

APENDICITIS Y SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA ANTE LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA

DE GUATEMALA

POR

VIRGILIO CORNEJO

Ex-interno del Hospital General

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO

AGOSTO DE 1905

GUATEMALA
AMÉRICA CENTRAL

TIPOGRAFÍA SÁNCHEZ & DE GUISE

OCTAVA AVENIDA SUR, NÚMERO 24. CASA ESTABLECIDA EN 1899.

APENDICITIS Y SU TRATAMIENTO

Embriología y Anatomía.

En el embrión el intestino es un largo tubo rectilíneo fijado á la parte posterior ó raquidiana por un pedículo vascular que más tarde será el mesenterio; por su parte media se encurva en forma de asa, llamada asa vitelina, que comunica con la parte anterior y media del abdomen por un orificio que se estrecha más tarde formando la cicatriz umbilical; en la convexidad de esta asa se implanta un conducto, — canal onfalomesentérico — por el cual se abre hacia afuera poniéndola en comunicación con la vesícula umbilical ó saco vitelino que constituye á una cierta época casi toda la parte extraembrionaria del huevo.

Tanto esta vesícula como el canal onfalomesentérico se atrofian de la cuarta á la sexta semana de la vida intrauterina y sus vasos se transforman en una arteria y una vena mesentérica que persisten.

Del asa primitiva del intestino y un poco por debajo del punto en donde estaba unido al canal onfalomesentérico, es de donde empieza á diferenciarse el intestino delgado del grueso, especialmente del ciego.

En cierta época el intestino que desde el principio de la vida embrionaria está unido á la columna vertebral por un meso y por otra parte á la pared abdominal anterior, poco á poco hace su emigración en el interior del abdómen y toma la posición que ha de tener definitivamente: por lo general esta primera parte del colon, el ciego, se dirige hacia el flanco derecho; hay casos muy raros en que lo hace hacia la izquierda, pero esto se observa muy pocas veces y coincide generalmente con otras transposiciones viscerales.

Cuando llega á la fosa ilíaca el ciego aún no tiene la forma que ha de tener más tarde; está formado por un fondo de saco muy profundo, tanto en los animales como en el hombre y en éste especialmente: muy pronto este órgano se vuelve inútil y tiende á atrofiarse en gran parte de su longitud, transformándose en un pequeño canal estrecho poco desarrollado, conservando en gran parte la estructura del cecum á que está unido.

Tal es el origen de este organito vermiforme que se encuentra cuando se desarrolla normalmente rodeado por el peritoneo como todo el fondo del ciego del cual no es más que su prolongamiento.

El apéndice cecal es un pequeño órgano cilíndrico que va adelgazándose hacia la punta afectando la forma de una lombriz é implantado en la cara postero-interna del cecum, á dos centímetros por debajo de la válvula ileocecal; mide de ocho á doce centímetros de largo y ahuecado en toda su longitud por un estrecho canal de tres á cuatro milímetros de luz que se abre hacia el ciego y provisto de una válvula que algunas veces es muy desarrollada, la válvula de Gerlach, formada por dos repliegues de la mucosa que tapiza el ciego.

Es mantenido fijo en la fosa ilíaca derecha por una hoja del peritoneo que lo envuelve enteramente como el cecum, disposición muy importante para el estudio de la peritífritis. Estos datos anatómicos fueron confirmados por Tuffier en 1887, punto sobre el cual no se tenía conocimientos exactos, quedando desde entonces confirmado que estos órganos no están directamente en relación con el tejido celular de la fosa ilíaca.

La dirección del apéndice es muy variable y por consiguiente los abscesos consecutivos á las supuraciones de este órgano, no están situados constantemente en el mismo sitio y pueden abrirse por diferentes vías, así en el tipo descendente se dirige hacia abajo cruzando el músculo psoas hasta la pequeña pelvis: las colecciones formadas en este sitio tienden á abrirse por el recto, la vegiga ó la vagina; al pasar por sobre el músculo psoas se pone algunas veces en contacto con las ramas colaterales del plexo lumbar é irritándolas da origen á otros síntomas diferentes á los constantes que hacen el diagnóstico más complicado.

En el tipo ascendente el apéndice se dirige por la cara posterior del colon y viene á producir por esta disposición los abscesos retrocecales. En las otras dos direcciones, lateral interna y lateral externa, se inclina hacia uno ú otro lado del cecum. La forma que afecta en cada una de estas direcciones es caprichosa, unas veces rectilínea, otras más ó menos retorcida sobre su eje en forma de tirabuzón ó ligeramente acodado.

Su estructura es la misma que la del resto del órgano á que está unido; exteriormente el peritoneo lo envuelve completamente y adosando sus dos hojas por debajo le forma un meso-apéndice que no lo fija más que por su base al cecum; en seguida una túnica muscular compuesta de fibras longitudinales y circulares en dos capas concéntricas que van disminuyendo progresivamente hacia la punta; después una túnica de tejido celular submucosa compuesta de tejido conectivo y fibras elásticas; y por último la mucosa que tapiza su cara interna que es continuación de la del cecum de la cual conserva todos sus elementos, compuesta de epitelio cilíndrico y cuya basal la constituye un tejido linfoide muy desarrollado, y de aquí viene para algunos autores la semejanza con el aparato linfoide de las amígdalas: se encuentran además folículos cerrados y glándulas de Lieberkühn, siendo más numerosas hacia la base.

Fisiología.

Nada por el momento se puede decir acerca de la función particular que pueda tener este órgano: indudablemente debe tener algún papel que desempeñar en el inmenso laboratorio del organismo y esto se deduce de su constante presencia y de su estructura tan complicada como la de cualquiera otro órgano de la economía. Al estudiar su anatomía hemos visto cómo está provisto de glándulas en tubo que prueban una secreción por su canal escretor hacia el cecum; que también está provisto de dos capas de fibras musculares de diferente dirección y por consiguiente tiene movimiento; de un estroma submucoso rico en tejido adenoideo semejante á otros órganos en los cuales este tejido predomina como las amígdalas á las cuales algunos autores la aproximan; pero de todas estas funciones aisladas nada por de pronto se puede deducir, y emitir una hipótesis sería aventurado.

Historia.

De algunos años á esta parte la apendicitis ha venido desarrollándose de un modo notable; entre nosotros á la manera de epidemia, los casos de esta enfermedad se multiplican cada día. ¿Cómo explicar esta frecuencia? Se debe por una parte á errores de diagnóstico que antes se cometían atribuyendo á otras enfermedades los síntomas de ésta, que, aunque clásicos, entonces no era posible diferenciarlos; se confundían con las afecciones del cecum, las tiflitis, que las antiguas teorías atribuían á la acumulación en este órgano de materias fecales cuya permanencia producía por irritación y compresión la inflamación y la necrosis de sus paredes, y por propagación á la periferia y al tejido celular que lo rodea producir las peritiflitis y por otra parte, la falta de conocimientos anatómicos exactos, también era una de las causas que conducían al error. ¿Cómo explicar que la anatomía patológica no haya revelado desde más antes que el origen de todos estos accidentes era el apéndice? No faltaban autopsias en las cuales este órgano se hallara rodeado por una colección purulenta y él mismo gangrenado y perforado: varias observaciones había sobre este asunto, pero estas lesiones las atribuían á la penetración de materias fecales en su canal.

Apesar de estas observaciones tenidas por su autor como bastante frecuentes, la idea de la tiflitis era la sola reinante: ya parecía que esta cuestión iba á tomar otro giro, que estos descubrimientos hubieran llamado la atención á los otros autores se habrían dado ya los primeros pasos en pró de la verdad; pero no fué así, no es posi-

ble salir sencillamente de un conomiento rutinario, se retrocede para caer en el mismo error y la famosa tiflitis sigue reinando en soberanía hasta el año de 1888.

Estas tiflitis estercorales, tal como la comprendían los antiguos, no existen: á lo único que se deben estos accidentes hasta hace muy poco perfectamente conocidos, es á la apendicitis exclusivamente. Por esto, no quedan borradas por completo del cuadro nosológico todas las tiflitis; hay sin duda un conjunto de lesiones del cecum, como ulceraciones más ó menos extensas, pérdidas de sustancia que pueden llegar hasta la perforación de este órgano, procesos gangrenosos seguidos de esfacelo de gran parte de sus paredes, pero todas estas lesiones corresponden á otras enfermedades como á la tuberculosis local de este órgano, á la fiebre tifoidea por su asiento sobre las placas de Peyer, cuyo proceso es el que más frecuentemente llega á la perforación y otras clases de infecciones que existen aquí como existen las enteritis y las colitis que no tienen por que excluir al ciego dejándolo en medio.

En tanto que esta enfermedad estaba bajo la tutela de la medicina, se venía saliendo de todos estos conocimientos erróneos muy poco á poco; pero en cuanto la cirugía la tomó á su cargo, todo ha cambiado de aspecto, una nueva era se inició; de los estrechos conocimientos en que antes estaba, se ha salido por fin á un campo extensísimo, á un horizonte al cual aún no se le ve el fin: en la actualidad este asunto es el objeto de largas é interminables discusiones.

Bacteriología y Anatomía Patológica.

Entre los numerosos microorganismos que pululan en el tubo digestivo en el estado normal, algunos son inofensivos y aún contribuyen con su presencia á la importante función digestiva, otros por el contrario son patógenos, entre ellos, el colibacilo que ocupa un lugar preponderante en la flora de los microbios intestinales; está muy esparcido en la naturaleza y domina casi toda la patología intestinal; estudiado por Escherich, presenta los caracteres morfológicos siguientes: pequeños bastones poco movibles, posee de cuatro á seis pestañas, diferenciándose del bacilo de Eberth en que es más movable, más espeso, más corto y posee de diez á quince filamentos, ninguno de ellos se colorea por el método de Gran: por diversos procedimientos de coloración y métodos de cultivo se llega á establecer su diferencia.

Experimentalmente la virulencia de este bacilo es fácilmente exaltada por el método de los pasajes sobre pequeños animales, pudiendo adquirir una toxicidad extrema; lo mismo se observa en el hombre en ciertas circunstancias todavía en hipótesis, este micro-

organismo se vuelve patógeno determinando en todo el organismo trastornos debidos sea al bacilo mismo ó á su toxina y en grados diversos según la virulencia que adquiera influyendo en esto la naturaleza del terreno sobre el cual se desarrolla.

Hay un conjunto de síntomas de naturaleza nerviosa que puede revestir todos los grados de gravedad posibles y cuyo origen es únicamente atribuible á la acción de la toxina apendicular sobre el sistema nervioso.

Yo mismo he tenido ocasión de observar un caso de estos en el cual, apesar de haberse suprimido el foco de origen, se ve aparecer de súbito este cuadro sintomático. Se trata de un joven que había sido operado un día como á las seis de la tarde; la temperatura había bajado poco después de la intervención y su semblante era tranquilo, pero dos horas más tarde sube de momento otra vez la temperatura á 39° y $\frac{1}{2}$ declarándose al mismo tiempo síntomas alarmantes: el enfermo que hasta entonces había conservado en toda su lucidez sus ideas, comenzó á estar inquieto, agitado, haciendo movimientos desordenados sobre la cama, apesar del dolor y de la contracción de la pierna del lado operado, era preciso sujetarlo; con un movimiento oscilatorio de la cabeza, con la facies muy descompuesta y la mirada fija, estaba delirante; este acceso le pasó dos horas después lográndose que se calmara sin ningún medicamento.

Esta acción de la toxina apendicular sobre el sistema nervioso y las meninges simulando una meningitis convulsiva y comatosa, así como las formas vulvares con sus accesos de disnea, de asfixia y cianosis de la cara y las extremidades, parecen ser los trastornos tóxicos consecutivos más importantes.

Como se ve, la toxidad de la apendicitis es muy variable y por consiguiente su pronóstico permanece reservado hasta última hora. Tres grados se hacen de esta toxidad, una forma ligera en la que por su acción sobre el epitelio renal y la célula hepática se traduce por la presencia de albúmina en la orina, y de un ligero tinte sub-ictérico debido á la presencia de urobilina en la sangre y no de pigmentos biliares, lo que permite diferenciar la icteria de origen infeccioso y la de origen tóxico; estos ligeros trastornos pasan muy rápidamente: el segundo grado comprende los casos en que los síntomas toman una gravedad alarmante como los síntomas cerebrales y vulvares, en este reviste una intensidad tal que se duda del desenlace del caso; hay otros en los cuales el Cirujano apesar suyo, sea porque haya intervenido tarde ó porque se trate de un caso de los más fulminantes ó por cualquiera otra causa, tiene que lamentar el inéxito del tratamiento. Hay pues tres grados en la toxidad de la apendicitis entre los cuales todos los términos medios son posibles.

De las infecciones que tengan por origen el foco apendicular se puede decir otro tanto; hay experiencias auténticas en las cuales se ha sorprendido infraganti al colibacilo hacer su emigración al través de las paredes del apéndice, y por las venas y linfáticos que lo

rodean ir á formar á distancia focos de infección por metástasis sobre órganos lejanos como el hígado, infecciones terribles que conducen siempre á la muerte.

Que la apendicitis pueda complicar la puerperalidad en todos sus períodos, sea durante el embarazo, sea durante el trabajo ó durante los días siguientes al parto, está perfectamente establecido. En todo este período, desde las primeras semanas hasta á término, puede ser interrumpido á la aparición de esta enfermedad provocando la expulsión del producto de la concepción y poniendo en peligro la vida, tanto de la madre como del feto. Por los estudios de Wallich queda probado que la muerte de este último es debida á la infección de la sangre materna transmitida por los vasos del cordón umbilical.

* * *

Las lesiones anatómo-patológicas que se observan en los casos de apendicitis comprenden las que tienen por asiento el apéndice mismo y las producidas por vecindad y á distancia.

No hay una relación directa entre las lesiones encontradas, la gravedad de los síntomas y la infección peritoneal. Se observan casos de peritonitis sobre-agudas causadas por un apéndice casi sano ó aparentemente; y otros en que por el contrario, individuos que son portadores de abscesos de todas dimensiones con un apéndice perforado y gangrenado, no tienen síntomas que les dé un estado sub-agudo ó crónico. Estos datos son muy importantes para no concluir que la operación era de absoluta urgencia en presencia de un apéndice que se haya encontrado amputado y esfacelado ó recíprocamente; dato que yo mismo he comprobado asistiendo á una operación de esta naturaleza y cuya observación publico al fin: el peritoneo se encontró perfectamente sano, ni aun caracteres de congestión é inflamación y sin arborizaciones vasculares anormales; al abrirlo ningún exudado se encontró en alguno de los sitios más frecuentes y el apéndice con su color normal y dimensiones lo mismo, solamente en el mesenterio al rededor del cecum y en la base del vermion se encontraron algunos ganglios aumentados de volumen y sin embargo se trataba de un episodio agudo en una apendicitis crónica á recidivas.

