

Las verdaderas Apendicitis

Con el determinado propósito de comentarlo, publicamos en el anterior número de esta Revista, el artículo Las falsas Apendicitis, aparecido en el Día Médico de Buenos Aires en número reciente, cuyo autor desconocemos porque al pie dice solamente Acta Médica Latina.

Respetando la mayor o menor autoridad de su autor, debo mostrar mi absoluto desacuerdo con la tesis sustentada, no sólo porque una larga experiencia me proporciona los elementos suficientes para demostrar lo contrario, sino también, y sobre todo, por el enorme perjuicio causado a pacientes y médicos que comulgan con las mismas ideas.

Yo pienso completamente diferente: no se investiga jamás el apéndice como se debiera. Quiero decir que existen mucho más apendicitis de las que imaginamos.

El autor increpa a los cirujanos de encontrar en todo síndrome abdominal, desprovisto del cuadro clínico clásico de una enfermedad determinada, médica o

quirúrgica, una apendicitis. Ojalá así fuera, cuantos padecimientos y cuantas vidas se salvarían. Más aún, parece presa de un pánico espantoso por la intervención, como si se tratara de una resección del colón, del recto o del esófago y no de una simple extirpación del apéndice, operación tan benigna como una amputación de dedo y aun más.

Censura la precipitación del diagnóstico de apendicitis y muy de acuerdo estamos. Si previamente han sido descartadas las otras afecciones abdominales entonces la precipitación no existió y natural es pensar que quizás diagnóstica no es un ignorante en la clínica y patología abdominal.

Cierto es y también muy frecuente encontrar asociaciones de enfermedades agudas y **crónicas** del abdomen y es precisamente en estos casos donde más justificada está la intervención que tendría el carácter de explorador, seguida de la definitiva sobre uno o varios órganos, según su estado.

significa esto que todas las especialidades farmacéuticas sean detestables, muchas hay de excelentes resultados terapéuticos, que merecen el elogio y empleo frecuente de los médicos. Son éstas precisamente las que la Facultad autoriza.

Y es allí justamente a donde vamos: permitir el libre comercio de productos excelentes e inofensivos para la salud bajo el control científico y honrado.

Tarde o temprano cosecharemos los frutos de esta noble tarea encomendada por el Congreso a la Facultad de Medicina Cirugía y Farmacia, que no descansa un instante por cumplir con el sagrado deber de velar por la salud del pueblo.

De acuerdo y mucho sobre la inexistencia de puntos dolorosos determinados: Mac Burney, Morris, Lanz, etc. El dolor apendicular abarca algo más que la fosa iliaca derecha; área central, flanco derecho, hipocondrio derecho, epigastrio, fosa iliaca izquierda e hipogastrio. Esa enorme variedad de puntos dolorosos complica indudablemente la cuestión, pero están en favor de la apendicitis la ausencia de síntomas que pudieran incitarnos a pensar en otra-afección.

Trascribo íntegros los párrafos más peligrosos para quienes los crean.

"El primero de todos es el dolor, pero no el dolor provocado que se encuentra a la exploración manual a punta de dedo, sino el dolor espontáneo, por crisis, que se presenta localizado en el epigastrio o fosa iliaca derecha, que dura media hora, tres cuartos de hora o ¡hasta un día y que -e acompaña casi siempre de náuseas o vómitos.

Es el niño que interrumpe sus juegos sobrecogido por un dolor que le obliga a llevarse las manos al vientre mientras sus facciones palidecen ligeramente y que después de unos momentos continúan jugando como si nada hubiera ocurrido. Otras veces el dolor persiste obligando a guardar cama; se le purga creyéndole indigesto y queda bien o no, hasta que a los tres o cuatro meses le repite la crisis también "o una manera inopinada. El período intercalar puede durar más o menos tiempo, hasta años, durante los cuales el enfermo se encuentra completamente normal, hasta que un día, de pronto, su fisiologismo se altera por un nue-

vo dolor acompañado como el anterior de ligera reacción peritoneal, con vómitos o náuseas que pasan nuevamente sin dejar rastro o que señalan un plastrón en sus primeros estadios. Si durante la crisis se pone el termómetro al enfermo, se apreciarán pequeñas elevaciones térmicas, que casi nunca sobrepasan 38° y a./, duran tan solo unas horas. La fórmula leucocitaria, que correspondiendo a un proceso inflamatorio, acusa a veces en las calmas intercalares una leucocitosis discreta con mononucleosis, convierte ésta en polinucleosis durante las fases de agudización del proceso. Es frecuente que después de repetirse varias veces el ataque, no quede el enfermo completamente bien los períodos intermedios y algunas molestias que aquejan en ellos son testimonio de la perivisceritis que empieza a bloquear el proceso inflamatorio apendicular.

"Este es el cuadro de la apendicitis crónica cuyos síntomas no son sino un esbozo de los dramáticos de la forma aguda. El dolor en puñalada, la fiebre alta, la perforación que conduce a la muerte en la apendicitis aguda aparecen en pequeño en la apendicitis crónica. Podemos decir, con razón, que la diferencia entre una forma y la otra de apendicitis es una mera cuestión de cantidad.

