
A propósito de las relaciones de la colibacilosis con la apendicitis

En este trabajo me propongo estudiar clínica y bacteriológicamente las relaciones que existen entre la infección colibacilar y la apendicitis.

Dos enfermedades muy de moda, de las que se habla siempre y en todas partes, y sobre las que se han publicado numerosos trabajos. No es propiamente la apendicitis la que me induce a escribir este trabajo, pues no forma parte de mi campo de estudios ni es mi especialidad; deseo tan sólo insistir en su aspecto urológico, el que afecta a la colibacilosis urinaria.

Como urólogo, más de una vez me ha llamado la atención el excesivo número de apendicitis y; sobre todo, el estudio insuficiente de los casos operados, especialmente desde el punto de vista urinario.

Hay un punto de contacto entre la apendicitis y la colibacilosis urinaria: su etiología. En efecto, es inútil insistir en que los trastornos digestivos, bajo sus diferentes formas, figuran como factor causal en las dos enfermedades, siendo ello lo que hace fácil y posible la confusión.

Si profundizamos en la etiología de la apendicitis encontramos trastornos del aparato di-

gestivo, mecánicos anatómicos, inflamatorios, parasitarios y microbianos. De todos los microbios, el más frecuente es el colibacilo, que figura en la proporción de 87 por 100 de los casos. Lo que más nos interesa es saber si el colibacilosis, además de la apendicitis, puede producir también la colibacilosis urinaria. O, en otros términos, el coli localizándose en el apéndice es capaz de producir tan sólo una apendicitis que, operada o no, desaparecerá o curará al enfermo sin tocar el aparato urinario, o es posible que, fijada en el apéndice, pueda infectar el aparato urinario por vía sanguínea o linfática, y por ello, una vez extirpado el apéndice, la colibacilosis urinaria quedaría también curada radicalmente. ¿Equivale ello a decir que la operación de apendicitis está por sí sola justificada para curar la colibacilosis urinaria? Ya veremos, en el curso de este trabajo, qué opinión debemos formarnos.

Desde hace algún tiempo veo, como urólogo, un gran número de enfermos afectos al síndrome entero-reno-vesical, y entre ellos muchos operados de apendicitis. Interrogando atentamente a estos enfermos he podido compro-

bar que un gran número ni siquiera han sido examinados, **desde** el punto de vista urinario, y que otros, a pesar de: haber llamado la atención del **cirujano** sobre sus trastornos urinarios, al aconsejarles éste la intervención, les auguraba la curación con la sola extirpación del apéndice..

No deseo insistir sobre los errores de diagnóstico, porque la confusión entre la apendicitis y las 'afecciones renoureterales del lado derecho es frecuente y suficientemente conocida. Casos difíciles los habrá siempre, y el diagnóstico diferencial de la apendicitis no figura en el programa de este trabajo. Deseo tan sólo llamar la atención de los médicos y de los cirujanos sobre la importancia de estos casos y recordarles que el examen completo del aparato urinario podría modificar muchos diagnósticos e impedir fueran operados de apendicitis muchos enfermos que nunca la han padecido.

Si la etiología de estas dos afecciones parece ser común—el aparato digestivo—, no es me-

nos cierto que cada una de ellas parece tener algo de especial en su etiología.

En efecto, para que se produzca una apendicitis no basta que el agente microbiano, coli u otro, se localice en el apéndice; son, además, precisos muchos otros factores patológicas, mecánicas o infecciosas. Lo propio podemos decir para la colibacilosis urinaria: el coli no pasa a la sangre y de ella al aparato urinario, sino gracias a condiciones especiales de estasis y de trastornos mecánicos. Pero no porque el mismo agente, el coli, se encuentre en ambas afecciones ¡se deduce que la colibacilosis urinaria pueda producir una apendicitis y que, inversamente, una apendicitis colibacilar pueda producir una colibacilosis urinaria y se convierta de esta manera en una causa de colibacilosis en lugar de ser el efecto.

