

es dann im Falle einer allgemeinen Stoffwechselstörung nur zu komatösen Vergiftungssymptomen. Wenn auch diese in vielen Fällen die alleinigen Urheber der erwähnten Krämpfe sein können, so besteht doch bei ebensoviele anderen die Möglichkeit, dass irgendein entferntgelegener pathologischer Zustand der eigentliche ätiologische Agent sein könnte, welcher auch die Nebennierenschwäche herbeiführt.

RÉSUMÉ

On établit les rapports entre les différents syndromes convulsifs et nous accordons une importance spéciale au rôle des surrénales dans le déclenchement de la crise. Nous présentons plusieurs exemples où l'on voit, à notre avis, très nettement, les rapports entre convulsions et fonction surrénale; nous ne croyons pas nécessaire une hypofonction manifeste pour que la crise se déclenche. A notre avis la portion corticale libérerait à l'état normal une substance protectrice ("substance anticonvulsive"), et pendant que cette protection se maintiendrait, dans le cas de trouble métabolique général, il n'y aurait que des symptômes comateux d'intoxication. Quoique parfois ce seraient les unques causes de ces convulsions, dans bien d'autres, n'importe quel procès pathologique à distance pourrait être le véritable agent étiologique et il causerait la faiblesse surrénale.

¿HASTA CUÁNDO Y CÓMO PUEDEN SER UTILIZADOS LOS ANTIBIÓTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS Y COLANGIA RECIDIVANTE? (*)

A. RUIZ MARTÍNEZ.

Vigo.

Hace años me ocupé de la apendicitis aguda como causa de uno de los cuadros que crea la denominada urgencia abdominal. Decíamos entonces que si considerábamos que la primera extirpación de un apéndice enfermo databa del tiempo que llevaba de vida nuestra generación, mucho estaban cambiando las concepciones clínicas, y mucho y buen partido se está pudiendo obtener, en bien del exacto juicio diagnóstico, al comparar los datos que la vivisección nos ofrecía al asistir a las intervenciones de nuestros pacientes.

Clínicos, familiares y enfermos llegaron a

(*) Trabajo que obtuvo la puntuación máxima en el Concurso de Comunicaciones Científicas para la opción al Premio Fleming, en la Academia Médico-Quirúrgica de Vigo.

comprender que lo que señalaban los clásicos como signos iniciales típicos de la apendicitis no correspondían más que a estadios muy avanzados de la dolencia, haciéndose preciso, pues, diagnosticar aquella antes de que se implantara la temible peritonitis por perforación del órgano afectado, o por lo menos al iniciarse la congestión del peritoneo circunvecino.

Era la época en que la dieta absoluta, el hielo y los opiáceos, al compás de alguna medicación reputada como específica, suprimían los vómitos, la frecuencia del pulso, la fiebre y los dolores abdominales, provocando las llamadas falsas mejorías, durante las cuales los signos clínicos se atenuaban, pero la evolución de las lesiones continuaba para llegar hasta la perforación y las peritonitis difusas.

Fueron los tiempos heroicos en que se luchó contra lo que llegó a llamarse "oscurecimiento de los síntomas por el tratamiento médico"; afortunadamente, el buen sentido se impuso y pudieron entregarse al cirujano los enfermos precozmente, salvándose así muchas vidas. Por lo que a mí respecta, los recuerdos del pasado pesan favorablemente en ese sentido, constituyendo una gran satisfacción a lo largo de mi ejercicio profesional.

Justamente por aquellos tiempos, el maravilloso y desconocido potencial germinicida contenido en el hongo "penicillium" contaminaba por azar la famosa placa del cultivo del hospital londinense de Santa María. Fué entonces cuando el genio observador de FLEMING apreció y retuvo, para aprovecharla más tarde, aquella demostración real, del principio inmutable, que rige el complicado mundo de los seres microscópicos: su antagonismo biológico.