Varían pues estas lesiones desde las que son tan ligerísimas como en el caso anterior, casi no apreciables macroscópicamente; siguiendo en escala progresiva se encuentra este órgano congestionado, turgesciente, violáceo, duro, en erección, aumentado el volumen, algunas veces enormemente aumentado, recorrido por arborizaciones vasculares con éxtasis sanguínea, perforado ó no, gangrenado, esfacelado, amputado, supurante, etc.; acodado, calcuoso, globuloso otras.

Por las investigaciones histológicas modernas se conocen perfectamente las lesiones inflamatorias que asientan en el aparato linfático

del cual este órgano es muy rico, alcanzando un gran desarrollo en el niño sobre todo, como todos los aparatos linfáticos en esta edad, en la cual por otra parte sabemos cuán frecuente es esta enfermedad. La mucosa es congestionada, amfractuosa, mamelonada, conteniendo un exudado mucoso, muco-purulento, saneoso, estercoral; producto de la trasudación y descamación epitelial y deshechos de la misma mucosa y capas contiguas, según que el proceso sea más ó menos profundo y la perforación viene en último término encontrándose más generalmente hacia la punta, pudiendo tener todas las dimensiones, desde la simple hendidura hasta llegar á producir la amputación del órgano cuya extremidad esfacelada cae sobre nadando en un absceso.

Partiendo de la mucosa la infección por la red linfática propaga la inflamación en todo el espesor de sus paredes produciendo un proceso crónico que llega á la induración y esclerosis de todo el órgano; en este caso se presenta retraído, apelotonado, nudoso, y es una manera de llegar á la curación espontánea.

Si la infección linfática continúa, alcanza la túnica externa ó peritoneal, se forman adherencias con los órganos vecinos y falsas membranas. La reacción peritoneal puede entonces tomar todos los grados posibles según la virulencia del microbio y siendo más grave si se vierten los productos sépticos directamente en plena cavidad peritoneal por una perforación.

Si el proceso es muy agudo en su marcha, si no ha habido tiempo de que las adherencias se formen y un foco séptico viene á abrirse, entonces tenemos los casos más graves; nada previene la urgencia de estos casos; una peritonitis difusa se declara fulminante, la intervención quirúrgica inmediata sería la única salvación, pero generalmente se llega tarde y todo es en vano.

Pero esta forma es muy rara; por lo general estas crisis agudas se declaran á intervalos variables en un proceso de marcha crónica; tal es el caso de una observación que pongo al final. Se trata de un niño de cinco años á quien le venían estos accesos periódicamente por los meses de Mayo y Diciembre. Cuando esto pasa, la naturaleza sabía poco á poco va circunscribiendo por medio de adherencias y falsas membranas un foco de protección cuyo sitio es muy variable según la posición del vermiun, foco que tiende á abrirse por la vía que le queda más cercana: por la vejiga y el recto, cuando el absceso está formado en la fosa ilíaca en la variedad descendente del apéndice y lo mismo para tanta otra posición de éste, siendo los principales los abscesos retrocecal, el más frecuente, prececal, prerectal, etc.

Una vez formadas estas adherencias y las falsas membranas, ya puede sobrevenir la perforación y la gangrena que todo está preparado para esperarla; de esta manera circunscrita una cavidad, se colecciona el absceso cuya marcha es la siguiente: puede ser que agotada la virulencia del microorganismo permanezca en un estado latente, los tejidos no reaccionan y sólo tratan de limitarlo más y más. En este estado algunos enfermos se presentan portadores de

un gran absceso ilio-inguinal el más frecuente, con una tendencia á abrirse hacia afuera al través de las paredes del abdomen, sea al nivel de la región lumbar, sea por encima de la arcada crural ó por la parte anterior y superior del muslo ó en la región periumbilical. El sitio por donde venga á abrirse se encuentra entonces pastoso, la piel lustrosa, aparece el edema y se adelgazan los tegumentos; desde la aparición de la fluctuación se debe intervenir, siendo esto una regla general para todos los abscesos calientes.

Además del foco de origen, otros abscesos secundarios pueden encontrarse en la misma cavidad abdominal pudiendo estar ó no en conexión con el primero; se forman además de estos abscesos intra-peritoneales otras colecciones purulentas en los órganos vecinos: los del riñón, el bazo, la pleura, el pulmón, el cerebro y sobre todo los del hígado, abscesos areolares transmitidos por la vena porta y cuya aparición vuelve el pronóstico sombrío.

En las apendicitis de origen tuberculoso se encuentra un reblandecimiento caseoso de las paredes del vermion, granulaciones miliares en el peritoneo pericecal é infarto de los ganglios mesentéricos vecinos.

En resumen, todas estas lesiones son producidas por el colibacilo asociado ó no al estafilococo y al estreptococo.

Etiología.

Esta enfermedad es más frecuente en el hombre que en la mujer y en los jóvenes más que en los adultos. Los casos observados en los niños como en los viejos no son tan raros.

La influencia de la herencia es innegable. Las estadísticas muestran que esta afección es hereditaria en un cuarenta por ciento de los casos observados. La explicación que da Dieulafoy sobre este punto es la siguiente: gran número de los casos de apendicitis son debidos á la producción de cálculos en el canal apendicular; esta litiasis sobreviene en individuos de una familia en la cual otras manifestaciones de la diátesis artrítica se presentan: la gota, el reumatismo, las jaquecas, la litiasis renal, hepática etc. La herencia, pues, de la apendicitis en algunas familias, es debida á la herencia de la diátesis artrítica en la misma, que como se manifiesta en algunos de sus miembros de maneras tan diferentes: por cálculos de la vejiga, de las vías biliares, etc.; en otros es por concreciones calculosas en el intestino ó su dependencia, el apéndice.

Otras muchas causas tienen un papel secundario, como el régimen alimenticio, los traumatismos, el uso de la bicicleta, el cansancio físico, etc. Las infecciones intestinales de toda naturaleza son la verdadera causa de esta enfermedad, infecciones que sin el colibacilo y sus asociados, el estreptococo y el estafilococo, no existirían; siendo

el vermiun una dependencia del canal intestinal, también él ha de participar de las lesiones de éste, tanto porque la mucosa que lo tapiza es la misma, como toda su estructura anatómica y el gran número de folículos cerrados que en él se encuentran y que juegan un gran papel en las infecciones y perforaciones como veremos más adelante.

La mayor parte de los enfermos presentan entre sus datos anamnésicos trastornos intestinales anteriores agudos ó crónicos, como las diarreas, las enterocolitis; por supuesto que no todos los que hayan tenido estas infecciones intestinales están sentenciados á padecer de una apendicitis, es un reducido número el que puede ser atacado, como que no es más que una predisposición.

En los niños que tan fácilmente adquieren trastornos digestivos y lo mismo se diría de los grandes comedores y de los que abusan de comidas indigestas, por el mismo mecanismo de la infección están predispuestos.

Algunos autores afirman no haber observado en los afectados de enteritis muco-membranosa accidentes apendiculares, pero sí hay casos raros; Siredey cita uno de ellos.

Algo más frecuentes son en los sujetos atacados de colitis, constipación ó diarreas habituales.

Algunas de estas causas son evitables, en los niños sobre todo, en quienes vigilando su alimentación se ejercería una verdadera profilaxia.

Vienen en seguida las que tienen por causa las enfermedades infecciosas tales como el sarampión, la gripe y sobre todo la fiebre tifoidea por su localización en los folículos cerrados y placas de Peyer.

Los traumatismos del abdomen y sobre todo los de la fosa ilíaca derecha, son frecuentes como causa predisponente en apariencia, pues en realidad no es más que una causa determinante. El órgano estaba ya enfermo y el traumatismo ha venido á provocar una recrudescencia aguda en un proceso que permanecía en un estado latente ó crónico, habiendo tenido ó no anteriormente manifestaciones de poca importancia, que hayan pasado tal vez desapercibidas, pequeñas crisis que comunmente son confundidas y consideradas como simples trastornos digestivos que han curado fácilmente con un simple purgante ó sin ninguna medicación que es lo que más hace creerlos como banales indigestiones, lo que no es otra cosa que pequeñas crisis apendiculares que no dejan ni su recuerdo. Esta causa exterior puede venir á romper adherencias protectrices y aún determinar una perforación en un apéndice que presentaba ya en un punto una menor resistencia exponiendo de esta manera á todos los trastornos consecutivos á una infección.

En resumen, las causas más frecuentes son la diátesis artrítica, que se manifiesta en estos enfermos por una litiasis apendicular, y siendo el artrismo eminentemente hereditario explica cómo puede

ser hereditaria también la apendicitis, por lo menos cuando es calcu-
losa, que lo es frecuentemente.

Vienen después todas las infecciones gastro-intestinales, las
enfermedades infecciosas que por lo general van acompañadas á tras-
tornos digestivos que vienen á despertar lesiones crónicas asociando
sus gérmenes patógenos á los que ya tienen allí sentada su residen-
cia, la tuberculosis local del ciego y del apéndice, la fiebre tifoidea
con especial predilección por razones anatómicas, la gripe, etc.

Patogenia.

La patogenia de la apendicitis es una cuestión muy discutida
todavía. Numerosas teorías han sido emitidas para explicarla, entre
ellas la de Talamón, la de Dieulafoy y otros autores que, como vere-
mos, no son suficientes á explicarla.

Dieulafoy formula así su teoría: «los accidentes apendiculares
resultan de la transformación de una parte del canal apendicular en
una cavidad cerrada en la cual se elabora un foco de infección y de
intoxicación debida á la exaltación de la virulencia de los microbios
aprisionados.»

Cualquiera que sea la causa que obture la luz de este canal
hace estallar inmediatamente una crisis apendicular.

Funda su teoría en los resultados obtenidos de las experiencias
llevadas á cabo por él mismo y por Klecky y que en resumen relato
á continuación.

Con todos los cuidados antisépticos Klecky estrangula una asa
intestinal por medio de ligaduras de cat-gut en un perro laparotomi-
zado; á las 24 ó 48 horas el animal es sacrificado y se pueden observar
las lesiones siguientes: según que las ligaduras hayan sido más ó
menos estrechas se ve la hiperemia, extasis-venosa y un exudado
variable en cantidad y en cualidad si han sido ligados ó no los vasos
mesentéricos al mismo tiempo.

Tomando estos exudados, tanto los del asa estrangulada como
los del peritoneo y el contenido del intestino sano, se hacen cultivos
en diversos caldos y medios nutritivos, y se observa la enorme pulu-
lación de microorganismos que tienen lugar en dichas siembras, entre
ellas las colonias del colibacilo son las más numerosas.

El animal en experiencia puede haber muerto á las pocas horas
de la operación á consecuencia de una peritonitis generalizada y al
examen del asa ligada no se encuentra ninguna perforación; la pro-
pagación de la infección al peritoneo se ha hecho, pues, al través de
las paredes del intestino.

También la virulencia del colibacilo se exalta en estas condicio-
nes de los cultivos puros sobre caldos peptonizados; se ha tomado
para experimentar sobre cobayos practicando las inyecciones perito-

neales; el resultado ha sido que son más virulentos los cultivos hechos con el contenido del asa ligada que los hechos con el exudado peritonítico y esto cuando el intestino era ligado con todos sus elementos vasculares, no sucediendo lo mismo cuando se tiene cuidado de ligar previamente los vasos mesentéricos; en este último caso todos los cultivos parecen conservar la misma virulencia sin estar exaltada.

Numerosas adherencias se observan formadas al rededor del asa y debidas á la flegmasia de que son asiento sus paredes.

El autor concluye de sus experiencias que la pululación microbiana es favorecida por el cambio del líquido nutritivo pasada en el asa por la trasudación de la serosidad de la sangre y los desechos que en ella se producen, encontrándose entonces en mejores condiciones de vida en este contenido transformado en un terreno más fecundo.

Por las mismas asociaciones microbianas, especialmente si se trata del estafilococo y el estreptococo, esta virulencia es notablemente exaltada.

Las conclusiones de este autor son muy diferentes á las que deduce Dieulafoy, quien ve en esto una prueba poderosa en corroboración de su teoría, considerando que esta pululación microbiana como la exaltación de su virulencia son sólo debidas á la formación de una cavidad cerrada por la ligadura del intestino.

La emigración microbiana al través de las paredes del saco intestinal herniado y extrangulado sin que hubiera perforación ninguna, había ya sido observada por Clado desde 1889 y muchos autores, lo mismo que él, hicieron iguales experiencias.

Multitud de causas pueden concurrir á la producción de la cavidad cerrada que puede existir en cualquier punto de la longitud del apéndice. Estas causas pueden ser una acodadura del órgano, un cálculo desarrollado en su canal mismo, sea una torsión ó enrollamiento sobre su eje, por una brida, etc. En todos estos casos cualquiera que sea la cavidad está formada y lo que pasa en su interior es lo siguiente: los microbios que hasta aquí estaban libres, inactivos é inofensivos como en todo el resto del intestino, desde este momento adquieren una actividad y virulencia extraordinarias; se ven entonces traspasar las paredes del vermiun sin perforación previa y producirse los trastornos más graves por el lado del peritoneo y del organismo en general dependiendo todo del grado de virulencia y toxidad del foco. Mientras las defensas del organismo son suficientes para detener esta invasión, todo va bien, la fagocitosis sólo puede detenerla ó mejorarla en gran parte. Estos procesos de esta manera atenuados pasan al estado crónico, engrosándose los tejidos y estrechando la cavidad hasta suprimirla y producirse de este modo una curación espontánea y radical.

Pero este caso feliz ¿cada cuanto tiempo pasa? Por lo general la infección continúa.

Puede suceder, dice Dieulafoy, que la causa que producía estos accidentes haya desaparecido y entonces no encontrarse nada al momento de la operación.

Este es un lado flojo por el cual se puede atacar esta teoría como en efecto lo hacen algunos autores cuyas discusiones pondré más lejos.