"No sentar nunca el diagnóstico de apendicitis crónica, sin haber comprobado anteriormente estas crisis típicas de dolor en reacción peritoneal, náuseas o vómitos, fiebre y alteraciones hemáticas. Desconfiar de todo cuadro que no sea el descrito y esta duda nos llevará de la mano al

diagnóstico de las falsas apendicitis. que despistaremos, recurriendo, si es preciso, a todas *las* exploraciones clínicas, de laboratorio y radiológicas que se jueguen necesarias."

Qué bella sería la apendicitis crónica si siempre se presentara en la forma clarísima con que el autor la dibuja! Qué diagnóstico más perfecto y qué terapéuticas

Por desventura esa imagen es un mito. En el enorme número de casos no pasan las cosas así tan sencillamente.

La apendicitis crónica reviste todos los matices capaces de engañar al más astuto y concienzudo clínico.

Algunos casos tomados al azar probarán mi acerto: un individuo viene quejándose de una pes-tinaz y fuerte cefalalgia que da ta de meses; ningún trastorno digestivo, ninguna enfermedad capaz de producir dolor de cabeza, a la exploración abdominal: dolor fuerte, a la presión, en la fosa ilíaca derecha: Apendicitis. extirpación, curación.

Otro padece de anorexia, pesantéz de estómago a la menor comida, erutos, acideces, agruras, a veces náuseas, raros vómitos, enflaquecimiento.

Ningún otro trastorno; fórmula hemática normal; dolor en fosa ilíaca a la presión. Extirpación del apéndice, curación.

Este llega por jaqueca. A la exploración cuidadosa sólo se encuentra dolor provocado en fosa, ilíaca derecha. Operación. Curación.

Aquél se queja de asma y lije-ros trastornos digestivos. Un dolor provocado en la región apen-dicular nos induce a quitarlo y

la enferma cura de su asma.

Uno que sufre de dolores espontáneos en el epigastrio durante o después de las **comidas**, acompañado de náuseas y vómitos, presenta un dolor en esa región pero menos intenso a la presión que en la fosa ilíaca derecha. Apendicectomía, curación.

Viene el siguiente por dolores en el muslo y pierna derechos al marchar, nada en reposo. Ningún dolor en los trayectos nerviosos anterior y posterior, ni en los músculos. Dolor vivo a la presión en el apéndice. Operación. Curación.

Llega esta señorita a consultar por manchas en la cara; **función** genital y endocrinas buena. Constipación. Dolor apendicular franco a la presión; Operación y curación.

Un colega es violentamente atacado una noche de dolor en el epigastrio, vómitos alimenticios por dos veces y uno con sangre. Sin temperatura, pulso 60. A las 17 horas es operado y se encuentra una peritonitis **apendicular**. Curación.

Es lo admirable que en todos estos casos y otros cientos el dolor espontáneo en la región apendicular no existió jamás, la temperatura nunca, sin vómitos, sin náuseas, sin fenómenos que hicieran sospechar otra enfermedad. La clínica, el laboratorio, la radiología no dijeron más.

Es entendido que se **buscaron** úlceras del estómago, colecistitis, litiasis, tuberculosis, sífilis, cáncer, disentería, tan frecuente e i tre nosotros, litiasis renal, pro-sis renales, atonías intestinales en neurasténicos, anexitis, tumores genitales, malformaciones intestinales, raras.

Si bien radiólogos de nota -e esfuerzan por conseguir signos definidos para el diagnóstico de la apendicitis crónica, hasta la fecha no podemos fiarnos de una afirmativa o negativa para sustentar un diagnóstico.

Lo mismo sucede con el laboratorio; ni leucocitosis, ni prinucleosis son constantes y menos particulares al apéndice.

Imitando al autor yo resumo estos comentarios en la forma siguiente: la apendicitis crónica en una enfermedad extremadamente frecuente, a manifestaciones múltiples, con una pobreza a veces de síntomas que a no ser el dolor que nunca falta en cualquiera de todas las regiones abdominales, dolor provocado por la presión, los demás síntomas pueden perfectamente no existir.

El grupo de las falsas apendicitis debe desaparecer de la conciencia médica: es un grupo de

engaño y de ignorancia.

La apendicectomía en frío es una operación admirable, benigna, eficaz, profiláctica, curadora 100 por 100 de éxito. No temer!"

En cambio, cuánto muerto por su abstinencia: 18.000 en Estados Unidos en un solo año: 1930.

Caso de equivocarnos en el diagnóstico, ningún perjuicio hemos causado al enfermo operándolo.

Los datos anatómo patológicos son variables: lesiones francas, lesiones dudosas y normalidad.

La mejor prueba es la curación de un individuo después de la operación.

Una ocasión oí decir a Víctor Pauchet en París" Cuando un enfermo del abdomen no os muestre ningún síntoma claro de tal o cual enfermedad pensad u el apéndice y extirpadlo.

S. Paredes P.