

un momento determinado y que se traduce por ansiedad, estado muy peculiar, que se ha llamado en Francia "angustia del aviador".

A punto ya de terminar este trabajo, sostengo, ahora sí con acopio de datos y reflexiones, que efectivamente es una necesidad de primer orden, no el examen médico frecuente del aviador precisamente, sino el biopsicológico, llevado a cabo en laboratorios permanentes y con aparatos e instrumentos adecuados para el caso. En esta forma, y tan sólo en ella, se podrán evitar accidentes reiterados y fatales, explicados muy a menudo por causas que no corresponden a la realidad.

FUENTES PRINCIPALES DE INFORMACION

- Medical Studies in Aviation.**—I. Henderson, E. G. Seibert, E. C. Schneider, J. L. Whitney, X. Dunlap, W. H. Wilmer, C. Berens, E. R. Lewis, I. S. Patou. American Medical Assn. Chicago. 1918.
- E. C. Schneider.**—A Cardiovascular Rating as a measure of physical fatigue and efficiency. Medical Research Laboratory. Mitchel Field.
- E. C. Schneider.**—A record of experience with certain physical efficiency and low oxygen tests. Medical Research Laboratory. Mitchel Field.
- E. C. Schneider.**—The human machine in aviation. The Yale Review. Marzo, 1922.



Algunos Estados Apendiculares Postcolíticos Susceptibles de Curar Médicamente

Por el Dr. José Tomás Rojas¹

En relativamente reciente artículo, los profesores Marcel Brulé y H. Garbán² hacen, con la claridad y precisión que son propias de los clínicos franceses, un metódico y cuidadoso estudio de las colecistitis no litíasicas de origen cólico; dichos autores llegan a la conclusión de que las citadas afecciones no son del dominio quirúrgico; que las operaciones, colecistotomía y colecistectomía, en tales circunstan-

1 Leído en la sesión del 18 de diciembre de 1935.

2 Journal Medical Français. Septiembre de 1934.

cias, no mejoran en lo absoluto el estado del enfermo, pero que, en cambio, la terapéutica intestinal las hace mejorar y aun curar por completo. Dicho se está, que las conclusiones anteriores son válidas solamente cuando no existe una complicación que, por sí misma, obligue a la intervención quirúrgica; v. gr., pericolecistitis con periduodinitis estenosante, supuración vesicular, litiasis complicada de obstrucción de los canales, etc. De paso hay que afirmar que, para los autores señalados, la supuración de la vesícula y la formación de cálculos, en las colecistitis de origen cólico, prácticamente no se presentan nunca; tal opinión no es universalmente aceptada; Chiray, por ejemplo, opina que la litiasis es frecuente en las condiciones apuntadas.

Los padecimientos a que vengo refiriéndome forman parte de los cuadros clínicos variados y frecuentes que se conocen con el nombre de síndromes entero-hepato-renales. El diagnóstico diferencial con las colecistitis de otro origen lo fundan, Brulé y Garbán, en la anterioridad y en la mayor importancia de los síntomas intestinales, sobre los francamente colecísticos.

Reflexionando acerca del estudio tantas veces aludido y recordando lo que con frecuencia observo en mis enfermos, he llegado a preguntarme si no existen también algunos procesos apendiculares inflamatorios, quizá simplemente congestivos, consecutivos a colitis crónicas, que, a semejanza de las colecistitis descritas por Brulé, no necesitan, por lo menos en cierta época de su evolución, de la intervención quirúrgica y que son susceptibles de curar conforme mejora el estado cólico. Constantemente se conocen enfermos en los cuales la apendicectomía no mejoró definitivamente sus sufrimientos, aunque pudo producir una sedación de los mismos por unos cuantos meses, a pesar de que el diagnóstico preoperatorio y operatorio pareció evidente a médicos y cirujanos. En cambio, en circunstancias semejantes, se presentan individuos en los cuales el dolor apendicular hizo que se les propusiera la ablación quirúrgica del órgano vermicular, pero que por circunstancias diferentes se pospuso la operación o no la aceptaron, y a quienes se les instituyó, provisionalmente, el tratamiento médico de su colopatía, viéndose, con sorpresa, que al cabo de algunos meses, semanas a veces, ha desaparecido el dolor provocado a la palpación del punto de Mc Burney; coincidiendo lo anterior, como en el caso de las colecistitis del mismo origen, con la mejoría notable o la curación del padecimiento intestinal.

Trataré de definir, lo mejor posible, las condiciones en que se observan los casos anteriores, que a mi juicio son las mismas que señalan Brulé y Garbán para las colecistitis no quirúrgicas de orden intestinal.