Esta teoría de la cavidad cerrada fué creada por Talamón observando que los microbios se vuelven más virulentos cuando permanecen en una botella tapada por algún tiempo. La idea fué tomada por Dieulafoy quien la modifica diciendo que es insuficiente esta cerradura temporal debiendo ser completa y definitiva.

Esta afirmación absoluta ha resultado falsa probándolo con experiencias que la han desmentido completamente. Modificándola de nuevo su autor la explica diciendo que es suficiente una oclusión relativa producida por el engrosamiento de la mucosa inflamada.

Otras experiencias llevadas á cabo por Roger y Josué son invocadas por Dieulafoy en apoyo de su teoría. Estos autores han hecho la ligadura aséptica del apéndice en un conejo; á la autopsia del animal hecha á los tres meses han encontrado esta ligadura aislando una bolsa quística del resto del intestino encerrando al colibacilo en estado de pureza; esta ligadura que había sido practicada respetando los vasos no produjo trastornos vasculares, demostrando con esto que el colibacilo se vuelve virulento en cuanto el curso de las secreciones es impedido aunque no ha habido trastornos vasculares; la inflamación de la mucosa y una colección purulenta se ha formado.

Este foco purulento ha permanecido en estado latente sin producir reacciones peritoneales á pesar de que es virulento y las puede producir experimentalmente.

Las experiencias de Rouville son también citadas con el mismo objeto y son muy parecidas á las anteriores: introduciendo un tallo de laminaria en la cavidad del apéndice lo transforma en cavidad cerrada; desde este momento se declaran todos los accidentes consecutivos lo mismo que si fuera una ligadura puesta en su base, accidentes que se terminan por la gangrena, la perforación, los abscesos peria-pendiculares y la peritonitis, evolución del todo idéntica á la que se observa en el hombre: esto sucede á condición de que la luz del canal sea completamente obstruida, pues si solo se introducen cuerpos pequeños que no lo obturen del todo, estos trastornos no se producen.

La causa más frecuente de estas obliteraciones es la consecutiva á la formación lenta de una concreción calcúlosa que puede hacerse en un punto cualquiera de su superficie. En estos cálculos en cuya composición entran las sustancias orgánicas, estercorales y mucosidades, producto de la secreción de sus glándulas como sustancias minerales, carbonatos, los fosfatos de cal y de magnesia, sulfuros y cloruros.

Según la predominancia de cualquiera de estos elementos puede tener una consistencia blanda, dura ó pétrea; su formación es muy lenta, se van superponiendo por capas concéntricas alternativamente la sustancia orgánica y mineral y de aquí la forma estratificada

que tienen algunos de ellos y van tomando las formas entre las que son más frecuentes, la cilíndrica fusiforme ó la redondeada que es muy rara.

Esta teoría de la cavidad cerrada, brillantemente defendida por su autor, tiene el defecto de no estar siempre de acuerdo con todos los hechos; muchas veces operando un caso de apendicitis no se encuentra la causa de la obstrucción, anteriormente nos ha dicho Dieulafoy; puede suceder que esta causa haya desaparecido cuando el Cirujano interviene; por otra parte se puede encontrar una estrechez del apéndice sin que se vea ninguna reacción inflamatoria; como ejemplo un caso de Guinard, se trata de una hernia estrangulada cuyo contenido era un largo apéndice plegado en dos, el vermiun estaba comprimido y estrechado formándose dos cavidades cerradas distintas, apesar de esto no tenía ninguna traza de inflamación.

Siredey también combate la teoría de la cavidad cerrada apoyándose sobre el examen histológico y bacteriológico de cinco casos de apendicitis observados por él, notando que cuando la operación se hace al momento de una crisis se encuentra el colibacilo, pero no virulento y en el caso en que la operación se ha hecho en frío no se ha encontrado ningún microbio.

De los cinco casos de que habla Siredey, en uno sólo ha encontrado una oclusión completa debida á una transformación fibrosa de las paredes del vermiun, pero no conteniendo ningún microorganismo; en los otros dos casos no encontró más que una estrechez incompleta. Dice además que para Dieulafoy estas cavidades cerradas así formadas, exaltan la virulencia del colibacilo; él no las ha encontrado en ninguna de las observaciones citadas.

Dice Reyner, que es otro adversario de la teoría de la cavidad cerrada, que ella no puede explicar todos los casos y que el apéndice puede encontrarse enfermo sin estar obstruido citando un ejemplo como prueba del hecho.

Por último, tampoco esta teoría explicaría las apendicitis tuberculosas, gripales, etc.

Teoría de Talamón.

El cólico apendicular no es otra cosa que un cólico intestinal cuyo dolor más ó menos intenso tiene un punto fijo situado en la fosa ilíaca derecha, exactamente sobre el lugar de la implantación del apéndice sobre el ciego; este dolor es variable en duración y de intensidad y puede terminarse por la curación ó producir otros accidentes.

Hay formas muy atenuadas de irritación y de inflamación del apéndice que se traducen por dolores más ó menos sordos asentando siempre en el mismo sitio y es este exactamente el cólico apendicular.

Su descripción se confunde con la de la antigua tiflitis por acumulación de las materias fecales en el cecum produciendo sobre la mucosa una ligera inflamación y obstrucción intestinal pasajera, es la hipótesis de Albers y de Brun, que ha sido dejada en olvido desde que se sabe el verdadero asiento anatómico de las lesiones, origen de estos accidentes.

Los cirujanos que no ven sino los casos graves de apendicitis, son los que niegan la existencia de estas formas benignas de crisis dolorosas que se calman al cabo de algunas horas con sólo la aplicación sobre la región enferma de cataplasmas, de hielo y sobre todo por el reposo en la cama, quedando después de la crisis un ligero dolor sordo y continuo que el enfermo no limita espontáneamente, que de un modo vago lo siente en una zona más ó menos ancha al rededor del ombligo y que el médico, que ha de llevar siempre en su mente la idea de la apendicitis, debe ir á buscarlo de una manera sistemática sobre el punto de Mac-Burney; este punto doloroso es el que caracteriza esta gran enfermedad; salvo muy raras excepciones no asienta aquí, y si tal, puede atribuirse á un cólico intestinal de cualquiera otra naturaleza.

Pasado el cólico también puede pasar el dolor sordo y persistente que deja en su lugar por muchos días; las funciones digestivas se restablecen, la constipación pasa dejando únicamente como reliquia un poco de resistencia muscular y meteorismo sin fiebre y sin empastamiento de la región.

Estas crisis dolorosas se producen por la irritación ejercida por un cálculo ó una concreción fecal sobre la mucosa del apéndice que reacciona, produciendo por acción refleja una contracción dolorosa buscando á desembarazarse de este cuerpo extraño.

Por las fibras musculares lisas de que este órgano está provisto se ejercen estas contracciones espasmódicas de la misma manera que los canales biliares y los uréteres con los cuales tiene gran analogía, ejercen sus contracciones dolorosas y espasmódicas, cólico hepático y nefrítico respectivamente cuando un cálculo viene á provocarlas.

Lo mismo que un cólico hepático ó nefrítico pueden ser producidos por otra causa que no sea un cálculo biliar ó renal, otros agentes diversos: adherencias, tiranteces, torciones, una peritonitis puede producir el cólico apendicular, pero en la inmensa mayoría de los casos es por la presencia de una concreción fecal ó escíballo que se declara en estas crisis.

Se nota algunas veces cuando se opera en frío que apesar de que los síntomas hayan desaparecido la concreción fecal todavía se encuentra en el canal apendicular; no es necesario pues la presencia de este cuerpo extraño para determinar los accidentes, es preciso que se produzca un espasmo reflejo; desde este momento el cólico es constituido y cuando éste se termina puede ser ó que el cálculo haya sido arrojado hacia el ciego ó que la irritación haya cesado, que el reflejo se calme para que todos los accidentes dolorosos terminen.

Talamón hace de estos cuerpos extraños que se pueden encontrar en el vermiun y causa de todos los accidentes, la clasificación siguiente. Primero los cuerpos extraños que vienen del exterior: éstos pueden ser núcleos de frutas, granos de uva, semillas de naranja, fragmentos de hueso, granos de plomo, etc.; en un caso citado por Lewis ha encontrado al hacer una autopsia, 122 granos de plomo acumulados en el interior del apéndice; la procedencia de estos cuerpos extraños del exterior es muy discutida, comunmente se comete esta confusión, dice el autor, por limitarse á hacer un examen á la simple vista; por lo general no se trata más que de escíbalos como lo prueban los estudios publicados sobre este asunto por Rochaz que ha hecho de esto un estudio notable y minucioso y no ha encontrado más que dos cuerpos extraños propiamente dichos por 63 concreciones estercorales.

En algunas autopsias se encuentra en el apéndice una cierta cantidad de mucus mezclado con materias fecales semi-fluidas á lo largo de su canal ó en forma de cilindro á la manera de un crayón que puede formarse en el canal mismo, pero que por lo general viene del ciego. Esta sustancia semi-líquida es incapaz de producir la apendicitis no llegando á tener nunca una consistencia muy dura.

En la tercera categoría están los enterolitos y cálculos apendiculares que son verdaderas concreciones calculosas en cuya composición entran los carbonatos y los fosfatos de cal, sustancias minerales que se precipitan del mucus allí mismo formado; algunas veces contienen en su centro un pequeño núcleo de materia fecal, su consistencia es más ó menos dura ó petrosa según la cantidad de sustancia orgánica que entra en su composición, teniendo una coloración blanca ó amarillo oscuro y su superficie lisa ó irregular confundéndose por todos estos caracteres á primera vista con pequeñas semillas de frutas, variando sus dimensiones desde el grosor de una alberja y más pequeñas, hasta una almendra; su formación es muy lenta por superposición sucesiva de capas de la sustancia que se precipita del mucus secretado en abundancia de la mucosa irritada por su presencia, esta es la opinión de Rochaz; pero Talamón no cree que esta formación se haga de esta manera ni para los cálculos ni para los escíbalos.

La cuarta categoría comprende las pequeñas masas de materias estercorales formadas en el canal del apéndice ó venidas del ciego: éstos son los escíbalos propiamente formados de materias fecales endurecidas tomando la forma redondeada ú ovoide y de un color moreno ó moreno gris; su formación parece la misma que como se forman pequeñas concreciones en el intestino grueso en los sujetos atacados de atonía intestinal espasmódica; las materias que permanecen retenidas por la falta de movimientos intestinales, se secan, se endurecen y se depositan en los repliegues de la mucosa; los movimientos antiperistálticos y espasmódicos del intestino vienen á comprimirla contra la válvula de Gerlach que es franqueada: este meca-

nismo lo prueba poniendo en evidencia una autopsia de Castaigne en donde las materias fecales que obstruyen el apéndice estaban en continuidad con las del ciego.

Estas concreciones fecales no pueden formarse en el apéndice mismo, nunca se han encontrado en las autopsias practicadas en sujetos que no han muerto de esta enfermedad y como se ha dicho al hablar de los cuerpos extraños de la segunda categoría, esta sustancia estercoral nunca se encuentra en forma de escíbalos, sino como una sustancia semi-líquida y alargada en el canal sin adquirir nunca tal consistencia.

Hay una otra clase de cuerpos extraños que pueden producir como los anteriores todos los accidentes de un ataque apendicular, estos son los cuerpos organizados, los casos son muy raros; se cita uno sólo de apendicitis insidiosa que apesar de haberse practicado la operación, el enfermo muere y á la autopsia se encontró un tumorcito polipoide desarrollado en la superficie interna de la mucosa sobre un folículo linfático.

En resumen los cálculos propiamente dichos que se forman en el apéndice mismo y los escíbalos que se forman en el ciego siendo de la misma naturaleza aunque de forma y dimensiones mucho más pequeñas que los escíbalos en oliva que caracterizan las heces en los sujetos atacados de enterocolitis seca ó glerosa y espasmódica, son los cuerpos que más frecuentemente se encuentran produciendo los accidentes apendiculares.

Los escíbalos contenidos en el ciego penetran en el canal apendicular cuando las paredes de este órgano animadas por movimientos antiperistálticos y espasmódicos ejercen sobre ellos una presión suficiente que los rechaza hacia la pared opuesta forzando la válvula de Gerlach, si existe, y los enclava más ó menos profundamente en su canal; desde que este encajamiento se produce la crisis dolorosa se declara; si las contracciones del vermium llegan á expulsarlo ó á repelelo hacia el ciego, el cólico cesa; pero si permanece enclavado el apéndice se estrangula sobre él, se inflama y queda constituida así una suerte de vaso cerrado en donde la virulencia de los microbios que han quedado encerrados es exaltada; la inflamación, la ulceración, la necrosis y la perforación pueden venir en seguida como grados sucesivos del mismo proceso.

El proceso flegmático que pasa en el interior del canal apendicular sobre la mucosa primitivamente se va propagando capa por capa hacia afuera extendiéndose hasta el peritoneo por contigüidad pudiendo permanecer localizadas (apendicitis plásticas) y terminarse por resolución espontánea. El exudado consecutivo á la flegmasia del peritoneo puede ser simplemente sero-fibrinoso y en este caso llega á la resolución por reabsorción espontánea. Según la virulencia del bacteriun-coli ó la cualidad del terreno hay también exudados que no se reabsorben y llegan á la purulencia quedándose enquistados ó produciendo la supuración,

Estas formas de apendicitis plásticas están sujetas á las recrudescencias aun en los casos que se tienen ya por curados; la enfermedad puede reproducirse bajo una forma muchas veces más grave causadas por alguna imprudencia del enfermo, una falta de régimen, una levantada precoz de la cama ó muchas veces espontáneamente. Estas recrudescencias pueden no tener ninguna gravedad, retardando solamente su curación; pero no siempre son tan benignas, el exudado puede transformarse en purulento y una nueva peritonitis venir á traspasar los límites de la primera, difundirse por todo el peritoneo y aún volverse mortal.

Otras muchas teorías han sido emitidas para explicar su patogenia; Rutier se declara partidario de la teoría de la cavidad cerrada encontrándola suficiente para explicar la mayoría de los casos. Dice Ponset, esta teoría de la cavidad cerrada tan brillantemente defendida por Dieulafoy, está lejos de responder á la realidad de las cosas. Otro autor dice: en suma en el estado actual de la ciencia, es imposible explicar todas las apendicitis por el mismo mecanismo; es probable que la patogenia de esta afección sea compleja.

Hemos visto anteriormente la oposición que hace Siredey á la teoría de la cavidad cerrada basándose sobre el examen histológico y bacteriológico y por otra parte vemos las experiencias practicadas por Roger y Josué, las de Klecky, de Rouville, que vienen en su apoyo.

