, realiza la salvación del paciente operado; pero esto conduce también, obrando con precipitación a intervenciones innecesarias de las que debe huir el cirujano. Frecuentemente me son remitidas personas que se me dice llevan una apendicitis aguda y se solicita mi intervención por la gravedad del caso para que sean operadas y puedo decir, porque no soy simple operador sino cirujano, que hago la intervención cuando a mi juicio está indicada y de los diez casos que se me presentan, opero uno; luego hay una exageración indudable en la manera de considerar la existencia de la apendicitis. Otras veces se me lleva el paciente, desgraciadamente cuando ya han pasado cinco o seis días de una verdadera apendicitis y es necesario contemporizar porque las intervenciones a esas alturas son fatales, en esos casos hubiera uno querido haber intervenido en las primeras 24 horas, de manera

que sí es el estudio clínico como decía el Dr. Castañeda, lo que debe ejercitarse, indudablemente el gran número de enfermos que he dejado de operar y que han seguido bien durante mucho tiempo, a varios he tenido oportunidad de seguirlos observando, tal vez también operándolos se habrían salvado, pero en verdad se han curado sin intervención alguna y hay mucha diferencia para la salud y vida del enfermo, entre hacer violentamente una intervención y tratar por medios médicos el padecimiento: vigilando la marcha de la afección y estando alerta para cualquier eventualidad. Recuerdo el caso de un individuo bien constituido, fuerte, robusto, que después de una comida más o menos indigesta, ya tarde, como a las cuatro y habiendo hecho algunas libaciones, estando de velada este individuo, un sargento de policía, como a las dos de la mañana le acometió un dolor intensísimo en el vientre, al grado que cayó al suelo, un policía lo levantó y llevó a la Inspección de Policía que no tenía ambulancia y entonces pidieron una a la Cruz Roja, a donde lo acompañó un joven practicante que trataba de conducirlo al Hospital Juárez, pero en vista de la gravedad se quedó en la Cruz Roja y el médico de guardia diagnosticó lo mismo que en la Comisaría, una apendicitis; no se resolvieron a operarlo y únicamente se le aplicaron calmantes: hielo en el vientre etc. Otro compañero, al examinarlo dos horas después, creyó que se trataba de un simple cólico intestinal porque le pareció que el dolor no estaba en el punto de Mac Burney sino más alto y ordenó que se le aplicara una lavativa purgante con la que se mejoró un poco; para las once de la mañana, persistía la temperatura y el dolor muy fuerte en la fosa iliaca, al reconocerlo yo, me dió también la impresión de que no se trataba de una apendicitis sino de una tiflocolitis y peritiflocolitis. El hombre siguió malo, durante diez o doce días hubo momentos en que parecía erróneo el diagnóstico y que se perdía tiempo sin hacer la intervención; pasaron más días, como a los 17 o 18 empezó a ceder la temperatura, siguieron aplicándole lavativas intestinales, bolsas de hielo en el vientre etc., y acabó por salir completamente sano y actualmente está en el desempeño de sus funciones sin haber tenido necesidad de operar, y si se hubiera abierto el vientre se habría encontrado un apéndice sano y alguna inflamación alrededor del ciego y del colon ascendente, pero no sabemos en que hubiera terminado el manejo que se hubiera hecho de las vísceras. El yerno de un compañero muy respetable, a quien se le había diagnosticado apendicitis, al examinarlo, no me dió la idea de esa enfermedad porque el dolor estaba demasiado alto, y diagnosticué una colitis y pericolicolitis agudas al nivel del ángulo hepático del colon, consecutivo a una gastro-enteritis por un exceso en la alimentación; pasó un período de fiebres y dolores, etc., que verdaderamente se necesitaba tener una convicción muy robusta para no abrir el vientre de aquel joven, y por

fin vino resolviéndose su mal en un absceso suprahepático que se abrió por los bronquios y que después curó completamente, practicándole una punción al lado derecho del apéndice xifoide. Ya alguna vez presentaré este caso a la Academia. De manera que si se pone uno a reflexionar muchas veces ya con la idea de que tiene enfrente una apendicitis, puede uno operar y en vez de un beneficio le hace uno a su enfermo un grave mal. Otras veces las cosas son muy sencillas: el Dr. Monjarás, me mandó un enfermo al noveno día de una apendicitis y se le operó abriéndole sencillamente con anestesia local y canalizando como si fuera un absceso y el enfermo curó; pero no siempre las intervenciones en estos casos son tan sencillas como parecen: frecuentemente en una apendicitis aguda, se encuentra que hay alguna lesión sumamente grave del ciego o de la válvula ileocecal y se termina por una anastomosis intestinal o resección del ciego; de manera que queda siempre en pie la gravedad de las intervenciones sobre el apéndice y la dificultad de llegar a un diagnóstico exacto de las apendicitis. Un joven cirujano francés de los más eminentes, hombre de una gran inteligencia y de profundos conocimientos, propone que se haga la apendicectomía profiláctica, de manera que no solo a los enfermos sino también a los niños en plena salud se les quite el apéndice para librarles de un padecimiento que pueden tener después y yo creo que esta práctica sería lamentable y produciría resultados desastrosos. En cuanto a las observaciones del Dr. Malda sobre la sustancia coloide que ha encontrado, es verdaderamente interesante, pero yo no he tropezado todavía con esto.