Ahora, en nuestros días, veinticinco años más tarde, pudo el ilustre sabio dar realidad a la sentencia de PASTEUR cuando dijo: "Del azar sólo se aprovechan quienes están para ello preparados." Y así fué, en efecto; apoyado en el principio de lucha que el antagonismo microbiano significa, pudo dar forma a una de las armas más poderosas que el médico tiene en sus manos desde que PRAVAZ le proveyó de la jeringa, que había de servir de vehículo conductor a toda la terapéutica encaminada a combatir el dolor y sufrimiento de nuestros semejantes.

Debo, pues, en este trabajo hacer un resumen de la experiencia que he podido adquirir con el manejo de los antibióticos en el tratamiento de las dolencias a que se refiere mi aportación, bajo el anuncio general de "Ideas actuales sobre diagnóstico y terapéutica de las infecciones".

Puesto en este trance, podemos afirmar que los deseos de EHRlich, condensados en su expresión de "Terapia esteriliza magna", están en camino de lograrse en el comienzo de lo que hemos denominado la era antibiótica, que a la par que proporcionaba al facultativo armas eficacísimas, produjo entre enfermos y familiares

una confianza, quizá excesiva, al amparo de la cual se crearon situaciones difíciles para los pacientes; de ahí que se haga preciso ir rectificando, a través de lo que la experiencia nos ha ido enseñando, indicaciones, forma y manera de empleo de esta medicación.

Nuestro contacto con la nueva droga no pudo ser más halagüeño.

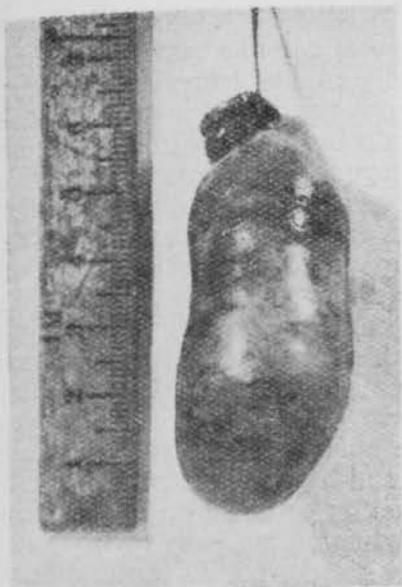


Fig. 1.—Apéndice quístico que se mantuvo con sintomatología imprecisa y atenuada merced a amplias dosis de antibióticos. La operación de urgencia reclamada por un episodio agudo puso de manifiesto un apéndice gigante lleno de pus próximo a irrumpir en el peritoneo.

Una enferma, afecta de un cuadro peritonítico agudo, en fase generalizada, cuya indicación quirúrgica se estableció sin poder llegar a formar un juicio diagnóstico claro, y que el acto operatorio evidenció como consecuente a una perforación de un asa final del ileon por un hueso que la enferma había ingerido con su alimentación, pudo vencer el proceso séptico utilizando dosis de penicilina por día que hoy consideraríamos irrisorias e insuficientes como iniciales de un tratamiento.

Muy pronto se generalizó de tal modo el uso de la droga, que empezamos a ver enfermos a los cuales, por ese autodeterminismo creado en el ambiente familiar sin esperar al consejo del médico, se aplicaban antibióticos, dando origen a que atenuados los síntomas iniciales de comienzo, para agravarse más tarde inesperadamente, el confusiónismo diagnóstico surgía hasta el punto de que muchos enfermos corrieron riesgo gravísimo durante intervenciones de urgencia realizadas a destiempo.

Creemos firmemente que en bien de la utilidad de estos fármacos se debe considerar formalmente la precisión de sentar cuáles son las indicaciones justas para su empleo.

Recordemos cuán terriblemente trágica era la situación de una madre, que ha purgado a su hijo, para verle sucumbir después de una crisis apendicular.

Hoy, en algunos casos, la purga ha sido sustituida por algo más científico, pero que atenúa a veces de tal manera los signos de comienzo que pueden dar origen a situaciones tan funestas como aquélla.

