

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-

do publicación alguna sobre esta malformación en la literatura nacional, nos ha inducido a escribir esta nota, en la que además de aportar dos observaciones particulares se expone un método de corrección de la aplasia muscular que pretendemos original.

Poco nos detendremos en la descripción de los procesos, principalmente del aparato urinario y digestivo, que suelen acompañar a la aplasia de los músculos abdominales y cuyos detalles encontrará el interesado, con el mayor detalle, en el magnífico trabajo de revisión y recopilación de SILVERMAN y HUANG entre los consignados en la bibliografía.

Recordaremos únicamente que la malformación urinaria más frecuentemente observada es la megavejiga, frecuentemente acompañada de megauréteres e hidronefrosis. Nada en concreto se ha dicho todavía sobre su etiopatogenia ni el por qué de su frecuente asociación con la aplasia muscular. Desde la opinión de BARDEN, que defiende el criterio de que la megavejiga puede ser debida a la debilidad de la pared o del plexo vascular derivado de la mamaria interna y de las epigástricas, de formación anterior a la pared abdominal, y que podría influenciar su evolución o ser la causa de anomalías urétero-vesicales, a la concepción reciente de SWENSON, confirmada posteriormente en uno de los enfermos de HENLEY e HYMAN de que la megavejiga de estos pacientes es consecutiva a una agenesia de los plexos intramusculares de la vejiga, una serie interminable de teorías han sido expuestas.

Por lo que se refiere a la concomitancia de la aplasia muscular con las malformaciones del aparato digestivo, éstas vienen casi siempre representadas por deficiencias en la rotación cecal y cólica o a bridas peritoneales, cuyas malformaciones clínicas son casi siempre la existencia de dificultades en el tránsito intestinal de mayor o menor intensidad y trascendencia. Algún caso hay publicado de megacolon entre estos enfermos, lo cual vendría en apoyo de la teoría de la agenesia antes citada. Por lo que hace referencia al aparato genital, aunque se cita algún caso de hipospadias, es casi siempre la falta de descenso de uno o de ambos testículos su estigma dominante. Este defecto, asociado o no a hernia inguinal, se observa en una proporción elevadísima de estos enfermos. Aprovechemos para señalar que la aplasia que nos ocupa es muchísimo más frecuente en el varón que en la hembra, de la que sólo se registran tres observaciones.

Sea cual fuere la causa productora de la retención urinaria y sus consecuencias sobre el sector suprayacente, casi todos los autores están de acuerdo en la existencia, en estos enfermos, de un obstáculo orgánico en el cuello vesical. Por tal motivo se han practicado ya numerosas extirpaciones de éste por vía perineal transuretral, la mayoría seguidas de éxito. Si se toma en consideración que la altísima mor-

talidad que se deduce del examen de la casuística de esta enfermedad es en su mayor parte atribuida a sus trastornos urinarios, la resección del cuello vesical, no hay duda, representa un gran avance en el tratamiento de tan grave malformación.

La aplasia muscular puede abarcar todos los grupos musculares de la pared abdominal. Sin embargo, con frecuencia se observa que algunos de ellos no se hallan, por lo menos, grandemente afectados, esto es, totalmente ausentes.

Según SILVERMAN y HUANG, los músculos rectos se hallan parcialmente respetados en la mitad aproximadamente de las ocasiones. El oblicuo mayor, el menor y el transversal suelen ser los más responsables de la debilidad de la pared. Sin embargo, pueden no hallarse ausentes conjuntamente. Del examen de los protocolos operatorios se deduce la presencia de alguno de ellos en un 25 por 100 de estos pacientes. El cuadrado lumbar suele estar respetado.

El diagnóstico diferencial suele ser por lo general fácil. La existencia de un vientre flácido, observado desde el nacimiento y con mayor motivo si se acompaña de piel sobrante y arrugada, con malformación del ombligo, son datos que bastan por sí solos para formular un diagnóstico. La confirmación se tiene si al practicar una exploración del aparato urinario se observan las anomalías indicadas. La criptorquidia es también un factor indicativo.