Bausse en sus comunicaciones demuestra basándose sobre apendicitis experimentales, que no hay una sola variedad de apendicitis sino varias; Rendu participa de esta opinión.

Reynier es también un adversario de la cavidad cerrada; esta teoría dice él, no puede aplicarse á todos los casos.

Para Reclus los accidentes apendiculares se explican por estancación; puede considerarse al ciego como un divertículo del intestino y al apéndice como un divertículo de éste ó como una fístula ciega interna; lo que pasaría aquí sería por estancamiento una fermentación de las materias intestinales, dividiendo en consecuencia, las apendicitis en tres categorías: primera, apendicitis de causas locales; los cuerpos extraños tendrían en este caso un papel importante en la aparición de los accidentes; segunda, las apendicitis por inflamaciones de vecindaje, por ejemplo las colitis y enteritis pseudo-membranosas etc., y tercera las apendicitis sobreviniendo en seguida de una enfermedad general. Para poder explicar por este mecanismo la aparición de estos accidentes, sería necesario encontrar á las autopsias esta estancación en el ciego y el apéndice; pero lo que más frecuentemente se observa es su vacuidad. Tampoco las funciones digestivas del apéndice existen para pensar que estas materias puedan permanecer estancadas en su canal y sufrir la fermentación.

Laverán considera la teoría de la cavidad cerrada como muy exclusiva; se encuentran dice, un gran número de apendicitis en las cuales el canal apendicular lejos de estar estrechado está anchamente dilatado. El intestino no es necesario que se obstruya ó estreche para

que se inflame por ejemplo en la disentería. Las estrecheces que frecuentemente se encuentran en la apendicitis son de orden inflamatorio, por consiguiente son el resultado y no la causa de la afección. Por último los buenos resultados que se obtienen por el tratamiento médico en cierto número de casos se explican mejor por la teoría de la inflamación que por la cavidad cerrada.

Jalaguier dice otro tanto, siendo al principio partidario de la cavidad cerrada: hoy considera la obstrucción del canal apendicular como secundaria, como siendo el efecto de la inflamación y no la causa. Brun es partícipe de esta opinión; para él la teoría de Dieulafoy no puede tener la pretensión de explicar la patogenia de todos los casos: este autor ha visto apéndices inflamados y ser perfectamente permeables, y vice versa, apéndices obstruidos completamente sin tener trazas de inflamación.

Las lesiones de este órgano consisten en la inflamación de sus folículos cerrados concomitando casi siempre con lesiones inflamatorias del intestino que son frecuentemente la causa de la enfermedad, probándolo la persistencia de algunos síntomas después de la ablación del apéndice.

De los casos operados por Wualther casi todos tenían antecedentes inflamatorios del intestino, siendo el apendicitis como una complicación y después de la operación ha visto como Brun persistir los síntomas aunque atenuados.

Varios miembros de la Sociedad de Cirugía y con ellos Pozzi, desechan la teoría de Dieulafoy.

Broca ha observado la cavidad cerrada perfecta en tres casos operados por él sin haber tenido nunca fenómenos inflamatorios y por el contrario, en un caso de apendicitis complicada de peritonitis supurada, el vermium no estaba obstruido.

En resumen tanta teoría y tantos pareceres como se ve en lo que precede, prueba que no hay un proceso único que produzca esta enfermedad, que el apéndice reaccúa á su manera contra toda causa irritante: las infecciones, los traumatismos, etc.

La teoría que actualmente tiende á prevalecer, que tiene más partidarios, que puede aplicarse á más gran número de casos y que sin duda es la verdadera solución del problema, es la teoría de la infección. Roux, Broca y otros, los cirujanos americanos é ingleses, han comparado el apéndice por su estructura anatómica y aspecto folicular á las placas de Peyer y á las amígdalas: en efecto, el vermium es muy rico en tejido linfoide y sus afecciones presentan las más grandes analogías con las de estos anteriores órganos. Cuando los microbios que normalmente se encuentran en la cavidad buco-faringea, por cualquier causa vienen á exaltar su virulencia, los fenómenos inflamatorios se observan en las amígdalas, las infecciones del apéndice son semejantes, la patogenia es la misma: cuando la virulencia del colibacilo que normalmente pulula en el intestino se exalta, la infección del apéndice es inminente; por una causa cual-

quiera: una enteritis, una colitis, las enfermedades infecciosas: el sarampión, la gripe, la dotienenteria etc., realizan estas condiciones y el vermium que es un anexo del intestino grueso anatómico y fisiológicamente considerado, sufre también sus infecciones.

Como las causas generales antedichas, hay causas locales que las produzcan y las malformaciones congénitas, los vicios de posición y conformación vienen á favorecer la aparición de estos accidentes.

Por su estructura especial, folicular, se explica como, las lesiones que la tifoidea produce en el intestino sobre las placas de Peyer, en el apéndice asientan sobre los folículos cerrados de la misma estructura. Las perforaciones intestinales que nosotros observamos consecutivas á estas lesiones, en el apéndice no son raras: Nake las ha encontrado quince veces, en ciento treinta y tres casos de perforaciones intestinales dotientéricas y Rolleston en sesenta autopsias de tifoidea ha encontrado dos veces el apéndice perforado. Y las peritonitis por propagación consecutivas á la fiebre tifoidea no son más que apendicitis postíficas perfectamente estudiadas por Dieulafoy.

La longitud exagerada del vermium y que muchas veces es familiar (en un caso muy raro media cincuenta centímetros de largo) por las torciones que puede sufrir, viene á constituir una predisposición á la apendicitis y como el artrismo, este exceso de desarrollo se invoca muchas veces como origen de la influencia hereditaria de esta afección demostrado por varios ejemplos.

Las enteritis ó por cualquier causa irritativa ó infecciosa del ciego por propagación en la mucosa del apéndice, puede ser el origen de inflamaciones crónicas y ser objeto de ataques agudos de recaídas ó recidivas venideras.

En el tipo descendente, las acodaduras y malformaciones que favorecen la estancación de productos sépticos en su cavidad, predisponen en gran manera á la infección.

Con la ayuda de los estudios histológicos se ha podido seguir este proceso infeccioso desde la mucosa que se presenta con los caracteres de una lesión inflamatoria: anfractuosa, mamelonada, y ante todo una verdadera foliculitis de donde parte una linfangitis que se extiende á todo el espesor de las paredes, sembrando en su trayecto la inflamación. Si la infección continúa y traspasa las paredes del apéndice, una peritonitis se declara en grados diversos según la virulencia microbiana ó que la gangrena y perforación se hayan producido vertiendo sus productos en plena cavidad abdominal.

Descripción.

El principio de esa enfermedad es muy variable según las diferentes formas clínicas que se observen: puede principiar de una manera brusca con dolores muy vivos y altas temperaturas ó por un período prodrómico más ó menos largo, poco doloroso y no febril.

Los trastornos digestivos pueden aparecer varios días antes por un período de diarreas que es muy raro ó por constipación que es más frecuente, anorexia, ligeros dolores sordos mal localizados con pequeñas elevaciones de temperatura sin importancia. Un principio insidioso como este no hace pensar desde luego que se pueda estar iniciando esta terrible enfermedad, ¿pues cuántos otros trastornos mórbidos principian de esta manera? Casi todos hasta los más banales; para conocerla cuando en esta forma se presenta, es preciso llevar la idea de lo que puede ser.

Esta apariencia benigna que de tantos errores de diagnóstico puede ser origen considerándola por lo general como simples trastornos digestivos debidos á una banal indigestión tanto más si se trata de pequeños niños en quienes estos trastornos digestivos son tan comunes y la apendicitis los prefiere más.

Cuántas veces por no hacer un detenido examen del enfermo pasa inadvertida esta manera de entrar en escena de la apendicitis ó por no querer darle toda la importancia que merecen á estos primeros síntomas con que se anuncia, se comete un gran error en el tratamiento prescribiendo, en la ingenua creencia de que se trata de una simple indisposición gastro intestinal, un purgante que la mayor parte de los autores lo proscriben en absoluto desde la aparición de las primeras manifestaciones hasta que pasa el período agudo, porque aunque un purgante pueda ser el mejor antiséptico intestinal, aquí vendría á provocar una recrudescencia por la irritación que produce en su vecindad, tanto como porque despierta los movimientos peristálticos que pueden romper las primeras ténues adherencias que se vengán formando.

Estos errores no son los únicos que pueden cometerse, al hablar del diagnóstico enumeraré tantos otros que es necesario evitar.

Es tanta la variedad de formas clínicas de la apendicitis, que la descripción de unas poco se parece á la de las otras; pero hay tipos, los más frecuentes, cuyos síntomas más ó menos clásicos se pueden agrupar en un cuadro sintomático común.

Unas veces sin haber tenido desórdenes intestinales anteriores, en perfecto estado de salud, de momento se es acometido de un dolor abdominal poco intenso, que de pronto no llama mucho la atención; permanece en este estado latente por algunas horas ó un tiempo variable, puede mejorarse y hasta desaparecer para volver en seguida con más intensidad acompañado de náuseas y de vómitos, al principio alimenticios y después biliosos y porrásticos. La temperatura sube oscilando entre 38° y 39°, el pulso se vuelve frecuente, el dolor se localiza en la región del ciego sobre el punto de Mac Burney, situado en la parte media de una línea extendida de la espina iliaca anterior y superior hasta el ombligo. Los vómitos son tenaces, el abdomen se meteoriza, se pone duro y abultado. Otros signos aparecen, la hipe-

restesia cutánea extendida sobre toda la fosa iliaca derecha y la parte superior é interna del muslo y producida por la excitación de los filetes nerviosos de la pared anterior del abdomen al nivel del foco de la lesión. La resistencia y la defensa muscular aparecen desde que estos síntomas peritoneales entran en juego; todo el estado general se agrava, la facies se descompone tomando los rasgos característicos de estas lesiones abdominales: los ojos se ciernen, ojerosos y hundidos en sus órbitas, los pómulos abultados, la cara cianosada y cubierta de dolor, todo esto indicando la gravedad del caso. Dato importante sobre el cual muchos autores llaman la atención es el desacuerdo en estos casos graves entre la temperatura que puede ser normal ó casi normal y la frecuencia del pulso que alcanza hasta ciento cuarenta. En un grado más avanzado aún los síntomas toxi-infecciosos se apoderan del enfermo que en un estado comatoso y de colapso profundo yace postrado luchando entre la vida y la muerte.

Los casos más frecuentes son los que revisten una forma no muy intensa siendo hasta cierto punto benignas y seguidas de una peritonitis localizada: como en otros muchos casos, puede ser que no hayan antecedentes de infecciones intestinales anteriores, el enfermo experimenta una sensación de molestia, de pensantez y tirantez en la fosa iliaca derecha: el dolor aparece aumentado en intensidad poco á poco, el golpe de puño peritoneal de las perforaciones intestinales de la úlcera del estómago y del duódono, en la apendicitis no se observa, siendo esto un punto de diagnóstico importante cuando se trata de establecerlo entre estas afecciones, lo mismo que con el cólico nefrítico cuyo principio es más brusco: la retracción del testículo del mismo lado se observa en los momentos de los accesos de dolor agudo, los vómitos en esta forma hacen frecuentemente defecto, la fiebre no es muy elevada, la constipación no falta, la percusión revela casi siempre la sonoridad del abdomen; pero en su lugar algunas veces se encuentra una matitez cuando una colección purulenta viene á formarse entre la cara anterior del ciego y la pared abdominal; á la palpación de esta pared se experimenta la sensación de un plano resistente, debida á la contracción defensiva de los músculos de dicha pared; por una palpación metódica se llega á precisar exactamente el lugar más doloroso, el punto de M. B.; es sobre este mismo en donde tienen más intensidad los síntomas locales formando una triada dolorosa con la defensa muscular y la hiperestesia cutánea.

La forma de apendicitis aguda de apariencia benigna es la forma más frecuente y la más netamente caracterizada, principia por un dolor localizado en la fosa iliaca derecha aumentando de intensidad gradualmente, ataca al enfermo en plena salud no sabiendo á que atribuir la causa de su dolor, pronto se difunde, se irradia hacia la región umbilical en donde en gran número de veces al enfermo le parece haber principiado, pero fácilmente se comprueba que no es allí donde tiene su origen, siguiendo con la pulpa de los dedos sobre la línea tirada del ombligo á la espina iliaca anterior y superior se

llega á la parte media en donde por poco que se ejerza una pequeña presión el enfermo se defiende. En este primer período aún no se observa más que este dolor y algo de defensa muscular, no existen todavía otros signos de irritación peritoneal, ni fiebre, ni empastamiento de la región; es en seguida como una segunda etapa que la infección de esta serosa, se manifiesta por un conjunto de síntomas que le son propios, como los vómitos, al principio alimenticios y después biliosos, una verdadera intolerancia del estómago por los alimentos se observa. En este período la fiebre aparece y puede ser muy alta, entre 39° y 40°; el pulso se vuelve frecuente, pero regular y su trazo gráfico con la curva térmica marchan paralelas, lo que constituye un buen signo de pronóstico correspondiendo las cifras de 39° y 40° de la curva termométrica á la de 100 y 120 del razo esfigmográfico; punto tan importante es este, que es considerado como un signo de diagnóstico y pronóstico capital, que indica ó la benignidad del caso ó una gravedad tal que decida á operar de urgencia.

Este último signo también permite establecer la diferencia entre una peritonitis local y otra generalizada: considérese cuál será por esto su importancia.

El abdómen al principio retraído se meoteoriza á la aparición de los vómitos, el estado general no es muy malo, la facies muy poco alterada, la cara no presenta una palidez muy acentuada, la lengua es húmeda pero saburrosa, la constipación es tenaz: por lo general esta crisis aguda dolorosa pasa en pocos días ó se mejora mucho, la fiebre cae quedando un empastamiento de forma redondeada ó cilíndrica y de anchura variable en la región secal, mate ó submate á la percusión y un poco dolorosa á la presión. Este empastamiento es debido sobre todo á un engrosamiento inflamatorio del epiplón, á las adherencias y al exudado pseudo-membranoso que se haya formado; poco á poco todo esto va desapareciendo, el punto doloroso de MacBurney es apenas perceptible profundamente, la tirantez no desaparece por completo, el enfermo no puede hacer movimientos muy extensos del miembro inferior del mismo lado por este cierto grado de tirantez que persiste.