Poseemos una casuística abundante, probatoria de este aserto, pudiendo referirnos al hecho de que el oscurecimiento de los síntomas de que hablamos al comienzo de esta disertación se realiza ahora como antes, puesto que hemos de tener en cuenta que el cuadro clínico inicial de dolor generalizado para localizarse posteriormente en el punto clásico, vómitos, ligera febrícula, pulso célere, atricción del vientre y leucocitosis, a la cual debe concederse gran valor siempre que vaya acompañada de los síntomas que acabamos de señalar, puede ser altamente perturbado si antes de que llegue el médico la familia por su cuenta ha aplicado a destiempo una dosis de antibiótico que, influyendo sobre los fenómenos generales, puede restablecer la normalidad del pulso, ceder la fiebre, los vómitos y el dolor, siendo responsable de la acalmia de los síntomas y de una doble obnubilación, la de la familia y muchas veces hasta la del facultativo, de la cual se sale luego más tarde, cuando un dolor agudo y signos indubitables de la agravación de la dolencia señalan la pista de un apéndice perforado como responsable del cataclismo que se avecina. No debe olvidarse que estamos actuando contra gérmenes de diversa índole, acantonados en un órgano linfoides tubulado con mal desagüe, que facilita la pululación microbiana e infección de sus paredes, favorecida por la escasez de riego sanguíneo (recordemos que la arteria apendicular es de tipo terminal y apenas se anastomosa con los vasos procedentes del ciego); por otra parte, el mesenterio sólo llega escasamente muchas veces hasta la mitad del apéndice. En esas condiciones no es difícil comprobar que la gangrena y perforación apendicular continúa evolucionando, aun cuando terapéuticamente hemos creído vencer la dolencia.

Un hecho demostrativo puede servir de prueba fehaciente de cómo muchos casos llegan a las circunstancias que hemos señalado.

Un enfermito de catorce años, previo malestar general de unos días, y a seguido de una transgresión de régimen, se siente molesto, con vómitos, fiebre alta y dolor no preciso en el vientre; creyéndosele afecto de una indigestión, se le suministró una dosis de penicilina-estreptomocina. Los fenómenos agudos ceden, nuestro enfermo mejora aparentemente y sólo después es visto por el facultativo, que se encuentra con una fórmula leucocitaria atípica, en donde la leucopenia le lleva a pensar en una fiebre tifo-paratífica, que mantiene las alteraciones térmicas en que se encuentra el chico en aquellos días, lo cual aconseja un cambio de antibióticos para ser tratado a base de cloranfenicol, con lo cual se obtiene una aparente mejoría, hasta que de pronto surge un dolor agudo con empeoramiento rápido del estado general del paciente, dolor vivo y marcado en la fosa iliaca izquierda, timpanismo, pulso inconstante y facies típica que indica la gravedad del caso.

En estas condiciones vimos al paciente, el cual, pese al estado desfavorable en que se encontraba, y previa preparación conveniente, hicimos intervenir pensando en una peritonitis generalizada por perforación apen-

dicular.

dicular. En efecto, un apéndice gangrenado y perforado, con adherencias y neomembranas, de localización más acusada en el lado izquierdo, en donde el chico aquejaba el dolor más vivo cuando le exploramos clínicamente, era el responsable del cuadro.

Afortunadamente, el empleo de antibióticos intraperitoneales y aquellas sulfamidas cuyo amplio espectro de acción abarca la flora microbiana responsable, permite salvar casos como éste aun llevados a tal extremo, haciéndolos sobrevivir, pero hácese preciso que se pondere exactamente hasta dónde puede llegarse en el uso de una medicación, la cual, por respeto a aquellos que se han esforzado en lograrla, proveyéndonos de un arma poderosa, debemos de utilizar de acuerdo con las características de la afección que tratamos de yugular.

Resumiendo, diremos que nuestro proceder en casos sospechosos de apendicitis es, una vez apreciados cuidadosamente los signos clínicos clásicos de la crisis apendicular, efectuar un recuento de glóbulos blancos, en el cual, aparte de valorar la leucocitosis, neutrofilia y formas inmaduras, lo señalamos como elemento fundamental de control; si el caso ofreciese caracteres atenuados y circunstancias especiales, se puede aconsejar una expectación armada, durante veinticuatro horas, en que seguimos la marcha del proceso, controlando pulso, temperatura y demás signos clínicos que nos pueda ofrecer el paciente, no olvidando al tacto rectal, que tantas noticias nos puede dar, del estado reaccional del peritoneo pélvico.