Ahora bien, cuando la aplasia no es bilateral o es asimétrica y no muy importante, ciertas dudas pueden presentarse. Las afecciones que más se prestan a confusión son las parálisis poliomiélicas selectivas y el raquitismo. Tomadas debidamente en consideración, no es difícil, sin embargo, alcanzar su diferenciación. Otros procesos pueden prestarse a confusión, tales como los vientres grandes del megacolon, de las diástasis de los rectos, de los síndromes celíacos, etc., aunque la confusión no es en realidad probable.

En cuanto al tratamiento, no cabe la menor duda de que la atención de las malformaciones urinarias dominan la situación cuando originan trastornos que por su gravedad y reiteración hacen temer se produzcan lesiones del parénquima renal de carácter irreversible, dejando en segundo plano la corrección de la aplasia muscular abdominal. No nos ocuparemos de ellas por carecer de experiencia personal sobre el particular. En nuestros dos enfermos existía un estasis urinario alto evidente, causante de crisis infecciosas que cedían ante la administración de antibióticos. En ninguno de los dos creímos necesario hacer objeto de una intervención quirúrgica liberadora del supuesto obstáculo, con el propósito de observar si al normalizar la tensión intraabdominal se normalizaba el tránsito de orina. Por lo que hace referencia a la aplasia muscular, según hemos adelantado, desconocemos la existencia de indicaciones y técnicas a que atenderse. No es cierta-

mente ello debido a que esta monstruosa deformidad se la considere inocua o despreciable. Dicen textualmente SILVERMAN y HUANG: "El uso de soportes mecánicos de la cavidad abdominal debería ser recomendado en todos los casos. El soporte abdominal en forma de corsé elástico, o no elástico, servirá para proteger las vísceras de los traumatismos, sustituir en parte los músculos ausentes y facilitar la marcha y los saltos en los niños." Los demás autores se expresan en términos similares.



Fig. 1.—Niño J. I. Aplasia de los músculos abdominales, más acentuada en el lado derecho.

Fig. 2.—El niño J. I. visto de perfil.

Hemos transcrito literalmente este párrafo por ser fielmente representativo de la actitud de abstinencia quirúrgica unánimemente adoptada en cuantos trabajos sobre el tema nos ha sido dado consultar. Si a ello se añade el que por la mayoría de autores se considera que la relajación de la pared abdominal es de por sí causa o motivo de agravación de los trastornos de estos enfermos, la actitud que comentamos se hace por demás incomprensible. A mayor abundamiento, es preciso tener presente que la tonicidad de la pared abdominal influye en forma directa y primordial en funciones de tanta monta como son el prevenir la ptosis de las vísceras abdominales en general, coadyuvar a la mecánica respiratoria, facilitar la circulación sanguínea, la defecación, la micción, el salto, etcétera, por todo lo que la actitud expectante condenando a un niño de pocos años al uso, por un lapso de tiempo indeterminado, de una prótesis contentiva de gran tamaño y bastante consistencia, resulta francamente inexplicable a no ser que se la considere como la expresión de una explícita declaración de incapacidad correctiva, contingencia bastante verosímil si se atiende a las dificultades que su corrección plantea.

En realidad, y después de un detenido estudio de los problemas que suscita, nos parece que sería difícil encontrar otra solución que la por nosotros empleada, basada en la aplicación de un injerto total de piel, enterrado en la pa-

red abdominal, método terapéutico de reciente empleo en las debilidades de la pared abdominal, de otros orígenes y por lo tanto poco difundido.

La técnica empleada en los dos enfermos fué la siguiente:

Incisión de la piel en forma de ovoide extendida desde los cartílagos costales hasta cerca del pubis y desde el borde externo del músculo recto hasta la línea axilar anterior. Raspado de aquélla, sirviéndose de una cuchilla de amputación, hasta lograr la aparición de un ligero punteado hemorrágico en su superficie. Extirpación de la piel, liberándola lo más posible del tejido célula-grasoso. Incisión de la vaina aponeurótica de los músculos rectos e identificación del cuadrado lumbar. Sutura en solapa del vestigio músculo-aponeurótico existente entre la piel y peritoneo. Sutura del injerto cutáneo, con la cara cruenta hacia el exterior, al reborde costal, al pubis, a la vaina del recto y a los músculos de la región lumbar, procurando que quedara a una cierta tensión y colocando, en algunos puntos, una doble sutura manteniendo una superposición de superficies. Todas las suturas con algodón. Piel con crin.