Las recaídas se producen en este caso por lo general al poco tiempo; los mismos fenómenos se producen con mayor ó menor intensidad, comunmente este segundo ataque y los sucesivos van siendo más y más graves sin ser esto absoluto.

La evolución de todas estas formas de apendicitis, es muy variable, está expuesta á gran número de complicaciones y las sorpresas no son raras: vemos en las formas benignas como los síntomas van siendo gradualmente crecientes en gravedad hasta la declaración de una peritonitis localizada, pero el ataque se termina favorablemente. De todo este conjunto de síntomas descritos al tratar de esta forma, el empastamiento, la tirantez y el dolor decrecen lentamente, la constipación es la última en desaparecer. Se termina por curar ó aparentemente quedando sujetos á recidivas.

Hay sujetos quienes un ataque único pueden tener de esta naturaleza, aún habiendo tenido accidentes muy agudos; pero esto es muy raro, hay que esperar la recidiva. De este ataque único ó de varios otros con esta intensidad ó más benigna, puede pasar á un estado crónico.

El sujeto queda expuesto á dolores abdominales, poco intensos, mal localizados, que despiertan á la menor causa irritativa de la mucosa vecina del ciego: toda separación del régimen, las enteritis, etc., lo determinan y hacen recordar al enfermo el riesgo que corre.

Esta inflamación crónica de la mucosa termina por engrosarla, la esclerosis invade todo su tejido, una estrechez fibrosa se produce simplemente estrechando ú obliterando por completo la luz de su canal; estas estrecheces que se forman agravan los accidentes, pero es la inflamación la causa primitiva de todo el mal y no la obliteración que es su consecuencia.

Este proceso que principia por la mucosa invade todo el apéndice transformándolo en un órgano grueso contraído, nudoso, esclerosado, constituyendo un proceso curativo espontáneo.

Pero de una manera general se puede decir que la apendicitis es una enfermedad de recaídas.

Las peritonitis plásticas consecutivas á estas formas benignas no marchan siempre á su curación por resolución espontánea. La fiebre que desaparece como todos los demás síntomas terminada la crisis, á la formación de una colección purulenta consecutiva, vuelve á aparecer alcanzando 39° y 40° continúa ó por exacerbaciones vesperales.

De que la fiebre reaparezca durante este tiempo no se puede concluir que el absceso está en formación, nada hay absoluto en medicina; la fiebre no preside siempre á su formación, ella puede no existir; pero si á esto se agregan otros síntomas abdominales, un empastamiento doloroso y una cierta reacción febril persistiendo después de la mejoración de todos los demás, en este caso sí, casi con seguridad, puede decirse que el enfermo es portador de un absceso.

Este absceso peri-apendicular formado, sigue una evolución semejante á la que sigue en otras colecciones inflamatorias y enquistadas del peritoneo; una temperatura elevada, el pulso frecuente, la facies contraída, angustiada, el vientre balonado, constipación absoluta y un dolor difuso son los síntomas del principio. Después el estado general se mejora, el timpanismo abdominal disminuye, la percusión en su lugar da una sub-matitez limitada ó más frecuentemente la sonoridad por interposición de asas intestinales llenas de gases sobre un empastamiento tangible.

A la cesación completa de la contractura muscular defensiva se puede encontrar la fluctuación, signo el más característico de toda colección líquida. Cuando este absceso ha de resolverse en su lugar, la reabsorción se efectúa de su parte líquida y el resto se reorganiza sufriendo la transformación grasa ó una induración esclerosa ó disolverse por completo. Casos son estos en que la virulencia del foco es

muy débil ó las condiciones generales y defensivas del organismo muy poderosas.

Cuando el absceso tiende á abrirse hacia el exterior espontáneamente, una rubicundez inflamatoria de la región sobreviene, el edema aparece, la tumefacción se hace superficial, la piel es lisa y lustrosa, las oscilaciones intermitentes de la fiebre se observan que no hay que confundirlas con las de la curva térmica de la septicemia, complicación que puede ser grave, mortal y muy frecuente en este caso.

Complicaciones.

Numerosas son las que pueden sobrevenir independientemente de su gravedad y de su marcha: una forma en apariencia benigna en que los síntomas evolucionan silenciosamente: la fiebre, los dolores, etc., muy moderados todo augurando la feliz terminación de la enfermedad, los síntomas peritoneales se declaran inesperadamente, el vientre se timpaniza, la facies se altera profundamente, el dolor se generaliza difundiéndose por todo el abdomen, el pulso se acelera, los vómitos porráceos aparecen; en conjunto, el estado general ha sufrido una gran transformación, la gravedad se revela en el semblante, una peritonitis terrible se acaba de declarar; el hipo, la adinamia, el colapso, la algidez, revelan que el pronóstico es la muerte.

El caso muy grave puede ser desde el principio: los síntomas alarmantes pueden evolucionar con mucha rapidez como en las apendicitis de naturaleza gangrenosa, es tal la urgencia en estos casos que el enfermo sucumbe en los primeros días sea que se intervenga muy tarde ó por accidentes tóxicos consecutivos aún después de haber sido operado, es tal la virulencia del foco gangrenoso; para que una peritonitis de esta gravedad se declare, no es necesario que el apéndice esté necrosado, á la operación ó á la autopsia muchas veces no se encuentra ninguna perforación y sin embargo los accidentes son tan graves y fulminantes como en el caso anterior en que si una intervención quirúrgica no se practica acto continuo, el enfermo muere del tercero al cuarto día.

Las lesiones que se encuentran consecutivas á estas peritonitis sobre agudas, las más frecuentes son la hiperemia y congestiones viscerales: de la serosa peritoneal del intestino y adherencias si el proceso ha tenido alguna duración, un derrame seroso, rosáceo ó purulento de cantidad variable, las falsas membranas son numerosas y en este último caso la fetidez es frecuente.

Cuando la peritonitis procede por accesos las adherencias protectoras entre los órganos vecinos desde los primeros ataques congestivos se forman favoreciendo de esta manera el enquistamiento. El absceso retrosecal es entre estos enquistamientos el más importante, la colección se forma hacia arriba y atrás del colon ascendente y por

su situación muchas veces muy alta, el dolor que produce al principio puede confundirse con el del cólico hepático y por su abertura que se observa algunas veces en la cara posterior del ciego como por la gangrena que se produce en las paredes de la cara posterior del mismo; tal era el caso de la autopsia de Gambeta, en aquel tiempo de lesiones atribuidas á las tiflitis. En seguida como frecuencia vienen el absceso prerectal, peri-umbilical y los focos á distancia: el sub-frénico y el de la cara inferior del diafragma.

La forma de apendicitis tipo ascendente tiene gran importancia, más que las otras formas para favorecer las complicaciones pleurales el pus partiendo de su foco sube por la cara posterior del ciego, del colon y de su ángulo derecho, formando en su camino pequeñas colecciones y trayectos secundarios hasta el lóbulo derecho del hígado en donde se extiende; de aquí la infección del pulmón y de la pleura se hace por los vasos linfáticos y no por la perforación del diafragma que nunca se encuentra. Las lesiones que se observan en la pleura infectada son las de una pleuresía purulenta, pútrida gangrenosa y fétida; rara vez se encuentra un derrame seroso y casi siempre es derecha, las hojas de estas serosas son engrosadas, adheridas sobre todo en su porción diafragmática y recubiertas por falsas membranas, de una capa espesa de pus y de desechos gangrenosos; el líquido casi siempre purulento puede alcanzar grandes proporciones y rechazar al pulmón comprimiéndolo hacia su vértice, se desarrolla gran cantidad de gases en su cavidad simulando un pneumotórax con su retintín metálico á la percusión. Estos accidentes pueden declararse varios días después de haberse calmado los síntomas apendiculares como puede suceder también que se declaren cuando aún ellos existan: estas pleuresías gangrenosas son muy graves y casi siempre mortales necesitando la operación del empiema en cuanto una punción revela su purulencia.

Si estas pleuresías se declaran cuando la crisis apendicular haya pasado, toda la atención del médico puede dedicarse á la lesión pulmonar si no se tienen los datos suficientes de su patogenia y fácilmente hacer un diagnóstico inexacto.

La afección apendicular puede llegar hasta el estómago y producir en esta viscera una complicación de seria importancia; sobre su mucosa las lesiones que se observan son la hiperemia, placas equimóticas y erosiones que son el origen de abundantes hematemesis que se repiten varias veces seguidas pudiendo ser desde el principio mortales.

Otra de las complicaciones más importantes es la infección del hígado que puede declararse uno ó varios días después de un ataque apendicular, aunque éste haya sido ligero ó intenso y que la operación se haya hecho ó no; en todo caso esta infección hepática es de temer; se anuncia por la ictericia, tumefacción del hígado, aumento de su volumen, dolor en el epigastrio y en toda la región hepática, náuseas, vómitos, intolerancia por los alimentos, fiebre continua á 40°,

violentos escalofríos y un estado general de aspecto tífico, con la lengua seca y tostada, y el pulso rápido: el enfermo cae en la adinamia, en el colapso y sucumbe. Esta infección se hace por la vena porta y viene á sembrar de numerosos abscesos areolares todo el tejido hepático.

Diagnóstico.

El diagnóstico de esta enfermedad puede ser muy sencillo y muchas veces tan difícil, que es necesario tener un conocimiento profundo de ella y proceder al examen del enfermo con tanta perspicacia, penetración y método, para que no se escapen los casos más desemejantes. El dolor es el síntoma más constante y seguro que nos puede guiar para su diagnóstico; este dolor que es preciso buscar atentamente sobre el punto de Mac Burney puede ser desde muy intenso hasta muy leve; puede encontrarse perfectamente fijo sobre el lugar clásico ó más ó menos desviado en una ú otra dirección; esta variabilidad en su fijeza ha de tenerse muy presente para no confundirlo con otras afecciones, como simples cólicos intestinales ó con un cólico hepático ó nefrítico etc.: todas ellas son acompañadas como la apendicitis, de un conjunto de síntomas generales que les son comunes: las náuseas, los vómitos, la constipación, etc., se ven en todas ellas; sin embargo se puede establecer la diferencia.

Algunos síntomas de la apendicitis recuerdan por su semejanza á los de un cólico nefrítico, en ambas el dolor asienta en el lado derecho del abdomen; pero en la primera es netamente localizado sobre la región cecal en tanto que en la segunda es más acentuado en el flanco derecho y la región lumbar: este dolor puede proceder en ambos casos por crisis; cuando es producida por un cálculo renal, se declara bruscamente y desde los primeros momentos alcanza su máximo de intensidad, tarda unas pocas horas ó varios días y cesa de momento en cuanto el cálculo ha atravesado todo el uréter para caer en la vejiga; en el otro caso sucede todo lo contrario. Después del ataque apendicular quedan los síntomas locales característicos, empastamiento de la región, dolor, hiperestesia y defensa muscular, toda la triada dolorosa que no se encuentra en el otro caso; la retracción del escroto y la hiperestesia del muslo se observan en ambos casos; la apendicitis los produce algunas veces por la vecindad de su foco al nervio génito-crural que lo engloba entre sus adherencias. También en el cólico nefrítico se ve el cálculo ser expulsado por la uretra y la orina emitida poco después, ser ligeramente rosada por la sangre y conteniendo coágulos; y por último, otros síntomas vesicales: oliguria, anuria, como el importante antecedente de litiasis renal, son caracteres que permiten por exclusión hacer el diagnóstico.

Con una salpingo-ovaritis, el diagnóstico es muchas veces delicado, tanto más que estos órganos anexiales pueden estar situados

muy altos de tal manera que el tacto vaginal no es un gran recurso de la exploración porque no son accesibles. Por su marcha, el examen atento de la región apendicular, y como dato etiológico las infecciones vulvares, la blenorragia, sobre todo, hacen sospechar la naturaleza de la afección.

El dolor de la apendicitis puede tener irradiaciones hacia el hipocondrio derecho cuando se trata de un apéndice del tipo ascendente y en este caso es preciso hacer el diagnóstico con el cólico hepático: los trastornos digestivos en ambos pueden existir, el dolor del cólico toma origen sobre la vesícula biliar con irradiaciones á toda la región del hígado, al hueco epigástrico, hacia el hombro derecho y á la escápula del mismo lado; en la apendicitis tiene irradiaciones hacia el hipocondrio, pero su origen el lugar donde es más intenso, es el punto de M. B. Además tenemos la ictericia en el primer caso y el examen de la orina que revela la existencia del pigmento biliar.

Hay formas atípicas en la manera de anunciarse de la apendicitis; es tan frecuente que una constipación tenaz la acompaña, que se ha tomado por una regla general y se desconoce cuando se anuncia por un más ó menos largo período de diarreas y de dolores intestinales, que al principio hacen suponer una enteritis ó enterocolitis de causa banal; no se encuentra la etiología de estas diarreas y se tratan localmente por absorbentes hasta que otros nuevos síntomas vienen á poner sobre aviso: la fiebre, el dolor en el punto de M. B., el timpanismo abdominal, etc.

Una constipación inveterada ó un período de diarreas preceden á la aparición de ciertas crisis agudas de entero-tiflo-colitis que pueden ser con ó sin elevación de temperatura, la fosa iliaca derecha muy dolorosa y con timpanismo abdominal, que es uno de los síntomas más frecuentes; todo esto lo encontramos también en la descripción de la apendicitis y es preciso diferenciar los de una y otra enfermedad: el dolor en la entero-tiflo-colitis, sigue el trayecto del colon ascendente trasverso y descendente formando un círculo al rededor del abdomen, siendo más intenso sobre el colon trasverso en forma de «una barra dolorosa» y sobre sus ángulos. La forma difusa de este dolor en nada se parece al de la apendicitis que es más circunscrito y unido á los otros que forman la triada dolorosa que no se encuentra en el primero; y por último, tenemos como característico el examen de las heces, que son muco-membranosas ó arenosas y muy abundantes al pasar la crisis.

La tiflitis tuberculosa tiene también muchos síntomas que la pueden confundir con la apendicitis: vemos en esta enfermedad los trastornos intestinales, la diarrea y constipación alternándose, la región del ciego dolorosa y sumamente sensible y á la palpación un tumor circunscrito en este mismo lugar, pero el estado general del enfermo, la coexistencia de lesiones de la misma naturaleza en los pulmones aunque esto no es constante, pues algunas veces la tuberculosis del ciego es primitiva y si está ya muy avanzada, aparece

la fiebre éctica; antes no. El dolor sordo, continuo y difuso, los antecedentes escrofulosos, etc., todo esto desde luego excluye la apendicitis que es tan netamente caracterizada, mucho más cuando se trata de hacer el diagnóstico entre estas afecciones con las cuales tiene semejanzas tan lejanas.