Durante este tiempo utilizamos los antibióticos, pensando en la protección del acto quirúrgico que nos proponemos siempre realizar, si los signos a que nos hemos referido no se atenúan de una manera clara y decisiva.

Hemos de convenir que si hoy en el campo de la medicina hay dolencias, tales como la otitis media, que los otorrinolaringólogos han visto casi desaparecer como afección quirúrgica; en nuestra especialidad, hoy por hoy, no existe, por las razones que apuntamos, y por lo que respecta a la apendicitis, medicación que yugule por completo el mal, evitando las complicaciones a que hemos hecho referencia.

El cuadro de colangitis recidivante, que forma, con la apendicitis, parte de la materia de esta comunicación, tiene también características especiales por constituir un proceso inflamatorio de origen séptico, que invade septum y luz de las vías biliares, ya sean intra o extrahepáticas, proceso que sigue siempre el clásico camino rígidamente impuesto por los característicos signos del mismo, ya sea considerado como un producto secundario de la litiasis vesicular o coledócica, o se trate de la infección por vía ascendente, la que injurie únicamente el revestimiento epitelial, origen de los simples fenómenos catarrales, o ya la agudeza del proceso culmine en la franca supuración, ante la cual la trama hepática no permanece nunca indiferente, toda vez que puede afirmarse que no

existe colangitis sin alteración concomitante del tejido hepático. Son parejos con la infección esos acúmulos leucocitarios, periportales, en los casos leves, y en su mayor grado aquellos abscesos, concretados en formaciones de tamaño apreciable, cuya situación varía según cual haya sido la vía linfática de aporte, y que al ser drenados constituyen la satisfacción del clínico que ha sentado la indicación operatoria y la del cirujano que realiza el hallazgo.

No es, pues, extraño que siendo el hígado órgano pródigamente irrigado con sangre arterial y venosa pueda suponerse que, canalizados por vehículo tan apropiado, pueda admitirse la vía hematogena como aporte de gérmenes que puedan determinar el cuadro séptico, y contando con un sistema de excreción biliar extrahepático, que a su vez termina en un campo tan apropiado como es el de la flora intestinal, puedan provocar las denominadas infecciones ascendentes, de forma que si en el interrogatorio de nuestros pacientes encontramos datos suficientes para aceptar la vía hematogena como camino de aporte de la noxa bacteriana tóxica que injuria al hígado, necesariamente hemos de admitir que su estancia en los capilares o vías biliares presupone un paso a través de la célula hepática y que, por lo tanto, ésta ha tenido que reaccionar, de acuerdo con su específica misión de lucha anti-infecciosa, con éxito, o pereciendo en ella; de ahí que el estado más o menos insuficiente de la viscera se sume al síndrome de la colangia infecciosa de las vías biliares, ya sea producida por infección ascendente o hematogena, así como aquella atribuida a la colelitiasis, con sus crisis de dolor localizado en un cuadrante superior derecho, seguidas de fiebre intermitente bilio-séptica, con clásicos escalofríos calificados de pseudo-palúdicos, que llegan a 39 y 40°, para descender con profunda sudoración a las pocas horas; son los determinantes de esa clásica fiebre en agujas, tan típicas de las gráficas que el analista señala con el clásico brote de hiperleucocitosis, polinuclear neutrófila, que remite en los períodos interparoxísticos, y que si su búsqueda ha sido fructífera, puede en hemocultivo logrado en medio adecuado identificar el agente responsable.

He aquí en dónde, ante cuadros como éstos en que valorando por la sintomatología y datos clínicos la posible esfera de aporte de la infección, sea ésta hematogena, intestinal ascendente o calculosa, donde los recursos de que disponemos actualmente nos puedan presentar un brillante arsenal para combatir el mal. Utilizando la vía endovenosa u oral podemos, de acuerdo con lo que el laboratorio nos diga, elegir aquellos antibióticos cuyo espectro de acción pueda, de común acuerdo, con una protección hepática llevada al límite, resolver estos problemas, considerados antes como gravísimos, toda vez que algunos habían de ser intervenidos quirúrgicamente en tales circunstancias.

