

Comentarios al trabajo del doctor Adalid Castillo

Dr. Godoy Alvarez:—El Dr. Adalid nos ha presentado un trabajo muy interesante, porque aunque ya se ha hablado mucho sobre la fisiología, sobre la clínica y sobre la terapéutica quirúrgica del apéndice, todavía no estamos completamente de acuerdo sobre esta cuestión. A mí me llama la atención esa repercusión que tiene el apéndice sobre el sistema linfático y es muy frecuente que los ganglios de la región se infecten y sufran un poco cuando hay apendicitis y el doctor Adalid llega a la conclusión de que al intervenir no bastaría en esos casos quitar el apéndice, sino también los ganglios y yo quisiera hacerle observar para que él reflexionara un poco, que el único peligro inmediato que tiene la apendicitis es que se trata de un órgano hueco intra-peritoneal que es muy natural que al romperse produzca la peritonitis aguda; si fuera un órgano extra-peritoneal como lo es a veces, aunque muy raramente, entonces se produciría un absceso de la fosa iliaca de mas o menos gravedad y claro que algunos enfermos pueden morirse sino se atienden, pero no es lo común; así que eso de que se quite el apéndice y no desaparezca el peligro de la apendicitis realmente no puede aceptarse y yo le ruego al señor compañero que piense un poco sobre esto. Durante muchísimo tiempo, durante nuestra juventud y aun después, mucho después de ella oímos decir aquello de «Ubi pus ibi evacua», pero actualmente ya ese principio no es general, hay focos purulentos que permanecen en el organismo durante un tiempo indefinido. Se ven casos de apendicitis supurada, comprobada con todos los datos de laboratorio en que los enfermos sin embargo no fueron operados y no obstante aquellos evolucionaron médicamente y acabaron por aliviarse; yo he visto muchos de estos casos que si no son muy repetidos son al menos muy marcados. Recuerdo el caso de una persona a quien los cirujanos habían determinado operar por una apendicitis aguda y ya iban a intervenir y a última hora la familia quiso que fuera vista por el doctor Licéaga. Nuestro gran maestro manifestó con aquella modestia que tanto lo enaltecía, que él no sabía de eso y me hizo el honor de que yo lo viera en su lugar.

Cuando examiné al enfermo comprobé que no había que decir nada del diagnóstico: se trataba de una apendicitis supurada. Pero yo no fui de opinión de que se operara, porque ya había pasado el tiempo, según las doctrinas que yo profesaba entonces y que sigo profesando ahora, mas no se conformaron los otros dos cirujanos y quisieron que fuera otro. Entonces fué el doctor Villarreal y estuvo de acuerdo conmigo; los otros se retiraron y me dejaron la responsabilidad, puesto que yo había detenido la operación. Mandé reconocer con el doctor Vergara Lope la sangre y nos cercioramos de que había una enorme *leucocitosis*, tenía 30,000 por milímetro cúbico y a los pocos días con el tratamiento, pues no se le había hecho nada porque estaba en manos de homeópatas, o tal vez simplemente con el cuidado, el individuo se alivió sin que fuera necesario ni siquiera hacer una desbridación, al contrario de un caso en que trabajamos el doctor Pruneda y yo en el Hospital General; quedó un empastamiento que se quitó con tintura de iodo y tintura de nuez de *agallas* y cosas así ligeras. Además la indicación de quitar el apéndice en frío, indicación que el enfermo no atendió y hasta la fecha no se ha hecho nada. Ya se ve pues lo que pasó allí y eso tratándose no digo de un ganglio supurado sino de peritonitis, de manera que este caso y otros muchos deben hacer pensar al compañero que no es preciso ir a buscar siempre un foco supurativo. Así que cuando una persona tiene una apendicitis y a tiempo se quita el apéndice y le queda un ganglio, éste no es de grave peligro para el enfermo, porque el peligro era que el apéndice se perforara y pasara su contenido al intestino. Ahora ya los enfermos tienen mas disciplina, ellos mismos piden la operación. Esos enfermos se alivian aunque no quite uno los ganglios y hago estas observaciones, porque no estoy conforme con que al tiempo de hacer la extirpación del apéndice se quiten los ganglios; porque precisamente cuando se opera en casos agudos lo mejor es manejar lo menos posible (y por eso es que yo hago sencillamente una incisión oblicua que no divide los músculos sino que solo disasocia sus fibras y que lo lleva a uno directamente al ciego y al apéndice para no manejar demasiado el intestino ni abrir brechas complicando las cosas. A ver si estas observaciones hacen fuerza en el ánimo del compañero para que se resuelva a modificar su propósito.