José J. I., de veintidós meses. Sin antecedentes familiares y personales de interés. Aumento del volumen abdominal desde el nacimiento. Crisis febriles reiteradas y fugaces cuyo origen no había sido identificado. A la exploración, flacidez de la pared abdominal, que permite palpar sin dificultades la pared posterior. En lado derecho ausencia total del oblicuo mayor, menor y transversal. En el izquierdo el fallo es menos manifiesto (figs. 1 y 2). Hipospadias discreto. Ausencia de los



Fig. 3.—El enfermo J. R. visto de frente, esforzándose para aumentar la tensión intraabdominal.

Fig. 4.—El enfermo J. R. visto de perfil.

testículos en bolsa y en conducto inguinal. Uretro-cistografía normal. Mediante urografía descendente se observa hidronefrosis manifiesta en riñón izquierdo con dilatación y deformación de algunos cálices. El riñón derecho queda muy impreciso, aunque parece existir también ligera hidronefrosis. Los uréteres no son visibles en ninguna placa.

Fuó intervenido en dos tiempos, practicando en 23-V-51 una plastia abdominal según la técnica acabada

de exponer. La segunda intervención fué practicada con once meses de intervalo (25-IV-52). Las dos siguieron un curso normal.

Juan R., tres años de edad. Sin antecedentes familiares y personales de interés. A las tres semanas notaron un volumen abdominal excesivo, al propio tiempo que se apreciaba una hernia inguinal derecha con ausencia testicular del mismo lado. Con frecuencia crisis febriles acompañadas de vómitos, diagnosticados como de origen acetónémico. En la actualidad, enuresis nocturna.

A la exploración, flacidez marcadísima de la pared abdominal en toda la región correspondiente a los oblicuos, conservando buena tonicidad en los rectos ante-



Fig. 5. — El mismo enfermo de las figuras anteriores a los tres meses de la intervención practicada en el lado derecho.



Fig. 6. — El enfermo J. R. después de la segunda intervención.



Fig. 7. — El niño J. R. en el momento del esfuerzo.



Fig. 8. — El mismo enfermo en posición de perfil.

riores (figs. 3 y 4). No se aprecia hernia inguinal. Palmatura del pene con prepucio en capuchón, sin hipospadias. Se practicó una exploración uretral que resultó normal. En las radiografías practicadas, espina bífida a nivel de quinta lumbar. Por urografía descendente, riñón derecho poco apreciable; en riñón izquierdo, pelvis aplanada en su polo superior y los cálices medio e inferior ligeramente deformados.

Le fueron practicadas dos plastias abdominales, con tres meses de intervalo (15-XII-54 y 11-III-55), mediante injerto cutáneo siguiendo la técnica descrita (figuras 5, 6, 7 y 8). Durante la intervención, practicada en

hemiabdomen izquierdo, se extrajo un tronco nervioso, al parecer un segmento de nervio intercostal, que se dirigía a los músculos de la pared abdominal. Practicada una biopsia de este fragmento se apreció estar constituido por un tejido conjuntivo que englobaba un haz nervioso medianamente mielinizado.