Entre los dolores uterinos expulsivos durante todo el período del embarazo y la aparición de los dolores apendiculares que además son tan frecuentes en este estado, es necesario hacer pronto un buen diagnóstico dada la gravedad de los accidentes toxi-infecciosos que pueden declararse de un momento á otro, aún tratándose de apendicitis en apariencia benigna.

Con la histeria, enfermedad que puede simular todos los estados mórbidos, ha sido frecuentemente confundida; su semejanza es tal que cada uno de sus síntomas y en conjunto son exactamente idénticos en ambas enfermedades. Se cita un caso en que cuatro veces en un mismo individuo se hizo el diagnóstico de apendicitis por diferentes médicos y cirujanos en América y en Europa, pero las crisis pasaban y nunca se llevó á cabo la operación que á cada vez se le proponía. El enfermo murió de otra enfermedad diferente y á su autopsia ninguna lesión se encontró: el apéndice perfectamente sano, ni antiguas ni nuevas adherencias de pasadas peritonitis. Los estigmas en estos sujetos de esta neurosis, las placas histerógenas etc., inducen á sospechar la histeria.

Pronóstico.

El pronóstico de la apendicitis es siempre reservado; el grado de virulencia de los microorganismos no es posible suponer ni hasta donde puede la infección y complicaciones llegar; como hay casos remotos que curan espontáneamente, se encuentran otros que de una benignidad aparente á los tres ó cuatro días, muchas veces antes toman una gravedad extrema; los fenómenos alarmantes de una peritonitis sobreaguda se declaran sin que nadie las pueda predecir.

De la gravedad del primer ataque, tampoco se puede deducir la del segundo, pero es más posible que sea de éste ó del tercero que pueda sobrevenir la muerte.

Hemos visto cómo las complicaciones de las vías respiratorias son de una gravedad extrema y más cuando se trata de las pleuresías pútridas.

Otro tanto se puede decir del pronóstico de la infección hepática en donde el enfermo muere con todos los síntomas de una ictericia grave; y por último tenemos los trastornos producidos por sus toxinas; los accidentes cerebrales que simulan una meningitis no pueden llevar un pronóstico más sombrío.

Júzguese por la sentencia de Roux (de Laussane) que transcribo libremente, cuán reservado es este pronóstico.

«El que haya sido atacado de una primera crisis apendicular no dormirá tranquilo hasta tener su apéndice en su bolsa.»

Tratamiento.

Las diferentes formas de la apendicitis no requieren el mismo tratamiento. Esta es la opinión de gran número de médicos y cirujanos, pero están muy lejos de ponerse de acuerdo todos.

El tratamiento quirúrgico es un tratamiento radical, es verdad, quitando la causa se quitan los efectos, pero no en todas las formas conviene. Un verdadero entusiasmo se ha despertado desde hace algunos años por operar tan pronto como se haya hecho el diagnóstico. La experiencia ha venido á demostrar con datos estadísticos, que no se ha de ser tan exclusivo; la mortalidad se ha visto disminuir desde que en vez de operar siempre y pronto, se ha sujetado á las indicaciones operatorias.

Esta es la opinión de muchos eminentes médicos y cirujanos entre ellos Roux (de Laussane) uno de los maestros en apendicitis, autor de tantos trabajos importantes sobre este asunto y uno también de los más ardientes cirujanos. Broca participa igualmente de esta opinión y ambos están convencidos de que la indicación no es para todos los casos la misma y creen firmemente que esta manera de pensar constituye un verdadero progreso.

El tratamiento médico y el quirúrgico no se excluyen el uno al otro en todas las formas clínicas de la apendicitis, cada uno de ellos conviene en ciertos casos y en otros no es necesario. Todos los autores son de parecer en considerar algunas de estas formas como del dominio exclusivo del tratamiento quirúrgico y al tratamiento médico en estos mismos como completamente inútil.

En las apendicitis á recaídas después de uno ó varios ataques agudos ó crónicos es necesario operarlos en frío, cuando ya todos los síntomas han cesado es el momento más oportuno de practicar una operación ideal; en las mejores condiciones del paciente, sin ninguna urgencia y en el tiempo y hora que se quiera.

La necesidad de esta operación es del parecer de todos, ¿pero se ha de operar desde el primer ataque? Nó, hemos visto que las crisis sucesivas van siendo más y más graves, pero el primero puede permanecer único. Observaciones hay varias que dan á conocer que individuos que hayan tenido en su juventud, una crisis aún grave, permanecen perfectamente curados, no conservando trazas ni aún recuerdos de su enfermedad pasada.

Es preciso pues, tener esto presente, tanto más que las estadísticas, dan cifras bastante halagadoras, para no pensar cuando se pro-

pone una operación en estas condiciones que son pocas las probabilidades que el paciente tiene de curar espontáneamente.

Según las estadísticas de Krafft en un 25 % la recidiva sobreviene; en la de Richardsom en un 32 % y en la de Fits en 15 % solamente. A juzgar por estos datos en que mucho más de la mitad de los enfermos que hayan tenido un primer ataque quedan indemnes de una nueva recaída; las esperanzas bien fundadas quedan de no necesitar de una operación en el futuro.

Siempre que sea posible y cuando esté perfectamente indicada la operación en frío debe ser practicada; tres ó cuatro semanas después la operación es sin ningún daño, es seguida siempre de la resección del apéndice que se encuentra fácilmente y que asegura una curación definitiva, lo que no sucede en las intervenciones en las que existe un foco séptico, en éstas es más difícil encontrarlo, sea que esté completamente gangrenado y fundido ó que sea tan friable que entre las falsas membranas se confunda. En el caso de absceso pericecal veremos que no es siempre necesario ni posible hacer su resección.

En los casos de apendicitis aguda el tratamiento médico tiene suma importancia; la mayor parte de los casos se ven ceder á un tratamiento bien dirigido por intensos que parezcan en sus principios; un proceso infeccioso puede retroceder, localizarse y aún desaparecer por resolución.

Pero su evolución es tantas veces tan traidora, que es preciso estar siempre vigilando casi continuamente su marcha; de benignas y poco intensas que parezcan ó que en aparente calma permanezcan, no se ha de tener absoluta confianza en la completa desaparición de toda gravedad, de un momento á otro una operación de urgencia puede imponerse.

Cuando se es llamado delante de un enfermo en quien estos síntomas estén en su principio, sea que se trate de un estado sub-agudo ó crónico, el diagnóstico hecho, si la operación se decide para el día siguiente ó dos días después; el vermiun todavía sería encontrado muy fácilmente libre de toda adherencia, turgido ó simplemente congestionado, el peritoneo pareciendo normalmente sano; de momento se dudaría si se trata ó no de una crisis apendicular. La amputación practicada dejaría al enfermo completamente seguro de una curación radical y de no estar expuesto tal vez á graves y mortales complicaciones. Muchos autores son partidarios de esta conducta, les parece que esta operación practicada así en caliente está fuera de todo daño, pero no es así. Hemos visto en lo que precede, cómo las experiencias y las estadísticas de grandes maestros se oponen á este proceder, han visto la mortalidad disminuir desde que se conducen con más prudencia. Y dice Lejars á este propósito: en la práctica se debe reconocer que tal conducta escolla frecuentemente ante obstáculos materiales insuperables.

Nuestra regla de conducta ha de ser muy diferente ante un caso parecido, instituir inmediatamente un tratamiento de inmovilización general de todo el cuerpo, una dieta severa se ordena observándola con escrupulosa exactitud; nada de leche ni caldos, á lo más se permite una pequeña cucharadita de las de café de agua hervida ó agua de Vichy cada dos horas para calmar la sed y esto es todo, los purgantes, las lavativas, los supositorios todo esto es proscrito. El enfermo debe permanecer completamente inmóvil, inerte, en decúbito dorsal sobre su lecho; bajo ningún pretexto se ha de cambiar esta postura.

Una gran bolsa de hielo se ha de tener en permanencia sobre toda la parte inferior del abdomen abarcando ambas fosas ilíacas.

La inmovilización del intestino se obtiene administrando opio á pequeñas dosis y repetidas de hora en hora sea en una poción ó en pequeñas píldoras, siendo la dosis proporcional según la edad, de 0'05 centigramos á 0'15 centigramos en las veinte y cuatro horas.

Una vez teniendo la certeza de haber hecho un buen diagnóstico, no es necesario repetir varias veces más la exploración del abdomen para no provocar el dolor ó desplazamientos internos; es preciso abstenerse de esto, que además ningún dato útil puede dar sobre la marcha y gravedad del mal, que se ha de buscar en el estado general del enfermo, en su facies, la temperatura y el pulso.

A esto se reduce todo el tratamiento dicho de inmovilización; si se sujeta estrictamente con severa vigilancia á todos sus preceptos sin agregar ni omitir nada, muy pronto se ven sus sorprendentes efectos que no se hacen esperar mucho tiempo.

Los contemporizadores declaran que el tratamiento de la apendicitis ha de ser siempre quirúrgico, que es por prudencia que ellos transfieren la intervención esperando un tiempo más oportuno si es posible y no la retardan por timidez, como llaman algunos. Es que la intervención en frío se practica en muchas mejores condiciones que en la intervención inmediata. La operación misma es menos grave como su convalecencia en un sujeto en quien todos los accidentes han pasado, que en otro estando en pleno período agudo. Además esta contemporización es sin ningún daño, pues si los síntomas se agravan, si un absceso aparece ó una peritonitis se declara, entonces se opera de urgencia, no hay ningún inconveniente, está absolutamente indicada.

La apendicitis es una lesión quirúrgica indudablemente, como dicen Brun y Jalaguier que se debe operar; pero que es preciso elegir el momento y no operar siempre, en todos los casos y pronto: este último proceder no lo permitirá largo tiempo la clínica.

Bajo la influencia del tratamiento médico de inmovilización, convenientemente observado: la resolución completa es frecuente, la mejoración es la regla. Si se trata por ejemplo de uno de los casos en que el dolor es uno de los síntomas dominantes y que muchas veces adquiere una intensidad extrema: el enfermo cianosado, anhe-

lante, cubierto de sudor, agitado de una viva excitación, revelando en su semblante el grado de sufrimiento, ante este cuadro se ha de comenzar por una pequeña inyección de morfina de un cuarto de centígramo á un centígramo según la edad, inmediatamente después todas las demás prescripciones: la inmovilización en decúbito dorsal, la dieta, etc. Por ruidoso que parezca este conjunto de síntomas y de una apariencia alarmante, no hay tal, la gravedad del pronóstico no se funda en su extrema intensidad. Bajo la influencia de este tratamiento muy pronto todos estos síntomas se ven ir cediendo grado por grado, la fisonomía del enfermo cambia, el insomnio, la agitación, el delirio, todo desaparece, todo entra en orden, el ataque ha pasado.

Ciertas crisis agudas de apendicitis se resisten más que otras á este método de inmovilización, la fiebre puede permanecer muy alta por varios días, los vómitos que comienzan con los primeros síntomas muy tenaces van siendo más raros á la cesación del punto de costado iliaco, en cuanto la palpación es más soportable por el enfermo, á los tres ó cuatro días se descubre una extensa induración ó empastamiento espeso y duro en ancha zona al rededor del foco, la temperatura disminuye, la constipación es casi completa simulando una verdadera oclusión por la falta absoluta de evacuaciones y de emisión de gases, es este un síntoma constante y persistente que hay que respetar y que cede simplemente á la disminución de la crisis; cuando ésta va pasando la espontánea emisión de gases constituye un buen indicio de que el ataque va á pasar.

Hasta que todo este conjunto de síntomas generales y locales cesa, que se suaviza el vientre y la defervescencia es completa, el rigor de la dieta se termina.

Lejars transcribe así los sabios consejos de Jalaguier y yo no haré otra cosa mejor.

No se dará la primera taza de leche que á las veinticuatro horas de la defervescencia completa y el régimen lácteo exclusivo se mantendrá hasta quince días después.

El primer laxante de aceite de ricino ó calomel se administrará á las 24 ó 36 horas de terminada la crisis, no se purgará más en los días siguientes y se limitará para asegurar la regularidad de las heces á las lavativas glicerinadas, á los supositorios ó á los pequeños laxantes. La bolsa de hielo puede suprimirse pasados varios días después de la defervescencia y la permanencia del enfermo en su cama no terminará que al cabo de tres ó cuatro semanas. Todos estos preceptos vendrían siendo como una primera parte de este tratamiento y la resección en frío sería la segunda para terminar la curación, que no se ha de practicar todavía á los pocos días de terminada la crisis aguda sino que se esperará que pasen de quince á veinte días para las formas atenuadas y cinco ó seis semanas para las demás.

Como desde su principio esta enfermedad puede tener una forma inquietante ó comenzar de cierta manera benigna y á las veinticuatro

ó más horas cambiar por completo de aspecto, como hemos visto al tratar de su evolución, que es muchas veces tan traidora, se debe estar siempre á toda hora dispuesto á intervenir desde que los síntomas benignos se cambien, que la agravación rápida de los accidentes se note: una fisonomía angustiada, el pulso y la temperatura en desacuerdo, el balonamiento del vientre denuncian una forma hipertóxica; no hay que esperar. En todas estas formas sépticas hipertóxicas, sea declarándose desde sus principios ó sobreviniendo intempestivamente en su proceso que parecía seguir una marcha regular, sería uno de los pocos casos en que la intervención quirúrgica se deba practicar con la mayor urgencia, de la misma manera que se haría tratándose de una peritonitis por perforación. No olvidar que en la evolución de esta afección, tenemos ejemplos muchos de calmas falsas y engañosas; hay que estar, pues, siempre atento, vigilando continuamente y siempre dispuesto á operar.

Es otra también de las indicaciones de la intervención quirúrgica inmediata la aparición de un absceso iliaco. Después de varios días de un período agudo de dolor vivo en la fosa iliaca, de vómitos, de temperatura muy alta, de una pulsación radical muy acelerada, el vientre muy sensible y doloroso, un empastamiento mate ó submate y fluctuante, no cabe duda de que se trata de una colección purulenta; en este caso cualquiera que sea su dimensión, la evacuación debe ser pronta, no hay que esperar para el día siguiente en cuanto se tenga certeza del diagnóstico. El cuadro sintomático de estos abscesos no es siempre tan netamente caracterizado por sus signos locales: en los abscesos profundamente formados por detrás del ciego por ejemplo y sobre todo los consecutivos á las apendicitis pelvianas, á la palpación no se nota más que un empastamiento poco extenso, que no indica de una manera precisa la existencia de pus y menos su cantidad, que puede ser muy grande; lo mismo que la fluctuación es lejos de encontrarse siempre; sin embargo si los síntomas generales, la fiebre, el dolor, los vómitos, el examen del pulso, el mal estado general persisten indicando su formación tanto más si se trata de una recaída, la intervención debe practicarse prontamente.