Dr. Adalid Castillo:—En contestación a lo expresado por el señor doctor Godoy Alvarez, solo puedo decir unas cuantas palabras; esto es, que no podremos entendernos pues es imposible sostener una discusión, que por otra parte resultaría innecesaria, desde el momento que juzgamos las cosas con distinto criterio; él se muestra abstencionista y yo no lo soy, así que es que necesitaría retroceder algunos años, reviviendo la discusión de los dos bandos reinantes en aquella época.

Actualmente no se discute ya la necesidad urgente de intervenir en las apendicitis, dígalo sino el señor doctor Gabriel Malda que siempre lo ha expresado así en todos los tonos.

No podremos entendernos digo, porque sus ideas mas parecen ser de un médico que de un cirujano, pues tratar las apendicitis dejándolas a la voluntad de Dios, como él lo hace, no es razonable; y todavía mas nos ha relatado un caso en que usó de esta conducta y en el que por otra parte la enferma debió colgar un milagro al santo de su devoción, pues se salvó milagrosamente, no obstante las presunciones clínicas de la existencia de una lesión apendicular supurada. La calma, la espera, es origen de que muchos enfermos pierdan la vida.

Yo no deseo imponer mi trabajo, ni pretendo tampoco que se acepten mis ideas, sólo expongo mi opinión personal y el resultado de mi experiencia.

Pregunto yo, qué habría sucedido con el enfermo a quien me referí al leer mi memoria, si al operarlo, me limito únicamente a practicar la extirpación del apéndice, no obstante haberse descubierto un ganglio supurado en el meso apéndice? Una peritonitis se habría desarrollado mas tarde, causando quizá la muerte del enfermo.

Por otra parte el señor doctor Godoy Alvarez, nos habla de las apendicitis que trata con suma delicadeza, con pinzas, a manera de suerte de prestidigitación, a fin de no causar traumatismos y esto no debo tenerlo en consideración, pues actualmente los progresos alcanzados en la cirugía nos permiten obrar mas francamente, manteniendo siempre a la vista y de frente al enemigo.

Debo manifestar igualmente que una complicación ganglionar real y efectiva no debe descuidarse, ni pasar inadvertida, quiero suponer el caso vulgar de un padecimiento neoplásico o inflamatorio de los órganos genitales externos del hombre, acompañados de infarto ganglionar de la ingle. El tratamiento quirúrgico que deberá ponerse en práctica, en este caso, no consistirá solamente en la acción dirigida contra el padecimiento original, inflamatorio o neoplásico, sino que se obrará igualmente sobre la complicación ganglionar, y de ahí la necesidad de la extirpación o vaciamiento ganglionar de la ingle.

Una conducta distinta, solo haría prolongar el padecimiento, faltando a un principio fundamental.