#### BIBLIOGRAFIA

- ACQUAVIVA, D. y BONNET, O.—Presse Méd., 56, 892, 1948.  
 ARCHILA FAJARDO, J.—Tesis de doctorado, Universidad Nacional de la República de Colombia, Bogotá, 1948.  
 BLASI, D.—Pediatría, 35, 720, 1927.  
 BODIAN, M., STEPHENS, F. D. y WARD, B. C. H.—Lancet, 1, 6, 1949.  
 BRUTON, O. C.—J. Urol., 66, 607, 1951.  
 CAMPBELL, M.—Pediatric Urology, with a Section on Bright's Disease in Infancy and Childhood, New York, The Macmillan Company, 1937, vol. I, pág. 122.  
 CANNADAY, J. E.—Ann. Surg., 115, 775, 1952.  
 CANNADAY, J. E.—Arch. Surg., 52, 286, 1946.  
 CARRANZA, F. F.—Bol. y Trab. Acad. Argent. de Cir., 34, 561, 1950.  
 CARVER, J. H.—Brit. J. Surg., 36, 168, oct. 1948.  
 CHODOFF, R. J.—Ann. Surg., 129, 119, 1949.  
 DANTLO, R.—Presse Méd., 50, 680, 1946.  
 DANTLO, R.—Mem. Acad. Chir., 79, 215, 1950.  
 DAUT, R. V., AMMET, J. L. y KENNEDY, R. L. J.—Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 22, 1, 1947.  
 EAGLE, J. F. Jr. y BARRET, G. S.—Pediatrics, 6, 721, 1950.  
 GOÑI MORENO, I.—Prensa Méd. Argent., 38, 1, 1951.  
 GOÑI MORENO, I.—Conf. del Inst. Perf. Méd. Quirúrgico, 452, 1942 y el Día Médico, 1942.  
 GOÑI MORENO, I.—Acad. Argent. de Cir., 25, 1041, 1946.  
 GOSSET, J.—Mem. Acad. de Chir., 75, 277, 1949.  
 GREENE, L. F., EMMETT, J. L., CULP, S. O. y KENNEDY, R. L. J.—Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 27, 325, 1952.  
 GREENE, L. F., EMMETT, J. L., CULP, S. O. y KENNEDY, R. L. J.—J. Urol., 68, 217, 1952.  
 GREENE, L. y W. WOLLGAST, G. F.—Surgery, 25, 902, 1949.  
 HENLEY, W. L. e HYMAN, A.—Amer. J. Dis. Child., 86, 796, 1953.  
 HOFSTEIN, J.—Gynec. et Obst., 22, 23, 1930.  
 HOUSDEN, L. G.—Arch. Dis. Child., 9, 219, 1934.  
 HOWARD, P. J.—Am. J. Dis. Child., 60, 669, sept. 1940.  
 IRVIN, G. E. y KRAUS, J. E.—Arch. Path., 45, 752, jun. 1948.  
 LICHTENSTEIN, B. W.—Am. J. Dis. Child., 58, 339, 1939.  
 LOEWE, O.—Münch. Med. Wschr., 60, 1,320, 1913.  
 MAIR, G. B.—Brit. J. Surg., 34, 42, 1946.  
 MATHIEU, J. B., GOLDOWSKI, S., CHASET, N. y MATHIEU, P. L. Jr.—Jour. Pediat., 42, 92, 1953.  
 MENEGAUX, G.—Presse Méd., 39, 479, 1948.  
 MONCRIEFF, A.—Brit. J. Child. Dis., 28, 220, 1931.  
 OBRINSKY, W.—Amer. J. Dis. Child., 77, 362, 1949.  
 PATAU, V. F. y ZARALETA, D. E.—Bol. y Trab. Soc. Argent. Cir., 8, 204, 1947.  
 PEER, L. A. y PADDOCK, R.—Arch. Surg., 34, 268, 1937.  
 REHN, E.—Münch. Med. Wschr., 61, 118, 1914.  
 ROUSSELIN, L.—Lyon Chir., 38, 486, 1943.  
 RUDLER, M.—Mem. Acad. de Chir., 76, 431, 1950.  
 SALA-PATAU, E. y PLANAS-GUASCH, J.—An. Med., 39, 443, 1952.  
 SILVERMAN, F. N. y HUANG, N.—Amer. J. Dis. Child., 80, 91, 1950.  
 SWENSON, S. A.—Surgery, 32, 267, 881, 1950.  
 SWENSON, O.—Surgery, 32, 267, 1952.  
 SWENSON, O. y BILL, A. A.—Surgery, 24, 212, 1948.  
 SWENSON, O., MACMAHON, H. E., JAQUES, W. E. y CAMPBELL, J. S.—New England J. Med., 246, 41, 1952.  
 UHLEIN, A.—Arch. Surg., 38, 118, 1939.  
 URIBURU, J. V. y GARRIZ, R.—Prensa Méd. Argent., 35, 717, 1948.  
 VÁZQUEZ, M. J.—Prensa Méd. Argent., 336, 1,283, 1949.  
 VERGER, P., COUTEAU, Mlle. y PERRY.—Arch. Fran. de Ped., 10, 604, 1953.  
 ZARALETA, D. E. y URIBURU, J. V.—Prensa Méd. Argent., 35, 1,427, 1948.  
 ZARALETA, D. E. y URIBURU, J. V.—Surg. Gyn. Obst., 96, 157, 1950.