En todos estos casos anteriores y en las peritonitis generalizadas que sobrevienen como complicación durante una crisis apendicular, sea desde sus principios á las primeras horas ó más tardíamente uno ó más días después ó cuando ella se constituye de una manera más ó menos insidiosa que es bastante frecuente. Son los principales casos en que está indicada una intervención quirúrgica de urgencia y más aún, agrega Lejars, *en la duda se opera.*

Operación.

Antes de proceder á trazar la incisión que se elija, según el caso ó la del gusto del cirujano, estando el enfermo horizontalmente acos-

tado sobre el dorso y bajo la anestesia quirúrgica del cloroformo, éter ó de la anestesia local por el método de Schleich, (como en el caso de mi primera observación,) es prudente hacer una última exploración que nos puede suministrar datos muy preciosos con respecto á la situación y dimensiones del foco ó colección purulenta.

Las incisiones cutáneas que han sido propuestas son varias: la de Roux es oblicua y ligeramente curva, de diez centímetros de longitud que pasa paralelamente á un través de dedo por encima de la arcada crural y de la espina iliaca anterior y superior que marca su parte media. Max Schüller practica su incisión vertical paralela al borde externo del músculo recto anterior del abdomen. Para A. Broca el mejor procedimiento es el de Jalaguier; traza la incisión vertical de seis ó siete centímetros de extensión á lo largo y á un centímetro por dentro del borde externo del gran recto anterior, se llega sobre su aponeurosis, se incide y disea el borde de este músculo que se separa hacia adentro; la hoja posterior aponeurótica y el peritoneo se incinden por último. Este procedimiento tiene la ventaja de no exponer á las eventraciones consecutivas, pero es inferior á la incisión de Roux en el caso que haya una colección purulenta, porque dificulta su libre derrame á menos que se ponga un desagüe suficiente.

Cualquiera que sea el procedimiento que se elija en cuanto se incide el peritoneo se separan los bordes de la herida para dejar visible su fondo, protegiendo con compresas asépticas los labios de ésta, se explora suavemente con los dedos índice y medio de la mano derecha sin romper las adherencias que se encuentren; si hay pus formado se le da libre paso evacuando todo lo que sea posible é imbiendo con compresas lo que quede en el fondo, se sigue explorando por detrás del cecum y en la fosa iliaca, que son lugares frecuentes de colecciones secundarias.

Cuando el ciego está ya libre de toda adherencia se echa hacia afuera reconociéndolo por su forma y la dirección de sus bandas musculares. En su parte posterior é interna se ve implantado el apéndice guardando relaciones con respecto al ciego muy variables: puede encontrarse libre de toda adherencia, en este caso su ligadura es muy sencilla, se hace con un hilo de catgut puesto lo más cerca posible de su base á tres ó cuatro milímetros más ó menos y se reseca después á pocos milímetros de ésta y la ligadura de su meso se pone separadamente.

Si después de una exploración minuciosa (siempre hecha con mucha prudencia) no es posible encontrarlo, no se ha de insistir más, es preferible dejarlo en su lugar que seguir desgarrando las adherencias protectoras que exponen á graves complicaciones; el objeto principal de la operación se ha obtenido con sólo abrir el foco, pero de ninguna manera es indiferente dejarlo en su lugar cuando está esfacelado ó perforado, largas supuraciones y fistulizaciones quedan por mucho tiempo.

Algunas veces el apéndice está adherido en toda su longitud confundiendo en el espesor de las paredes del cecum; para encontrarlo se palpa el intestino entre los dedos y da la sensación de un cordón duro redondeado; en este caso su disección es muy laboriosa y debe hacerse con mucha lentitud.

Como medida de prudencia, antes de poner la ligadura, se debe hacer un raspado de la mucosa del muñón con una pequeña cucharilla cortante y cauterizar después su cavidad al termo cauterio.

La sutura de la herida se hace corrientemente en dos planos: la capa profunda con hilos de seda y la piel con crin de Florencia, dejando tubos de desagüe en la parte inferior de la herida. Esta práctica no debiera ser sistemática para todos los casos, cuando se trata por ejemplo de una colección purulenta, los hilos de seda de la capa profunda quedan bañados por el pus y se infectan y estrangulan muy pronto antes que los planos musculares hayan tenido tiempo de unirse y se abren de nuevo sus bordes supurantes y desgarrados, esto indica que lo mejor sería aproximarlos provisionalmente por uno ó dos puntos de hilo metálico mientras termina la supuración y después en una nueva sesión completar la sutura convenientemente cuando esté en mejores condiciones.

Observación I.

E. M. de 42 años de edad, ingresó á la Casa de Salud el 29 de Enero de 1905.

Entre los antecedentes hereditarios de este sujeto no se encuentra ningún dato en relación con su actual enfermedad.

Y entre sus antecedentes personales nada tampoco que explique su etiología.

Desde hace dos meses data su enfermedad, comenzó con fuertes dolores abdominales en su mitad derecha partiendo de la fosa iliaca sobre la región del cecum, al mismo tiempo que este dolor, los vómitos comienzan alimenticios y biliosos muy abundantes, constipación por varios días sin cefalalgia ni fiebre. Llamado un facultativo del lugar de su residencia le prescribe el reposo, una bolsa de hielo sobre la región dolorosa y para combatir la constipación le ordena tomar diariamente un vaso de agua de Janos: los síntomas se mejoran bajo este tratamiento, pero no fué persistente su alivio, á los pocos días reaparece con mayor intensidad por lo cual se decidió trasladarse á la Casa de Salud de esta ciudad en donde lo encontramos en el estado siguiente: acostado sobre el dorso con el muslo derecho en flección sobre la pelvis.

Al examen local de la región enferma se encuentra la coloración normal de los tegumentos, un empastamiento circular bien limitado, muy doloroso y mate extendido hasta la región lumbar, todo el resto del abdomen con su sonoridad normal, la piel adherente al budín inflamatorio y defensa muscular. La temperatura es á 37°, pulso radial 70 por minuto, el examen de la orina no dió

albúmina. Nuestro profesor de Clínica Quirúrgica Doctor don Juan J. Ortega, hizo el diagnóstico de absceso peri-apendicular y la operación se debía practicar prontamente, se le propuso al enfermo y la aceptó para el día siguiente. Por la tarde del mismo día la temperatura subió á 40° y el dolor se hizo más intenso, se preparó el campo operatorio.

Operación: por medio de la anestesia local, método de Schleich, se insensibilizó la región y se trazó la incisión sobre el punto más culminante del absceso, un enorme flote de pus se escapó inmediatamente por la herida de olor infecto y fecaloide, se evacuó todo lo que fué posible y se dejaron gruesos tubos de drenaje, se suturó en parte sin reseca el apéndice que hubiera sido imposible encontrarlo dejándole una curación aséptica absorbente. A los pocos días la supuración terminó y cicatrizó la herida. Salió perfectamente curado. (*)

Observación II.

I. D. de 37 años de edad, natural de Salamá.

Antecedentes hereditarios de reumatismo en su padre y un hermano.

Antecedentes personales: blenorragia crónica con algo de cistitis y estrechés de la uretra, tratada por la dilatación progresiva.

No atribuye él á ninguna causa la aparición de su enfermedad, la cual empezó hace dos años próximamente por una sensación de molestia y pesantez en la fosa ilíaca derecha y algo de dolor difundido por toda la parte inferior del vientre, dicho dolor le sobreviene por intervalos de quince días más ó menos dilatándole seis ú ocho, durante estos períodos dolorosos tiene alternativas de constipación y de diarrea, rara vez vómitos, un estado saburroso y mal paladar sin otro trastorno digestivo y nada por los otros órganos. Hasta hace tres meses se localizó más exactamente este dolor sobre la región apendicular, durante este tiempo muy raras veces se ha sentido mejorado y por el contrario por poco que se separe del régimen ó sin causa apreciable por momentos se exacerba con irradiaciones al testículo, con escalofríos y ligero estado febril sin ceder con ninguna de las medicaciones que otras veces le han proporcionado un corto alivio: los purgantes de que el paciente ha hecho largo uso por el estado de estreñimiento habitual en que se mantiene, los baños calientes, las lavativas, nada lo calman.

Cinco días antes de la operación el enfermo es muy angustiado, con fiebre continúa manteniéndose al rededor de 38° con muy pocas remisiones, el dolor es intolerable situado constantemente sobre el punto de M. B. aumentándole atrozmente á la menor presión, una sensibilidad exagerada en toda la fosa ilíaca, defensa muscular muy marcada y un empastamiento extenso en toda la región; apareció entonces ligero edema superficial, tenía dos ó tres asientos diarios y un estado nauseoso constante.

(*) Ultimamente hemos vuelto á ver este sujeto entregado á su oficio de carpintero y satisfecho de su curación.

El diagnóstico de apendicitis aguda fué hecho por los Doctores Ortega en su policlínica, debiéndose operar de urgencia, para lo cual el enfermo se trasladó á la Casa de Salud.

El día 29 de Abril se practicó la intervención en las mejores condiciones del paciente que es un hombre robusto. Abierta la cavidad abdominal, fué bastante difícil encontrar el apéndice que estaba muy adherido á la cara posterior del ciego, muy congestionado, turgesciente y se fraccionó al tirarlo hacia afuera por su friabilidad, ni una gota de pus, ni signos de peritonitis, algunas adherencias y dos gruesos ganglios mesentéricos muy próximos infartados. Teniendo seguridad de haber operado con toda limpieza se suturó la herida en toda su extensión, dejando una pequeña mecha en la parte inferior por la cual no salió ningún exudado y cicatrizó por primera intención á los pocos días.

Observación III.

E. S. de quince años de edad, buena constitución, muy desarrollada, cuyas funciones digestivas han sido siempre muy buenas y sin ningún antecedente hereditario.

Sufrió hace tres años y medio una fuerte contusión en la parte media é inferior del abdomen, desde ese accidente ha padecido repetidas veces de dolores en la misma región, no dándole mucha importancia considerándolos como simples trastornos digestivos y que se le corrigen siempre con un purgante salvo dos ó tres veces que le repitió con tal intensidad que llegaba á perder el conocimiento; estos accesos parece que le venían periódicamente por los meses de Marzo y Diciembre ó cuando montaba á caballo, sentía una sensación de pesantez y de dolor desgarrante en la región cecal, desapareciéndole al dejar la causa.

Un día, el 14 de Marzo de 1905, fué llamado el Doctor Domingo Alvarez para asistir á este enfermo una mañana muy temprano, por un dolor abdominal de que había sido atacado desde el día anterior, comenzándole con pequeños asientos dolorosos y frecuentes de una sustancia mucosa como clara de huevo característicos de una colitis, desde esa misma tarde se vió obligado á tomar cama pasando muy mala noche. El Doctor que lo ve por la mañana siguiente lo encuentra con gran defensa muscular y dolor agudo netamente localizado sobre la región apendicular y difundido por todo el bajo vientre, las paredes del abdomen retraídas, con una temperatura de $37^{\circ} 5$ á 38° , este estado del niño le pareció grave y manifestó á la familia que necesitaba de una junta de médicos, su diagnóstico desde este momento fué el de una apendicitis aguda y probablemente estaría formándose un absceso peri-apendicular; por la tarde encuentra el caso más apurado; la temperatura llega á 39° , el dolor más difundido, el estado general grave, tenía hipo, insensibilidad general y balonamiento del vientre; insistió de nuevo sobre la necesidad de una junta de médicos que no se reunió sino hasta el día siguiente y todos fueron de su parecer en que debía operarse de urgencia.

El enfermo y la operación se prepararon para esa misma tarde, á las seis y media comenzó, se practicó la incisión ilíaca y en cuanto todo el espesor de la pared abdominal fué hendida, se derramó una gran cantidad de pus de mal olor fecaloide, se evacuó todo cuanto fué posible, se hizo un buen lavado con agua esterilizada y suero quirúrgico sin resecar el apéndice.

Le dejaron en la parte más declive de la herida gruesos tubos de drenaje y se suturó el resto de la incisión por planos.

La temperatura bajó pocos momentos después, para volver á subir de nuevo hasta $39 \frac{1}{2}$ hacia las ocho de la noche, hasta esta hora todo parecía que iba muy bien; la calma se revelaba en la fisonomía del enfermo hasta aquí había conservado en toda la lucidez sus ideas; pero á partir de este momento con la elevación de la temperatura, el estado general se cambia por completo, el enfermo se agita, está inquieto, ansioso, la mirada fija y brillante, hace movimientos desordenados sobre su cama, extiende sus miembros en toda dirección apesar del dolor, era preciso sujetarlo para que no fuera á caerse de su lecho, con la facies descompuesta, con un movimiento de la cabeza de uno y otro lado estaba delirante.

Este acceso le pasó muy pronto, dos horas estaría en este estado lográndose después que se calmara sin administrarle ningún medicamento, durmiéndose después con un sueño tranquilo gran parte de la noche, hasta entonces no había tenido ninguna evacuación intestinal; al día siguiente se le cambió la curación, todavía le salió una buena cantidad de pus. Una ictericia intensa le sobrevino dos días después; la mucosa de la boca, la saliva, la piel toda y las conjuntivas tenían un tinte subido amarillento; una verdadera acolia se produjo, la orina contenía pigmento biliar, las materias fecales decoloradas. Felizmente todo esto pasó, no sobrevino después ningún otro accidente, á los pocos días la supuración terminó, quedándole una pequeña cicatriz y perfectamente curada.

Observación IV.

R. M. de 23 años de edad, ingresó á la Casa de Salud el 2 de Marzo de 1905.

Como antecedentes, un hermano suyo fué operado de apendicitis hace cinco años.

Historia de su enfermedad: de Junio de 1903 data la primera manifestación de una serie de crisis apendiculares que vino sufriendo desde esa fecha.

El primer ataque principió por un vivo dolor en la fosa ilíaca derecha, con vómitos, constipación y timpanismo abdominal durante ocho horas consecutivas más ó menos.