Dr. Godoy Alvarez:—Yo creo no haberme explicado suficientemente y por eso se me atribuyen cosas que no he pensado siquiera decir; yo no soy abstencionista en la apendicitis, nunca lo he sido; lo que sucede es que siendo yo intervencionista procuro serlo con algún criterio y no simplemente porque se trate de una apendicitis a operarla, pero si me invita el

doctor Adalid para que veamos a un enfermo que comenzó con apendicitis esta mañana, lo acompañe con mucho gusto y lo operamos. De manera que de lo que se trata es de saber cuándo se debe operar. La apendicitis aguda se opera con grandes probabilidades de éxito, dentro de las primeras 24 horas, se opera con una mortalidad no menor de 5% en las primeras 24 y dentro de las 48 ya se opera con mayor peligro, sin embargo debe operarse; pero si se pasan las 48 horas y entra en el tercer día, entonces la experiencia ha indicado que dejando a los enfermos a que corran su suerte, muchos de ellos se salvan, testimonio, el caso que he relatado y que no lo he inventado, porque tenía por testigos a los cirujanos que iban a operar y el doctor Villarreal tuvo noticia de él como he dicho. Y tan es cierto esto que vengo sosteniendo, que el profesor Ochsner de Chicago, a quien el doctor Adalid debe conocer en su calidad de cirujano del apéndice, así como sus trabajos y otros de médicos americanos que, dicho sea de paso son quienes han formado la cirugía del apéndice; tiene un método para tratar las apendicitis avanzadas y por ese motivo ya no se operan, dejando pasar ese período peligroso que se llama intermedio y cuando el padecimiento no queda resuelto como en mi caso, vuelve a presentarse la ocasión de operar. Eso no es ser abstencionista, es seguir la secuela de la patología de la región: pero si de pronto se viene una tempestad, pues claro que hay que abrir ventanas por todas partes. Ahora bien, hay que distinguir, el apéndice se extirpa en el período agudo y se extirpa en el período frío y yo vuelvo a insistir en que si se hace una operación violenta no vamos a buscar ganglios; abrimos — no con una pinza como él me atribuye, no compañero: — sino con los dedos con guantes y yo lo invito a que vea que fácil es lograrlo; se hace la ligadura del apéndice operando casi como en frío; hay veces que no se consigue hacer la ligadura porque ya hay adherencias, entonces coge uno el apéndice le hace una ligadura y se acabó; entonces ¿vamos a buscar ganglios. Francamente no! En cambio si se hace una operación en frío y se encuentran los ganglios, claro que hay que quitarlos porque pueden ser motivo para una tuberculización posterior y traen el tumor *cecal*; así es que si se pueden hacer en las operaciones en frío, no estamos tan distantes uno de otro.

Dr. Adalid Castillo.—Vuelvo a repetir al señor Dr. Godoy Alvarez, que no es posible discutir desde el punto de vista en que está colocado, dado que mi criterio es diametralmente opuesto. Me basta con ratificar lo que ya dije y afirmar una vez más, que si operando una apendicitis, encuentro ganglios afectados, con mayor razón si están supurados, los extirparé siempre. En cuanto al método sistemático de intervenir, teniendo en cuenta horas y días transcurridos desde que se inició el padecimiento apendi-

cular, voy a referir un caso de mi práctica, para que se vea cuan engañoso es ese procedimiento y a qué fatales consecuencias puede conducir.

Se trataba de un enfermo que ingresó a mi servicio del Hospital Militar con el fin de ser atendido de una fractura antigua del fémur no consolidada, a pesar de los medios puestos en práctica hasta entonces. El enfermo fué operado, poniendo en práctica un procedimiento de osteosíntesis. La evolución se verificaba satisfactoriamente, cuando cierto día a los quince de practicada la intervención, me alejé del servicio dejando a mi enfermo contento y alegre al grado de usar chanzonetas afirmando que se iría de paseo a Chapultepec.

El enfermo no tenía fiebre, síntoma o signo alguno de otro padecimiento. En la noche de aquel día fui llamado urgentemente acerca de mi enfermo, y que según el decir del practicante de guardia, se trataba de un caso de apenicitis aguda, encontrándome en efecto con una crisis francamente manifiesta de ese padecimiento, el cual por otra parte se había ya revelado en otras dos ocasiones anteriores según datos recogidos del enfermo.

Sin pérdida de tiempo, procedí a la intervención, encontrándome a la abertura del vientre con una peritonitis generalizada y con abundante supuración, lo cual causóme asombro dados los caracteres serios del padecimiento, en el corto tiempo transcurrido.