Hojeando el interesante tomo sobre, la apendicitis, publicado por el profesor *Gerota* en 1929, encontramos en el capítulo de la etiología y de la patogenia que el coli, aun siendo uno de los fac-

tores más frecuentes de la apendicitis, no por ello se encuentra siempre solo, sino casi siempre asociado a otros microbios, y para que se produzca la apendicitis es necesario también una solución de continuidad en las paredes del apéndice, o una propagación directa del intestino y con mucha menor frecuencia por vía sanguínea.

Sólo me detendré en el factor colibacilar; del trabajo muy documentado de *Weinberg, Prébot, Davesnes* y *Claudio Renard* (Anales del Institut Pasteur, 1929, II, pág. 1167), se deduce que el coli se encuentra en 85 por 100 de los casos, y el perfrings en 30 por 100, y que cuando la etiología es poli microbiana, el coli es el predominante, lo cual ha sugerido a *Foucault, de Poitiers*, la idea de aplicar el suero anticolibacilar de *Vincent* en las apendicitis agudas y subagudas y hasta gangrenosas, con buenos resultados.

Una cosa no obstante, se desprende del trabajo de *Gerota*, y es que las afecciones intersticiales agudas y crónicas son la causa más frecuente de la apendicitis. En mi comunicación al Congreso Internacional de Urología celebrado en Madrid en 1930 estudiaba las relaciones de la apendicitis con la colibacilosis, y decía: ¿cómo puede sostenerse la curación de las colibacilosis urinarias con la simple apendicectomía?

La contestación no es fácil, a menos de admitir que el coli, una vez pasado del intestino al apén-

dice, adquiere una virulencia y una patogenia especiales para poder desde allí intoxicar, no solamente todo el organismo en los casos graves con gangrena o perforación, sino también producir una septicemia que se localizaría en el aparato urinario. Ello es pasible teóricamente, pudiendo a veces realizarse en la práctica, pero creo que en la mayoría de casos, la colibacilosis apendicular es secundaria a la del intestino. Una prueba clínica que decimos es la frecuencia mucho mayor de las colibacilosis, que con la simple operación de la apendicitis habría curado también la colobacilosis. Fácil es comprender que, extirpando el apéndice, el organismo queda libre de un foco tóxico e infeccioso, y que por vía refleja, algunos trastornos gastrointestinales desaparecen, pero nos es muy difícil admitir que esta operación pueda librar al organismo de una toxinefección tan profunda y tenaz como la colibacilosis urinaria. Hay aquí un punto de clínica muy curioso que hace muy especial la apendicitis. Es que es ya del dominio público, se habla de ella en todas partes, y de un modo especial los casos de terminación fatal, o de aspecto dramático, han contribuido a alarmar a los enfermos y forzar a veces la mano del cirujano. Y como que las crisis de colibacilosis urinaria son a veces muy aparatosas y revisten el carácter clínico de la apendicitis aguda, es, necesario que el clínico esté dotado de gran valor y, sobre

todo, autoridad para poder contener el ímpetu de los familiares del enfermo. Esta precipitación en la decisión operatoria, común a los médicos y a los cirujanos, sobre todo intervencionistas, hace que el examen completo del enfermo deje que desear y la investigación clínica y biológica del laboratorio quede en segundo término. En este grupo de enfermos figura la gran falange de los operados de apendicitis que continúan sufriendo, después de la operación, tanto o más que, antes. Si los enfermos operados en estado agudo pueden consolarse aún algo y esperar la mejoría y la desaparición de sus trastornos, muchos otros, después de haber llevado una existencia lamentable, con trastornos digestivos, dolores íleo-cecales de forma apendicular y con crisis intensas de forma septicémica y que, decididos por fin a sacrificar su apéndice — *causa malorum* —, ven reaparecer después sus sufrimientos con todo su cortejo a reces dramático. Entonces es cuando los cirujanos los mandan al urólogo para que les trate su afección urinaria, y se encuentra una acodadura del uréter, una pequeña hidronefrosis, un riñón movable o a veces una efeción renal. No son raros los casos en que se encuentra una localización próstatovesicular o algún cuerpo extraño vesical o renal

Los doctores *Gauthier* y *Clavel* han publicado en el *Journal d'Urologie*, 1930, t. XXX, No. 4, un trabajo interesante sobre los

tras-tornos gastrointestinales que acompañan algunas hidronefrosis, citando algunos casos en que el cuadro sintomático se confundía con la apendicitis, y, en efecto, varios enfermos han sido hasta operados inútilmente, encontrándose luego la hidronefrosis, confirmada por el examen clínico y, sobre todo, pielográfico.