De todas formas, no olvidemos que una vez

pasados estos períodos agudos, y enfriada la dolencia, se impone un examen concienzudo del paciente, y si ello nos lleva a la convicción de que la causa originaria ha sido una vesícula habitada, proponer la intervención antes de que se repita el ataque, evitando con esto males irreparables.

En cuanto a la colangia infecciosa por vía ascendente, sin cálculos responsables, seguimos pensando que si antes de la era antibiótica el recurso quirúrgico de drenar la vesícula o extirpar sus cálculos nos resultó salvador para el paciente, ahora insistimos en que si después del tanteo conveniente con los métodos de asociación medicamentosa que hoy poseemos no obtenemos pruebas fehacientes de que estamos logrando levantar una barrera que impida a los gérmenes la formación de abscesos o un proceso séptico generalizado, proponemos la intervención operatoria antes de que el estado general del paciente y la insuficiencia hepática pueda ensombrecer el pronóstico de esta temible dolencia.

No podemos extendernos en la consideración de la abundante casuística que poseemos, pero sí referirnos a esos casos de procesos apendiculares, y vesículas habitadas por cálculos responsables de episodios sépticos, que constituyen toda una prueba documental de todo cuanto acabamos de señalar. En cuanto a obstinarse en mantener los pacientes con medios farmacológicos que no pueden resolver procesos eminentemente quirúrgicos, así como la responsabilidad en que incurren los que propagan con

los mayores alardes publicitarios el uso y abuso de pretendidas panaceas con cuyo tratamiento se demoran intervenciones, haciendo caer al paciente en el terrible círculo de las complicaciones que crean las fístulas bilio-digestivas, abscesos, insuficiencia hepática, que tanto ensombrecen el pronóstico de dolencias que hoy pueden ser resueltas muy favorablemente en bien de nuestros pacientes.

RESUMEN.

Se comenta el peligro del abuso de los antibióticos en casos de apendicitis agudas y colangitis, exponiendo algunos casos personales.

SUMMARY

The dangers of the liberal use of antibiotics in cases of acute appendicitis and cholangitis are commented upon. Some personal cases are reported.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden die Gefahren eines Missbrauches der Antibiotika bei akuten Blinddarmentzündungen und Cholangitis besprochen und einige persönliche Fälle angeführt.

RÉSUMÉ

On commente le danger de l'abus des antibiotiques en cas d'appendicite aiguë et cholangite; on expose cas personnels.

NOTAS CLINICAS

LA AUSENCIA DE MUSCULOS ABDOMINALES Y SU TRATAMIENTO

(Con aportación de un método de corrección en dos observaciones personales.)

E. ROVIRALTA.

La aplasia o ausencia de los músculos de la pared abdominal en su totalidad o en alguno de sus grupos es una malformación poco frecuente. En 1950, SILVERMAN y HUANG recogieron únicamente 45 observaciones. BETTY MATHIEU y cols., en 1953, juntan ya 58. Es, no obstante, necesario considerar a este particular que dada la gravedad de los procesos malformativos que habitualmente la acompañan, muchos de estos niños mueren en época precoz,

por lo que es de temer no hayan sido publicados.

Por sus llamativas características, que la hacen imposible el pasar inadvertida, es conocida de muy antiguo y su casi constante asociación con otras malformaciones del aparato urogenital y digestivo fué consignada ya en los primeros trabajos que de ella se conocen. Son éstos el de FRÖHLICH en 1839, VON AMMON en 1852, PARKER en 1895 y GUTRIE en 1896. Posteriormente las observaciones publicadas han ido en aumento. En todas ellas se destaca la rara coincidencia de que si bien los defectos del aparato génito-urinario son estudiados prolijamente, ninguna atención se presta en lo referente a la corrección de una lesión tan importante como en realidad es de por sí la aplasia de los músculos abdominales. Esta sorprendente particularidad, sumada a no haber encontra-