Toma la palabra el Dr. López diciendo:—Es un poco raro que yo tome parte en esta discusión de cirujanos, siendo que yo no hago nada de cirugía, pero los médicos muy frecuentemente tenemos que ver casos de apendicitis y si no estoy en un error, la vemos más a menudo en su principio, los médicos que los cirujanos. Me ha tocado ver casos desgraciados de apendicitis en que no hemos llegado a tiempo y siempre mi cuidado ha sido estar cerca de los cirujanos, pero no obstante los enfermos se han perdido; otras veces los enfermos que juzgamos graves pudieron salvarse a pesar de la situación tan crítica a que los expuso el síndrome agudo abdominal; sin embargo yo creo que lo más acertado en este caso es operar, como dijo el Dr. Malda, porque el estado peritoneal es tan grave que expone a la muerte. Yo considero que el médico en todo caso de apendicitis debe estar siempre muy cerca del cirujano y no resolver solo estas situaciones, yo así he salvado a estos enfermos. El Dr. Malda ha tenido a bien operar algún enfermo que yo le he llevado en críticas circunstancias y lo ha salvado operando en el momento oportuno, ya he dicho que se debe operar siempre que se piense en la apendicitis, porque es demasiado peligroso esperar y por eso algunos aconsejan precipitar la operación; pero la dificultad del

diagnóstico es evidente, y ustedes han referido casos bien concretos y ante esta dificultad yo quiero someter a ustedes un caso de diagnóstico difícil en que la enferma se salvó por la prudencia de operar. Era una mujer de 26 años aproximadamente, múltipara, en el 6º mes de su tercer embarazo; esta mujer presentó un dolor agudísimo en la fosa iliaca derecha, con elevación de temperatura y *facies abdominal muy descompuesta*, pulso frecuente, en esas condiciones la ví al tercer día de su enfermedad encontrando temperatura hasta 40 grados, dolor agudísimo cerca de la fosa iliaca, sensación de defensa abdominal y de empastamiento en la fosa; había tendencia al vómito, pulso muy frecuente y la matriz respondía también al cuadro porque había contracciones frecuentes que hacían temer el aborto; fuera de estas contracciones nada había por parte del estado genital que presagiara un aborto próximo. Ese primer día que la ví, yo decidí, con mi criterio de estar siempre cerca de los cirujanos, que urgía que fuera operada y que se le condujera a un Sanatorio a fin de proceder oportunamente en caso necesario, la familia consultó al Dr. Ruiz Esparza, quien diagnosticó también que era una apendicitis aguda. En la tarde de ese mismo día confirmó su dictamen al volver a examinar a la enferma y decidió que debía operarse inmediatamente; los familiares determinaron que fuera trasladada al Sanatorio del Dr. Valdés, quien lamento que no esté presente pues a él le correspondía referir este caso que juzgo muy interesante. El Dr. Valdés la vió al día siguiente de la fecha en que yo la ví y juzgó que debería de prepararse la operación inmediatamente, eso lo resolvió al medio día; en la noche creyó conveniente preparar a la enferma con aplicaciones de suero fisiológico en la forma de gota a gota y decidió la operación para el otro día; pero al día siguiente creyó que el momento operatorio había pasado y no operó, sino que decidió esperar; el cuadro comenzaba a modificarse: la temperatura disminuyó, el *facies se compuso* y sin otra terapéutica que la espera e inyecciones de sedol se fué mejorando de tal manera que se aplazó la operación y la enferma llegó a estar en disposición de abandonar el Sanatorio; pero ocho días después de su ingreso se presentaron contracciones en la matriz y a las tres o cuatro horas de verificarse ésto, salió el feto de cinco y medio meses y, cosa extraordinaria, entre el feto y la placenta salió un fuerte chorro de supuración, una gran cantidad de pus que llamó mucho la atención y después la placenta y sangre limpia; no volvió a haber supuración durante todo el puerperio. Seguramente que en los *loquios* debe haber habido algo pero en forma no muy perceptible; esto ocurrió en el curso de la semana pasada y ayer fué dada de alta la enferma. Este caso me parece muy importante, pues todo aquel cuadro abdominal era por la supuración en la matriz, pero no conocemos la etiología del padecimiento, solo que la prudencia del Dr. Valdés a pesar de la sos-

pecha de la apendicitis, salvó a la enferma de una operación inoportuna. He referido el caso porque haría mal si dejara de darlo a conocer a ustedes dada la importancia que tiene en el asunto que se discute.