Por lo común se trata de enfermos crónicos, casi siempre mujeres nerviosas, en el sentido más amplio e impreciso del término (nueva similitud con los casos observados por Brulé). El padecimiento ha evolucionado de manera discontinua o subcontinua, pero siempre por períodos muy largos, de varios meses. Las funciones gástricas están alteradas en el sentido de la hiperstenia o en el de las dispepsias sensitivomotrices. El apetito conservado, el hambre dolorosa, las regurgitaciones ácidas, el dolor y los ardores epigástricos tardíos se presentan en el primer caso; en el segundo, la inapetencia, la lengua saburral, el aliento desagradable, las indigestiones más o menos frecuentes con vómitos de alimentos y las sensaciones epigástricas de plenitud, peso o distensión.

Los síntomas intestinales se manifiestan por dolores de sitio variable, pero siempre en relación con el trayecto cólico: a veces meso o hipogástricos, con las variedades en transfixión o en barra; ora en las fosas ilíacas o en los flancos y aun en las regiones lumbares; también es posible su localización epigástrica. Son dolores de intensidad variable, desde simples molestias dolorosas hasta dolores francos y agudos. Su duración puede ser breve, media hora o menos, o suelen prolongarse durante días o semanas, sufriendo alternativas de intensidad. Casi siempre aumentan con el ejercicio, inmediatamente después de la alimentación, o cuatro o cinco horas después de ella. Mejoran, en cambio, con el reposo, la expulsión de gases intestinales o con la exoneración del vientre; su exageración no es rara momentos antes de la evacuación intestinal. Pueden presentarse verdaderas crisis dolorosas que coinciden frecuentemente con despeños de falsa diarrea y que no difieren de los dolores permanentes, sino por su intensidad.

La constipación es de regla; puede ser oral, cuantitativa o cualitativa; casi siempre los tres tipos se presentan juntos. La falsa diarrea es frecuente; ya sea que se exonere primero un tapón muy duro y reseco y se termine arrojando materias líquidas o semilíquidas, obscuras y fétidas, o que la evacuación sea toda líquida, con escébalas nadando en la masa líquida estercoral. La evacuación de falsa diarrea es precedida de cólicos y se acompaña frecuentemente de tenesmo.

Pueden presentarse crisis de pseudodiarrea y aun de diarrea verdadera; estas últimas no son iniciales, sino que son precedidas de dos o tres evacuaciones de falsa diarrea. El moco es habitual y cubre al excremento; las pseudomembranas son raras, posiblemente porque ya no se abusa de los purgantes y de los lavados intestinales.

Los gases cólicos son comunes, ya inodoros o, por el contrario, muy fétidos; en ocasiones son fáciles de expulsar, pero en otras existe imposibilidad de arrojarlos, produciéndose flatulencia, distensión de vientre y fenómenos mecánicos y reflejos por parte de los aparatos circulatorio y respiratorio (disnea, extrasístoles, palpitaciones, dolores precordiales, etc.)

La vesícula biliar atrae la atención por dolores de sitio vesicular, con las irradiaciones clásicas hacia arriba y hacia atrás, al hombro y a la espalda correspondientes. Casi siempre está doloroso el punto frénico, entre las inserciones inferiores del esterno-cleido-mastoideo derecho. Los dolores vesiculares suelen ser epigástricos y estar en relación o no con la ingestión de alimentos; en el primer caso pueden ser precoces o tardíos. El síndrome de cólico vesicular franco es muy raro.

Con relación al apéndice mismo nunca se observa, en los primeros tiempos de la enfermedad, el cuadro del cólico apendicular y menos aún ataques francos de apendicitis aguda o subaguda; en caso de que tal cosa suceda, no están ya dentro del grupo de las que vengo estudiando, ya sea porque se trate de apendicitis de otro origen o porque, como pasa también con las colecistitis intestinales, a la fase congestiva secundaria a la colopatía, ha sucedido un proceso inflamatorio más franco, que ya evoluciona por su cuenta, e independientemente del padecimiento intestinal; en tales circunstancias es indiscutible la necesidad del acto quirúrgico. Por el contrario, en los casos examinados sólo existen dolores frecuentes y espontáneos en la fosa ilíaca derecha, de duración e intensidad variable, y que aparecen o se exageran con el ejercicio, las preocupaciones morales, los excesos de mesa, los genésicos, etc.; pero que no se acompañan de vómitos o de fiebre, como en los estados apendiculares agudos.

El sufrimiento hepático se manifiesta por dolores, redolor o pesadez del hipocondrio derecho, más raramente por subictericia; son más frecuentes la coluria y la bilirrubinuria; la indoxiluria y la urobilinuria excesiva son constantes; la urticaria y la jaqueca comunes.