Los casos de *Gauthier* y *Clavel* merecen ser recordados, pues vienen a aumentar el número de apendicitis operadas indebidamente. No hablo ya del grito de alarma lanzado por el malogrado profesor *Dieulafoy*, de los mutilados de Plombières, de los operados de una apendicitis que no han tenido. Se les consuela diciéndoles que el riesgo de la operación no es muy grande y que, por lo menos, tendrán la ventaja de no padecer de nuevo de apendicitis.

La cirugía, esta gran señora del arte médico, pierde algo 'de su brillo, y junto a la crítica severa que se le han hecho se añade también la ironía del gran público, alentado en parte por los médicos, contra los operadores intransigentes. Para colocar las cosas en su justo terreno me he propuesto insistir en la asociación de la apendicitis con la colibacilosis urinaria y procurar sacar de la experiencia de los hechos las enseñanzas necesarias. Los apedicológicos nada nos reprocharán, porque nada perderán, muy al contrario, si una parte de las apendicitis no van a parar a sus manos, tendrán, en cambio, la gran satisfacción de

poder contar con verdaderas resurrecciones y curaciones definitivas que les pagarán con creces las pocas pérdidas que hayan podido tener. Muchos son los enfermos que me han dicho que antes de ser operados de apendicitis habían llamado la atención del cirujano sobre sus trastornos urinarios, pero que éste no les hacía caso, y al proponerles la operación les daba toda suerte de seguridades diciendo que el resto de los trastornos sería tratado después por el urólogo, cuyo papel consideraban poco importante. De lo equivocado que van no tenemos necesidad de insistir de nuevo y la pléyade de enfermos que acude al gabinete del urólogo se encarga de desmentirlos.

Los ginecólogos y los pediatras no son *más* afortunados, porque también son consultados por un gran número de pacientes que al salir de las clínicas o de las salas de cirugía vienen a engrosar el número de los descorazonados y de los descontentos. No se me ha presentado ocasión de hacer una encuesta rigurosa acerca de los urólogos y de los ginecólogos

para poder presentar una estadística numérica, pero ya desde ahora puedo afirmar que su número debe ser bastante elevado, a juzgar por los que veo en mi gabinete. Lo que acaba de colmar la desgracia de estos enfermos es que, generalmente después de la operación de apendicitis, los enfermos creen poder acabar con el régimen, y su sorpresa va en aumento cuando se ven expuestos a recaídas, a exacerbaciones y a veces «a estados graves en cuanto vuelven al régimen normal alimenticio. Estudiando las cosas de más cerca y después de verificada una encuesta, vemos que el apéndice ha sido encontrado muy poco lesionado o hasta sano en la operación, y el análisis minucioso histológico y bacteriológico de ¡la orina revela la existencia del col! en los cultivos. Estos enfermos son, o simplemente bacilúricos y por ello sujetos a vigilancia médica, o bien afectados del síndrome entero-reno-vesical o genital. Aun cuando la orina sea completamente transparente a simple vista, hay que practicar el examen bacteriológico de la misma,

siendo numerosos los casos en los que *su* encuentra *en ella* el coli en abundancia. Se presta hoy demasiada confianza en los pretendidos signos, patognomónicos de la apendicitis (ictericia subconjuntival, leucocitosis, eosinofilia, puntos dolorosos, trastornos digestivos) para equivocar el diagnóstico y dirigirlo hacia la apendicitis, y a poco que el cirujano sea algo intervencionista, poco costará convencer al enfermo y operarlo. Verdad es que para el enfermo y sus deudos se encuentra siempre alguna pequeña lesión macroscópica o hasta microscópica, un coprolito, una pequeña cantidad de excrementos o hasta parásitos para justificar la intervención; pero para nosotros, médicos, cuyo espíritu crítico se niega a veces a aceptar semejantes sugerencias, estos casos no deberían ser operados, o por lo menos deberían haber sido mejor examinados y tratadas. Esta es, creo yo, la razón por la que algunos cirujanos presentan estadísticas de operaciones de apendicitis, en número verdaderamente fantástico, habida cuenta del medio en que operan y del número bastante elevado de cirujanos que practican hoy esta operación.