Se concede la palabra al Dr. Malda quien dice:—Únicamente para dar las gracias a las personas que han tenido la amabilidad de hablar con motivo de mi modesta exposición; verdaderamente debo autofelicitarme porque las ideas de los tres médicos que se han ocupado del asunto enteramente coinciden con las mías; el gran problema en estas ocasiones es el diagnóstico y como decía el Dr. Villarreal hace un momento, la intrepidez e impulsivismo de los jóvenes, más exagerado en la actualidad que en nuestros tiempos, hace que veamos que con mucha facilidad diagnostican apendicitis y quieren abrir el vientre; esto ya lo había indicado después de mi viaje a Europa en que ví grandes equivocaciones tratándose de apendicitis, aun entre aquellas eminencias y compaginando esto con lo que ya conocía sobre la materia, publiqué alguna monografía titulada "Sofismas Apendiculares", que me permití publicar en francés. Y bien, el objeto de haber traído mi trabajo esta noche es para repetir lo que hace 15 años vengo diciendo y sosteniendo con gran cariño a este asunto, y creo que toda apendicitis diagnosticada debe ser *operada*; ya no hablo de los cirujanos sino de los médicos quienes deben tener estas ideas; quiero decirles a ustedes que, impresionado por el diagnóstico de la apendicitis, parece que la casualidad ha venido a removerme el deseo de tratarlo. Anoche a las 11, el Dr. V. me pidió mi opinión sobre un enfermo a quien había diagnosticado apendicitis pero, que había desaparecido el cuadro; tenía temperatura de 38 y el facies normal, pero había ligera defensa muscular inmediatamente abajo del ombligo, uno que otro eruto y no le dolía nada; sin embargo la sintomatología de en la mañana, principalmente por la intensidad del dolor, me impresionaba, pero le dije al Dr. V. que: "Me llamaba la atención la *toquipnea* que tenía el enfermo indudablemente de origen tóxico". Y me decía yo: "¿Por qué obra sobre el centro respiratorio y no sobre el centro cardíaco?" De todas maneras resolví esperar. A las primeras horas de la mañana ví al enfermo en estado muy distinto: el mismo pulso, la misma temperatura, pero el facies era el de un intoxicado y acordé que debía operarse violentamente porque se trataba de una apendicitis tóxica. Al operarlo era el olor cadavérico el que despedía el líquido ascítico; y el apéndice era una masa horrible gangrenada acomodada sobre la vena ilíaca y resultó que ya no era apéndice sino una hola negra enteramente gangrenada y la gangrena iba desde lo que yo creo que era la punta hasta la base y esto me dejó perplejo porque honradamente confieso que la noche anterior dudaba todavía de que fuera apendicitis y esto me lleva a pensar que debe ser muy cuidadoso el diagnóstico, porque si hubiera seguido la

práctica de operar, se habría muerto irremisiblemente mi paciente y aún no lo doy por salvado, porque pueden venir las complicaciones hepáticas o el vómito negro en el 5º o 6º día, de manera que mi pronóstico ante la familia es enteramente reservado; he hablado de esto porque ya se ha tratado el tema en algunas ocasiones en Congresos; en el Congreso Panamericano de la Habana cambié impresiones con el cirujano profesor de la Universidad de la Habana Dr. Presmo, y él fué tan amable que me presentó el estudio químico del líquido mucoide; de la forma de apendicitis que trató en mi trabajo. De todas maneras esta misma forma la he traído esta noche diciendo que son diagnósticos que se hacen a posteriori y repito que pienso que una apendicitis diagnosticada debe ser operada.

Vuelve a hablar el Dr. Castañeda para decir, que en clínica terapéutica se opera en virtud del diagnóstico, pero cuando éste falta, en virtud del pronóstico; así, un enfermo con pulso muy frecuente e hipotónico y vientre duro está muy grave, debe laparotomizarse *in continenti* aún sin diagnóstico. La conducta en general del terapeuta varía según que el diagnóstico de un apendicular sea presunto, probable o cierto, según la etapa de la enfermedad que se presencia y según el modo como va evolucionando; en fin es guía clínica la idea sintética que se forme uno del estado general del enfermo. Las dificultades diagnósticas en las apendicitis crónicas son mayores, sobre todo si el aspecto sintomático es atípico.