Las cistitis con orina turbia, de mal olor y sedimentosa, con polaquiria y disuria son muy frecuentes y casi siempre colibacilares; no son excepcionales las vaginitis de la misma naturaleza; las nefritis y pielitis también se observan, aunque por fortuna más rara vez.

Los síntomas toxi-infecciosos de los síndromes entero-hepato-renales son más o menos evidentes, a veces escasos y discretos y otras numerosos e importantes. Las cefaleas, los vértigos y el estado nauseoso matinal o postprandial deben señalarse en primer lugar, tanto por su frecuencia como porque deben despertar la atención del médico hacia la vesícula o el apéndice.

Existen enfermos en los cuales el estado general se mantiene más o menos bien; algunas pacientes son hasta obesas, aunque por lo común pierden algunos kilos en las épocas de sufrimiento, para recuperarlos después; en cambio, es posible ver individuos enflaquecidos, agotados y consumidos, con un estado general precario, aspecto longilíneo y evidente vientre de Glenard.

La exploración del abdomen lo encuentra a menudo flácido, relajado y francamente tóxico; no es raro palpar vientres obesos, aunque blandos, y, finalmente, se suelen encontrar paredes duras, por contracción inmediata a la palpación. Las distintas porciones del colon están fuertemente dolorosas, especialmente el transversal; el dolor epigástrico no es raro, por irritabilidad del plexo solar. Si se observa al enfermo en época de exacerbación de su dolencia, es posible encontrar positivo el signo de Murphy; en caso contrario se convierte en negativo. La palpación de la fosa ilíaca derecha demuestra la existencia de un dolor profundo localizado a la zona de Mc Burney, y que en ocasiones tiene, netamente, los caracteres de los apendiculares, es decir, es exquisito y está estrictamente localizado; en otros casos se prolonga algo hacia arriba, a todo el ciego, aunque permanece más neto y claro en el punto apendicular. El hígado puede encontrarse algo crecido y sensible; es común que en las zonas lumbares, especialmente en la derecha, se encuentre un punto doloroso, inmediatamente abajo del borde costal. Pero, hecho muy importante, de todas estas regiones dolorosas a la palpación, seguramente es el transversal el órgano que presenta los dolores provocados más intensos y permanentes. La vesícula, el punto apendicular o los renales sólo duelen en las épocas de aumento del padecimiento; si se repite la exploración cuando el enfermo está mejor, nada más dolerá el colon, especialmente el transversal, pero las ex-

ploraciones vesicular y apendicular permanecerán silenciosas. Por otra parte, en estos casos no se observa nunca defensa muscular, abolición de los reflejos o hiperestesia cutánea, sino simplemente el dolor franco a la palpación profunda de la región de Mc Burney.

La exploración radiológica, que es siempre necesaria e insustituible cuando existen sospechas de apendicitis crónica, encuentra al estómago, según los casos, hipertónico, normo o atónico con vaciamiento sensiblemente normal, salvo el caso de padecimiento gastroduodenal concomitante. El bulbo duodenal frecuentemente se llena mal, está borroso y sensible, aun en el caso de que no exista padecimiento duodenal o periduodenal alguno. Tales modificaciones radiológicas de imagen bulbar, posiblemente de orden reflejo, deben ser bien conocidas, para no activarse a diagnosticar un padecimiento (úlcera o periduodenitis) que en realidad no existe. Ya he tenido ocasión, especialmente en apendiculares francos, de comprobar que modificaciones espasmódicas bulbares, netas a la radiografía, no coinciden siempre con lesiones del órgano duodenal.

Las tosis del ciego y del transverso son de observación vulgar; el dolicoocolon del transverso, especialmente en su mitad derecha, es algo común. La sintomatología radiológica del velo de Jackson, con su adelgazamiento de la parte alta del ascendente, se encuentra con cierta frecuencia; es más difícil percibir adherencias colocólicas del ángulo hepático, en forma de cañón de escopeta. El transverso se encuentra marcadamente espasmódico, angosto y muy señaladas sus cinturas normales; el ángulo esplénico frecuentemente está dilatado por gases; todo el colon se encuentra doloroso, muy particularmente el transverso.

El punto apendicular es francamente doloroso, cualquiera que sea la posición del enfermo (de pie, en decúbito dorsal o en Trendelenburg), aunque menos, hecho importante, que el transverso. Cuando el apéndice es visible puede encontrarse bien o mal llenado, recto o encorvado. Es posible observar una onda de contractura en el borde derecho del ciego opuesta al punto de inserción apendicular. El estudio del tránsito intestinal pone de relieve la estasis al nivel del ciego por más de 24 horas; en ocasiones también existe detención del tránsito en las últimas asas del íleon. El paso por el transverso es rápido, a menudo de tal manera que se encuentran bien llenos el ciego y el descendente y apenas embarrado por la papilla el transverso; en condiciones excepcionales es posible ver el brusco desalojamiento del bolo

baritado exactamente como se observa en el duodeno o en las primeras porciones del yeyuno. De todo lo anterior, en relación con la radioscopia, debe retenerse, principalmente, que aunque doloroso el apéndice o el punto apendicular, lo es mucho más el transverso, particularmente en su mitad derecha.