Me ha ocurrido repetidas veces ver jóvenes solteras o casadas sufrir de su riñón derecho, además de tener trastornos digestivos y urinarios en forma de cólicos, o sea, tener una hidronefrosis; pues bien, ha bastado que el punto de Mac Burney fuera doloroso para que se diagnos-

ticara **apendicitis**, dirigiendo a la enferma a aceptar la extirpación del apéndice y no la intervención sobre el riñón, que la habría más fácilmente y con mayor seguridad curado. Y si aun los cirujanos se prestaran a seguir el buen consejo de -los que en el extranjero practican en estos casos y en la misma sesión la nefropesía u otra operación plástica sobre el riñón y 'la extirpación del apéndice:!

No aceptan esta manera de proceder y cometen, además, el error de prometer a los enfermos la curación de sus trastornos después de la operación. Van muy equivocados, porque los enfermos no mejoran y continúan llevando una existencia que les hace sufrir, poniéndolos neurasténicos, hasta el punto que la intervención urológica no puede ya devolverles la salud. Es por haber visto casos así que me permito insistir, aun a riesgo de ir en contra de la opinión de algunos cirujanos. Se me objetará que aun haciendo el diagnóstico de colibacilosis urinaria y tratarla, ¿qué conducta debemos seguir en presencia de las crisis que, según todas las apariencias, se parecen a la apendicitis? ¿Debemos persistir en el tratamiento de la colibacilosis y esperar curar de esta manera la apendicitis? O bien, ¿debemos prescindir de la colibacilosis y atacar la apendicitis, que por tantos medios es capaz de amenazar la existencia si no se interviene a tiempo? La respuesta no *es* muy fácil: pero un clínico prudente sabrá casi

Siempre salir del paso y, sobre todo, sabrá esperar « intervenir en el momento oportuno. A veces, cuando las dos afecciones parecen coexistir y el cuadro clínico se hace grave, en la duda verdaderamente angustiada, ¿debemos decidirnos a extirpar el apéndice, sin perjuicio de reprocharnos luego de haber extirpado un apéndice sano, antes que incurrir en el más grave de haber dejado en el vientre un apéndice enfermo, o bien deberemos tratar tan sólo la colibacilosis urinaria? Es una cuestión de tacto, y debo afirmar que no siempre debe operarse. Nosotros, que vemos un gran número de colibacilosis urinarias evolucionar aparatosa y hasta dramáticamente, debemos confesar que situaciones, como las que se imponen operar con urgencia la apendicitis no son muy frecuentes.

La cuestión de la indicación de la operación de la apendicitis aguda aislada es ya por sí misma bastante controvertida

para que no esperemos ver fijar una opinión precisa en los casos de colibacilosis urinaria con apendicitis.

En todos los tratados sobre la apenaicitis y en el del profesor *Gerota* se habla de las diversas operaciones complementarias, tales como la picadura del ciego, la ceco o colopexia, que son la causa de los trastornos digestivos e indirectamente de la apenaicitis, y se olvida que son precisamente estos diferentes trastornos mecánicos que son ya su vez causa de 4a colibacilosis urinaria por la estasis y la fermentación con infección que producen.

En algunos países, cirujanos y urólogos han aconsejado y practicado estas operaciones, habiendo llegado hasta recomendar la resección del colon para curar colibacilosis 'rebeldes.

Pero estos casos no son de observación diaria, y hay que confesar que, para la apendicitis, esta intersección alarga mucho la

operación, haciéndola, por consiguiente, más grave, y por lo que se refiere a la colibacilosis, estos casos tan excepcionales. Equivale ello a decir que 'debemos examinar atentamente nuestros enfermos y no olvidar nunca que los trastornos digestivos con sus diferentes aspectos son la causa de muchas enfermedades. Este examen debe-, además, ser completo, aun durante la operación, para poder darnos cuenta de las diferentes ptosis; es una razón más en favor de las incisiones cutáneas algo más largas, reservando las pequeñas, las estéticas, para los casos en que no hay ptosis.