Vemos pues que no fueron necesarios días, sino unas cuantas horas para evolucionar el padecimiento hasta alcanzar las proporciones observadas.

Dr. Godoy Alvarez.—No por amor propio sino por el beneficio que puede resultar a los enfermos— comienza diciendo el Dr. Godoy Alvarez, —voy a insistir sobre ese método de operar por calendario que ya me ha valido críticas. El caso que nos presenta el Dr. Adalid no encaja en lo que yo he dicho, porque en un caso como ese se necesita llevar una curva de los glóbulos blancos, de manera que si estamos en el tercer día, se hace la numeración de glóbulos blancos y se observa el vientre; esa vigilancia se sigue ejerciendo continuamente y si el señor compañero hubiera hecho eso no le habría sorprendido esa supuración; porque hay muchos datos: la circulación venosa y el edema de la pared, los medios de laboratorio, etc., para ir conociendo estos estados; de manera que cuidando a un enfermo no le pasa a uno eso y esa es la espectación a que yo me refería y no limitarse uno a que le avisen como sigue el enfermo si él hubiera tocado al paciente habría podido reconocer su estado inmediatamente porque un individuo que tiene medio litro de pus en el vientre se reconoce con relativa facilidad.

Dr. Adalid Castillo.—He dicho anteriormente que el enfermo se en-

contraba bien, alegre y chaceándose con sus familiares y por lo mismo, no podría figurarme la existencia de la apendicitis, ni mucho menos la presencia de una supuración, dado que el enfermo se curaba de un padecimiento bien distinto, como ya dije.

El señor Dr. Godoy Alvarez creo no se fijó en mis palabras, y con lo que acaba de referir, me ha desconcertado por completo, pues habla de un caso en que encontró supuración y no operó, y ahora opina en sentido contrario, de manera es que yo no acabo de comprender cual es su criterio.

Dr. Escobar.—El señor Dr. Adalid Castillo en el calor de la discusión cometió un error haciendo de médico un sinónimo de abstencionista cuando hay tantos médicos intervencionistas y precisamente el padre de los intervencionista fué Dieulafo y que era médico y aún me voy a permitir citar una frase que el Dr. Bandera recogió de mis labios: alguna vez discutíamos en lo corrillos del Hospital Francés sobre cual debería ser el tratamiento médico de la apendicitis y yo le oonteste «Llamar al Cirujano», y el Dr. López ha opinado en el mismo sentido de que debemos ser colaboradores de los cirujanos y no mantenernos en casos graves y declarados aplicando al enfermo cataplasmas y lavativas; un médico que no sabe resolver el peligro de apendicitis debe guardar su título. El Dr. Raigadas y yo fuimos llamados en consulta para resolver la intervención o no intervención en un caso de apendicitis aguda, llegamos con 48 hs. de retardo y el caso fué fatal; el médico cirujano había mandado una lavativa hasta con éter, para calmar los dolores, se habían puesto fuertes dosis de opio y no hicieron más que enmascarar la dolencia. Digo esto porque conviene dejar aclarado el criterio de los Médicos en este sentido.

Dr. Torroella.—Recuerdo una especie de decálogo hecho por el Dr. Raseti de Caracas que especifica de una manera precisa cómo deben tratarse las apendicitis y valdría la pena leerlo, yo recuerdo que uno de sus preceptos dice: «La apendicitis pertenece al cirujano como la catarata al oculista», y yo encuentro en ese trabajo una línea de conducta que debe seguir el médico respecto de la apendicitis; si se me permite yo traeré en la próxima sesión ese libro porque es muy interesante.

Dr. Adalid Castillo.—Pedí la palabra, únicamente para decirle al señor Dr. Mario Torroella, que no está a discusión la manera como deben tratarse las apendicitis, ni yo he dado lugar a ello, lo que por otra parte no tendría interés, desde el momento que las consideraciones del tratamiento alargarían incesariamente el asunto que tratamos.