Haciendo un resumen de la ya larga descripción, puedo decir que se trata de enfermos crónicos con manifestaciones cólicas iniciales y predominantes, en los cuales la exploración simple o radiológica pone de manifiesto el sufrimiento apendicular, que queda siempre relegado a segundo lugar, no alcanza importancia mayor, sigue las vicisitudes del padecimiento intestinal, mejorando con él o empeorando cuando se agrava la colopatía. Tales enfermos no son raros, forman legión, son los innumerables apendicectomizados que vuelven al médico decepcionados de una operación que no los mejoró o que les alivió sólo por unos cuantos meses. Hay que aprender a conocer dichos estados apendiculares postecolíticos, para no hacer una operación innecesaria e inútil, ya que los citados enfermos curan simplemente con el tratamiento médico dirigido a su colopatía, que es la causa primordial de sus diferentes molestias, hepáticas vesiculares, renales, vesicales o apendiculares; no hay que activarse a operarlos; la intervención quirúrgica en dichos estados apendiculares postecolíticos debe ser tan desautorizada como la llamada profiláctica de apéndice sano.

El diagnóstico diferencial se basa en los conmemorativos que demuestran la antelación de los fenómenos cólicos sobre los apendiculares; en el mayor desarrollo e importancia de los síntomas intestinales, tanto subjetivos como objetivos; en la falta de signos de reacción peritoneal (hiperestesia cutánea, defensa muscular y abolición de los reflejos), y en la dependencia absoluta de los fenómenos apendiculares a los intestinales, ya que siguen fielmente las vicisitudes de la colopatía.

He procurado precisar la fase congestiva postecolítica, porque si la colopatía no recibe tratamiento adecuado, el proceso apendicular seguirá evolucionando por su cuenta; ya no mejorará o empeorará con la afección intestinal, llegará a tomar el primer lugar en el cuadro sintomatológico y necesitará de la intervención quirúrgica para su curación. Evolución semejante también se encuentra en las colecistitis, hepatitis, nefritis, pielitis, cistitis, etc., de los tan variados y disímiles síndromes entero-hepato-renales, que al principio son ligeros

estados congestivos, dependientes por completo de la colopatía y susceptibles de curar por el simple tratamiento intestinal; pero que andando el tiempo llegan a constituir entidades patológicas definidas, que ya no curan aunque sane la colitis y que requieren la intervención médica o quirúrgica especial a cada una de ellas. Seguramente que las congestiones hepáticas de repetición de los colíticos sanarán fácilmente atendiendo al intestino; pero las cirrosis de orden digestivo ya no se detendrán en su evolución, aunque cure la colopatía.



Acercas de la Propaganda Higiénica

Por el Dr. Salvador Bermúdez ¹

Nadie que conozca algo sobre las actividades clásicas de las autoridades sanitarias discute hoy día la importancia excepcional de la educación higiénica de las masas, y de la llamada más concretamente "propaganda sanitaria", como factores decisivos para el mejoramiento higiénico de los pueblos. Es bien sabido que la higiene individual es, hasta cierto punto, un asunto de más trascendencia que la higiene colectiva, que la salubridad pública. Efectivamente, abarca muchos más sectores de actividad que esta última, y permite resolver por sí sola la mayor parte de los problemas que la higiene en general presenta en cualquier colectividad. Los oficiales sanitarios no pueden nunca desarrollar una labor de fondo, verdaderamente efectiva, si no cuentan con el respaldo de una cultura siquiera mediana entre las masas. Por esa razón, pocos asuntos hay que ofrezcan mayores dificultades que los trabajos de higienización en el campo, en los sectores rurales de la mayor parte de los países, pues la incultura general, el analfabetismo, la existencia por así decirlo universal de prejuicios, de supersticiones, la práctica de costumbres absurdas o grotescas, aceptadas por todos los habitantes como moneda corriente en las extensiones campesinas, dificultan de una manera tremenda toda labor que tienda a mejorar el medio ambiente, a disminuir las endemias o epidemias, a abatir los coeficientes de mortalidad materna e infantil, etc.

Aceptando, como debe aceptarse, lo anterior, como una verdad no discutida ni diseutible, debe considerarse como asunto pertinente el

¹ Leído en la sesión del 8 de enero de 1936.