Otro punto de contacto entre la colibacilosis y la apenaicitis es las nefritis 'albuminúricas o azoémicas, que pueden ser de naturaleza colibacilar e ir acompañadas a veces de apenaicitis. Verdad es que da apendicitis, por las toxinas que elabora, es capaz por sí sola de producir estos trastornos renales, conforme han indicado 'muchos autores, entre otros *Widal, Heitz-Boyer, Nové Jasserrand, Seeilig, Castaigne y RATHERY. Peonaru Clapescu.* ha visto albuminuria o hematurias en el curso de "la apenaicitis que han curado después de la operación. Pero lo que es mucho más frecuente son las determinaciones renales en la colibacilosis, traducidas en forma de nefritis clorúrica o azoémica, más o menos graves. En el servicio del profesor *Téoharí*, un discípulo suyo, el doctor *Pandulesco Mircea*, ha publicado una tesis sobre la ne-

fritis colibacilares médicas, de las que las 'más frecuentes serían las formas hematóricas con albuminuria. Es muy difícil precisar si estas afecciones renales son producidas por las toxinas de la apendicitis, producidas por los microbios cuya virulencia estaría exaltada, y entre las cuales predomina sin duda alguna, el coli, o bien son debidas tan sólo al coli como ocurre en las colibacilosis-uritarias.

Sea lo que fuere, hay un hecho cierto, y es que como causa de estas complicaciones renales figuran muchas veces el coli del intestino.

A primera vista, la cosa parece muy sencilla, pero si reflexionamos que un gran número de enfermos intestinales están afectados de una ligera suficiencia renal, que puede permanecer latente, hasta el momento en que aparece una exaltación de virulencia de los microbios, ya en el apéndice, y entonces tenemos el cuadro clínico de la apenaicitis aguda, sub-aguda o crónica o bien del intestino pasan al torrente circulatorio y se localizan en el aparato urinario.

En el primer caso, los trastornos renales pueden aumentar con motivo de la apendicitis y cambiar el cuadro sintomático. La intervención operatoria presenta entonces algunos peligros, a igual que todas las operaciones en individuos con riñones alterados lo cual debemos tenerlo presente, aun cuando algunos autores han citado casos de apendicitis con albuminaria y ligera invasión del

riñón, a veces hasta con pequeñas hematurias y se han curado después de la operación. Los casos son ya bastante numerosos, pero la mayoría no son bien estudiados y la patogenia es incierta, no haciéndose siempre mención del examen bacteriológico de la orina y del examen funcional de los riñones.

Caplescu ha citado últimamente algunos casos a la Sociedad Rumana de Cirugía que han curado después de la intervención; en algunos de ellos, la hematuria preséntase después de la operación, desapareciendo al cabo de algunos días. Ya insisteremos sobre esos casos al hablar de la hematuria en la apendicitis y la colibacilosis.

No entraré en el detallé de las observaciones de apendicitis con lesiones renales médicas, y quirúrgicas y debidas a la situación anormal del apéndice, como los flegmones lumbares posteriores, los flegmones perinefríticos, con o sin fijación anormal del riñón, ni de las hidronefrosis, producidas por adherencias del apéndice al uréter y su compresión durante la formación del flegmón. Son casos bien conocidos que todos los cirujanos y urólogos han tenido ocasión, de observar. Más difíciles de conocer es cuántas las lesiones mecánicas del riñón y del uréter previamente existentes, predisponiendo de esta manera a la colibacilosis urinaria, en los intestinales, se manifiestan aparatosamente, pudiendo acompañarse o no de apendicitis. En estos casos, un examen clíni-

co minucioso; con cultivo de la orina, pondrá de manifiesto al coli y simplificará en cierto modo la conducta del médico. No nos apresuraremos entonces a extirpar el apéndice, por ser *su* lesión casi siempre secundaria y atacaremos más bien el aparato urinario.

En estos casos, la radiografía nos proporciona 4 datos preciosos, sobre todo fe radiografía por inyección intravenosa, mucho más precisa que los casos simples de apenaicitis, en los que sus resultados son inciertos. He visto en mi práctica varios de estos casos en los que se ha extirpado el apéndice con o sin lesiones evidentes y en los que los enfermos han continuado sufriendo y hasta su estado se ha agravado por las adherencias que se han formado con motivo de la intervención. Tan sólo en los casos excepcionales en los que la radiografía nos permite ver apéndices muy largos y retrocecales, con adherencias al uréter o al riñón, que son motivo de trastornos que parecen sean debidos a los dos órganos apéndice y riñón, que podemos decidirnos a extirpar primeramente el apéndice para hacer desaparecer la compresión. Debo confesar que algunos de estos casos son a veces muy difíciles y enojosos, poniéndonos muchas veces en un aprieto sobre la conducta que debemos seguir. ¿Debemos comenzar por el apéndice o por el riñón? O bien, ¿precisa antes hacer un tratamiento biológico e instrumental antes de proceder

a practicar una operación cualquiera? Una cosa parece cierta y dictada: por la lógica de los hechos y por la experiencia clínica, y es no precipitarse en operar cuando el examen bacteriológico de la orina revela la presencia del coli; casi siempre podremos esperar, para tener la satisfacción de mejor estriar el enfermo y hacerle beneficiar de todas las investigaciones biológicas y funcionales. Para acabar con el estudio de la apenaicitis y de la colibacilosis, me ocuparé algo más extensamente de la hematuria, que es común a ambas afecciones.

En efecto, en todos los tratados que se ocupan de la apenaicitis se habla de un hematoma como complicación pre o postoperatoria. Ocioso sería citar todos los trabajos y comunicaciones, porque su número es enorme. En la tesis del doctor Pablo Flandrin (1923) figura una bibliografía muy documentada sobre las complicaciones y las escuelas de la apenaicitis crónica. La encontramos tanto en los casos benignos como en los graves con fenómenos septicémicos. El mecanismo productor sería, ya

la propagación de la infección y de la intoxicación por vía vascular hasta el riñón donde produce fenómenos congestivos e inflamatorios, ya en virtud de fenómenos de compresión, de estasis y también de congestión hasta llegar a la hematuria. Por regla general, esta hematuria no es abundante ni duradera y cura con la operación.

El doctor Poenaru Caplescu ha presentado algunos casos a la Sociedad Rumana de Cirugía.

Se ha llegado a comparar el apéndice con la amígdala faríngea denominándola amígdala abdominal, y de la misma manera que la inflamación de las amígdalas es capaz de producir nefritis con hematuria, así también la inflamación del apéndice podría producir hematurias.

La comparación es sugestiva, porque las hematurias de origen amigdalino curan después de la amigdalectomía, al igual que las de origen apendicular después de extirpado el apéndice. Pero hay que saber observar y no dejarse llevar por algunos signos probables de apendicitis y buscar las enfermedades renoure-

trales capaces de producir la hematuria.

Stutzin, en un trabajo sobre la hematuria y la apendicitis, insiste en las dificultades del diagnóstico y dice que en los casos difíciles es preferible extirpar el apéndice que el riñón; asimismo, Rochet y Thévenot, en 1925, en una comunicación a la Sociedad Francesa de Urología, hablan también de las hematurias en la apendicitis y estudian *el mecanismo* de su producción. El cuadro clínico *'es* impresionante, y más de un enfermo, en lugar de ser operado de apendicitis, ha sido operado de un proceso renal que no tenía.

De importancia ¡muy diferente son las hematurias que se presentan en el curso de la colibacilosis y que, por su sintomatología y la dificultad de atribuir las a su verdadera causa, son muchas atribuidas a la apendicitis y tratadas en consecuencia. Esta cuestión tiene un gran interés para los urólogos, y será más tarde objeto de un estudio especial; creo, no obstante, interesante decir algunas palabras, acerca de la *¿relaciones que puede tener con las afecciones y de " las discusiones que suscita a menudo en la práctica.*

La hematuria acompaña muchas veces los trastornos intestinales en enfermos que presentan el *síndrome enterorrenal* con coli en la orina, y todos dos autores que se han ocupado de la colibacilosis citan algunos casos clínicos. De ellos he observado

que serán objeto otro día de una comunicación. Por lo que se refiere a las 'relaciones de la apendicitis con la colibacilosis, de las que nos ocupa/mos en este trabajo, el conocimiento de este síndrome tiene un gran interés; frecuentes son los casos en que coincide, con la colibacilosis, y a poco que el enfermo presente algunos " signos de apendicitis, estaremos tentados de extirpar el apéndice un lugar de tratar la verdadera causa, la colibacilosis. Y es porque la hematuria en la colibacilosis urinaria es poco conocida que creo interesante hablar de ello aquí. La brusquedad de su aparición, los fenómenos generales que la acompañan a veces, hacen que se precise poco en ella y, sobre todo, que se olvide hacer practicar el examen bacteriológico de la orina, que en la inmensa mayoría de los casos nos da la explicación. Estos casos deberían ser publicados *in extenso* para que fueran conocidos de los prácticos.

El doctor Alberto Pierrot ha publicado, en el *Strasbourg Medical del 5 de agosto* de 1927 un trabajo notable del servicio de nuestro amigo el profesor Andrés Breckel, titulado "Hematurias y trastornos intestinales", y algunas comunicaciones a la Asociación Francesa de Urología. En el trabajo de *Pierrot figuran doce* observaciones de Boeckel, una de Lévy Dreyfus, una de Heitz Boyer, una autoobservación de Bouvier, 1924, y una observación de Michon, presentada a la Sociedad de Urología en 1923.

No voy a describir los detalles etiológicos y patogénicos de esta hematuria, pero puedo afirmar que si a veces es abundante y duradera, casi siempre es de mediana intensidad y sólo dura pocos días. Su aparición coincide con la exacerbación de los trastornos digestivos y la aparición de los trastornos renovesicales. Hay casos, no obstante, en que es monosintomática, y son entonces los antecedentes del enfermo y de un modo especial el examen bacteriológico los que dilucidan el diagnóstico. Cual ocurre también en varios casos de colibacilosis, para hacer el diagnóstico hay que pensar en él. Como hecho curioso se han citado, y yo también he visto, casos en que la hematuria ha repetido algunos años después de la operación de apendicitis, siendo así que los trastornos intestinales y los dolores íleo-cecales no podían ya hacer pensar en la apendicitis, y tan sólo los exámenes repetidos de la orina son los que han permitido hacer el diagnóstico. Con este motivo me permito insistir una vez más en la repetición de los análisis, porque el paso del coli se verifica por descargas irregulares que deben ser tenidas en cuenta en la práctica. Una cosa análoga ocurre con la investigación del coli en la sangre, según los estudios del profesor Legueu y Fisch durante la etapa sanguínea de la colibacilosis.

Del estudio comparativo de estas atenciones creo pueden deducirse las conclusiones siguientes: sin perjuicio de ocuparnos des-

pués de las causas de la colibaciluria.

Pero si existen lesiones reno-ureterales, o hasta por parte del intestino, excepto en caso de ceptomía sin reserva alguna, si clínicamente los signos de apendicitis, es necesario practicar siempre el examen minucioso del aparato urinario y no olvidar nunca practicar el examen bacteriológico de la orina.

Si no se encuentra colibacilos, y si el aparato urinaria no presenta ninguna alteración, podemos decidirnos a extirpar el apéndice, tanto si se trata de una, apendicitis aguda, subaguda o crónica.

Si en la orina se encuentran colibacilos, prestaremos más atención aún y procuraremos indagar si se trata de una simple baciluria o si existen lesiones en el aparato reno-urétero-vesical.

En caso de baciluria simple, podremos practicar la apendicectomía con verdadera urgencia, hay que esperar y ocuparnos seriamente de estas alteraciones colibecilares tratándose biológica o hasta quirúrgicamente, porque es posible que la apendicitis retroceda.

En los casos con hematuria, nuestra atención debe ser mayor aún y deberemos pensar siempre en la colibacilosis antes de atribuir las exclusivamente a la apendicitis.

Loa cirujanos y los urólogos deben colaborar, y de esta colaboración dependera el porvenir del enfermo y la reputación de los médicos.