A partir de esta primera crisis, las sucesivas han sido siempre cada vez mayores en duración é intensidad; una de las últimas la que le atacó en Diciembre de 1904, le duró 29 horas.

El lunes 27 de Febrero último como á las nueve de la noche, sin ninguna causa apreciable, se le presentó por última vez el cuadro sintomático para él tan conocido, á la aparición de los primeros síntomas tomó como lo ha hecho otras veces un purgante que no pudo retener arrojándolo en seguida, recurre entonces

á las lavativas, ventosas, cataplasmas, etc., que le produjeron alguna mejoría. Por la tarde del día 28 merced á una inyección de morfina pudo dormir y siguió mejorado hasta el miércoles 1º de Marzo en que por la tarde tuvo una fuerte elevación de temperatura, el termómetro marcó 39°, por la noche como á las 7, al querer incorporarse sobre su cama, fué atacado violentamente de un dolor agudísimo en la región iliaca derecha cubriéndose de un profuso sudor en todo el cuerpo. Inmediatamente fué llamado el Doctor Ortega quien propuso la operación para el día siguiente.

Estado del enfermo el día de su ingreso: acostado en decúbito dorsal sobre su cama, inmóvil con el miembro inferior derecho en semi-flexión, la temperatura á 38°, el pulso radial rápido pero regular, el abdomen abultado, distendido, dolor intenso en el punto M. B., defensa muscular y timpanismo generalizado.

La región operatoria fué preparada convenientemente y operado el mismo día á las 11 de la mañana.

Operación: bajo la acción de la anestesia general clorofórmica, se practicó la incisión iliaca clásica que dejó á descubierto el ciego; con alguna dificultad se encontró el apéndice aumentado de volumen, congestionado, adherido completamente á las paredes del cecum, de una forma irregular, perteneciendo al tipo ascendente y su disección fué muy laboriosa, la ligadura se puso desde su base y la de su meso separadamente. Se dejó un tubo grueso de desagüe y se suturó la herida.

Por la tarde la temperatura ascendía á 38°, pulso radial 90, el abdomen meteorizado y muy sensible, tuvo un asiento diarreico.

El día siguiente por la mañana temperatura 37° 8, pulso 86, por la tarde 37° y otro asiento de la misma naturaleza.

El 4 por la noche insomnio, dolor en el lugar operado, temperatura 37°, se cambió el apósito, por la tarde subió á 38°.

El 6 tuvo de nuevo insomnio, mal estar general, lengua saburrosa y el abdomen timpanizado, salió pus por la herida de un olor intestinal, tomó un purgante y le hizo buen efecto.

El 10 estado general satisfactorio. El 28 completamente cicatrizada la herida y salió curado.

Observación V.

E. A., de 41 años de edad, Coronel del Ejército y de antecedentes hereditarios sanos.

Antecedentes personales: ha padecido trastornos digestivos desde el año de 1902 en que por el mes de Agosto fué atacado de un fuerte cólico intestinal combatido con purgantes: el año siguiente de nuevo tuvo como el anterior otro cólico que cedió al mismo tratamiento; en Septiembre del año pasado le repite por tercera vez, acompañado de ligero movimiento febril, un vaso de agua de Janos le corrige este trastorno.

Al mes siguiente tuvo otro pero más ligero y más corto que el anterior.

Por la noche del 31 de Diciembre último fué violentamente atacado de un dolor abdominal sumamente agudo que no desaparece hasta la mañana siguiente para volver de nuevo con redoblada intensidad á aparecer por la noche. Ya un año antes de este último acceso, el Doctor Salvador Ortega que había visto á este sujeto durante uno de estos ataques dolorosos, había hecho el diagnóstico de crisis agudas de apendicitis. En este último ataque el del 31 de Diciembre, la misma autorizada opinión del Doctor S. Ortega en corroboración con la de su hermano Doctor J. J. Ortega y la de los Doctores M. Aparicio y D. Alvarez, hacen de nuevo el diagnóstico de apendicitis aguda y la intervención quirúrgica estaba indicada.

La operación debía ser practicada el día 3, el enfermo amaneció esa mañana tranquilo, pero no era más que una calma aparente, la operación estaba lista, un nuevo examen, del enfermo reveló su gravedad y se procedió á operar.

La incisión iliaca fué hecha por el método de Roux, al abrir la cavidad peritoneal, se abre en seguida una gran colección purulenta cuyo contenido se derrama por los bordes de la herida; evacuada deja visible en el fondo un apéndice esfacelado, se completa la evacuación del pus y se reseca desde su base. Se sutura en su mayor parte la herida, se colocan los tubos de desagüe y como complemento una buena curación aséptica se deja sobre el lugar.

En seguida el operado es trasladado á su lecho donde permanece inmóvil con poco dolor, sin fiebre y la dieta hídrica se ordena.

Diariamente el enfermo mejora y al cabo de un mes y medio la cicatriz es casi completa, persistiendo solamente una pequeña fístula estercoral que también termina por curar pocos días después.

Observación VI.

R. A., niño de 4 años de edad y normalmente desarrollado.

Entre sus antecedentes sabemos que su padre que actualmente goza de buena salud padeció mucho tiempo, hace varios años, de un flegmón perinefrítico y se esperaba que hubiera una indicación precisa de la operación para practicarla; pero nunca llegó á la supuración y terminó por resolverse.

Hace dos meses el niño sufrió por montar á caballo un fuerte traumatismo en la fosa ilíaca derecha, desde entonces viene quejándose de un dolor profundo aunque poco intenso situado en dicha región.

Un mes después de este accidente fué atacado de un escalofrío intenso seguido de corta elevación de temperatura que le repite durante cinco días consecutivos, se le pusieron algunas inyecciones de quinina y curó.

Algunos días después el dolor que no había desaparecido por completo se le acentuó más sin localizarlo por sí mismo de una manera precisa en su verdadero origen. Esto fué precedido pocos días antes por vómitos y constipación, se le hizo tomar un purgante de calomel y como no le hiciera efecto al día siguiente, se le dió otro de aceite de ricino quedando como el anterior inactivo, recurrieron entonces á las lavativas grandes y repetidas, pero nada se obtenía, la constipación era tenaz.

El Doctor D. Alvarez que lo asistió durante los accesos de paludismo anteriores, fué llamado esta vez por los trastornos digestivos últimos; al hacer el exámen notó que el dolor partía del punto de M. B. Llamó en consulta á los Doctores Ortega y todos fueron de opinión que se trataba de un caso de apendicitis aguda.

El estado del enfermito se había venido agravando de día en día, la temperatura intermitente llegaba á 38° y 39°, el vientre distendido, doloroso, con náuseas, vómitos, quejándose siempre y sin poder extender el muslo derecho acostándose invariablemente sobre su lado enfermo.

Ante este cuadro la operación se decide para el día siguiente 22 de junio último.

Operación: abierta la cavidad abdominal se llegó sobre el ciego, buscando por su cara posterior se encontró el apéndice que era ascendente y rodeado por una pequeña colección purulenta, se dió salida al pus y se reseco el vermium, dejando un buen desagüe en la parte inferior, se suturó todo el resto de la herida.

El día siguiente de la operación la temperatura es de 37½°, el estado general bueno, la piernita todavía algo en flección y acostado sobre el lado operado, se tiene á leche solamente, algunos días después la herida operatoria supura muy poco y se espera su pronta cicatrización.

Observación VII.

G. H., señora de 38 años, ingresó á la Casa de Salud el 15 de febrero de de 1905.

Antecedentes hereditarios: su hermana y un hijo murieron de apendicitis.

Antecedentes personales: no tiene ninguno.

Historia de su enfermedad actual: le principió hace dos años por un dolor agudo y punzante en la parte inferior y lateral derecha del abdómen donde tiene su mayor intensidad, con irradiaciones á toda la parte inferior del vientre y un aumento notable de la sensibilidad cutánea de toda la fosa ilíaca. La región renal del mismo lado era también dolorosa, la orina escasa pero sin dolor á la micción, en pocos días estos trastornos pasaron.

De nuevo, hace tres meses, el antiguo dolor se reproduce mucho más agudo y localizada la fosa ilíaca derecha, coincidiendo con un estado saburroso, con elevaciones de temperatura intermitentes, con vómitos y constipación por muchos días.

Al exámen local se nota una extensa pastosidad sobre la región cecal, muy dolorosa á la presión, hiperestesia cutánea y defensa muscular muy marcada.

Al tacto vaginal el fondo de saco lateral derecho muy sensible y el ovario del mismo lado aumentado de volumen y doloroso.

El Jefe del servicio diagnostica un caso de apendicitis aguda.

Tratamiento: el 25 de febrero bajo la anestesia clorofórmica y preparada rigurosamente la región operatoria fué practicada la apendisectomía por los Doctores Ortega.

Operación: Se abre la cavidad abdominal por medio de la incisión ilíaca, clásica, se va en busca del apéndice que se encuentra en su posición normal, se amputa desde su base y se cauteriza el muñón lo mismo que el ovario del mismo lado que era atacado de degeneración quística. Este apéndice encerraba en su canal un pequeño cálculo: la operación se terminó suturando la herida operatoria en dos planos y dejando un desagüe en la parte más declive, ninguna complicación sobrevino post-operatoria y á los catorce días se quitan los últimos puntos de sutura.

Observación VIII.

Doña J. G., de 32 años de edad, ingresó á la Casa de Salud de Señoras el 14 de mayo de 1905.

Antecedentes hereditarios: ninguno.

Historia: poco tiempo después de haber tenido un hijo á término ha comenzado á sufrir de cólicos intestinales que se han repetido varias veces desde esa fecha, pasándole completamente al poco tiempo sin dejarle ningún otro trastorno digestivo.

La víspera del 2 de mayo había comido muy bien como de costumbre y se acostó en buen estado de salud, como á las cuatro de la mañana se levanta sobresaltada, presa de un vivo dolor en el hipocondrio izquierdo, se tomó á esa hora una dosis de soda purgante y se puso una lavativa que le provocó abundantes asientos diarreicos, no durmió más en el resto de la noche y como el dolor le iba aumentando, á las nueve de la mañana siguiente tomó otro purgante de sal inglesa, con esto los asientos se hicieron extremadamente numerosos y el dolor por la tarde se hizo intolerable localizándose en la fosa ilíaca derecha y hasta la columna vertebral, la enferma acostada sobre el dorso no podía cambiar de esta posición sin mucho sufrimiento, tenía gran defensa muscular y exagerada sensibilidad en todo el lado derecho del abdomen.

Cinco días permaneció en este estado, poniéndose cataplasmas sobre la región dolorosa sin mejorarse ni un momento, la diarrea solo había cesado cediendo su lugar á la constipación, un malestar se apoderó de ella desde el primer día, un violento escalofrío la agitaba, pocos momentos después la temperatura subió y un sudor frío y copioso cubrió todo su cuerpo. A los catorce días su situación empeoraba y fué trasladada á la Casa de Salud en un estado de postración extrema próxima á la agonía, al día siguiente por la mañana á la hora de pasar la visita los Doctores Ortega ven esa enferma y diagnostican un absceso peri-apendicular y fué operada en seguida apesar de las malas condiciones en que se encontraba.

La operación nada tuvo de particular; se abrió anchamente la colección, se evacuó todo el pus, el apéndice estaba gangrenado y se dejó sin resecar, pusieronse tubos de desagüe en la parte inferior de la incisión suturando todo el resto, una buena curación se dejó sobre el lugar y se trasladó á su cama.

Esa misma tarde la temperatura había bajado, el estado general mucho mejor, el dolor había cesado, la supuración siguió abundante por muchos días hasta el 19 de Julio que la vemos salir curada.

Observación IX.

J. S., joven de quince años de edad, de buena constitución y de antecedentes familiares apendiculares: dos hermanos suyos han muerto poco antes de esta misma enfermedad.

Padece desde principios del año pasado trastornos digestivos que se han repetido de tiempo en tiempo simulando siempre indigestiones atribuyéndolas a falta de régimen alimenticio, algunos de estos trastornos lo han acometido con mucha fuerza, las diarreas han predominado, la constipación raras veces, los dolores en el abdomen son frecuentes, estado saburroso de la lengua, salivación, mal paladar, pérdida del apetito, náuseas, vómitos; en el transcurso de un año de que data todo esto, se han repetido varias veces, tomándolas como simples trastornos digestivos se han tratado cada vez con purgantes y en efecto se han corregido como tales con esta sola medicación.

De el último fué acometido el 21 de Febrero con una intensidad extrema, 24 horas bastaron para poner su vida en peligro: pasó toda la noche vomitando de una manera continua, nada bastaba para contenerlos, con un dolor agudo puntitivo invariablemente situado en la parte media del abdomen nunca en la fosa iliaca derecha, la temperatura subió por la mañana; alarmada la familia llama prontamente al médico que les queda más cerca, fué el Doctor Prowe quien llegó, examina al enfermo y diagnostica una apendicitis ligera: al oír este diagnóstico la familia cuyos otros dos hijos han muerto de esto mismo, llaman incontinenti al Cirujano que les parece de más fama Doctor J. J. Ortega, quien llega pocos momentos después, ve la gravedad del caso y propone la operación inmediata que fue aceptada sin vacilar.

Para esa misma tarde todo estaba preparado y se procedió de la manera siguiente; se practicó la incisión de la piel y de las capas subyacentes, abierto el peritoneo apareció el cecum, se reclinó hacia á un lado buscando su cara posterior, en cuanto esto se pudo hacer se vió el apéndice adherido en toda su extensión rodeando á este órgano, esta adherencia era tan íntima que no fue posible separarlo más que por su parte media en una extensión de dos centímetros reseándola entre dos ligaduras. Se suturó el resto de la incisión dejando un pequeño desague, pocos días bastaron para su cicatrización completa.

Observación X.

F. P. joven de 20 años bien constituido, de antecedentes hereditarios sanos. Antecedentes personales: no ha padecido nunca de trastorno digestivo encontrándose únicamente de especial, como dato etiológico, el haber gustado siempre de comer mucha carne.

Publico esta última observación abreviada por no tener mucho de importante: se trata de una apendicitis crónica á recidivas, su primer acceso lo tuvo en Abril del año próximo pasado, de mediana intensidad; en Mayo tuvo otro como el anterior, dos meses después le repitió con una intensidad un poco mayor y el último se le declaró el dos de Octubre siguiente. Estos ataques le sobrevenían siempre que montaba á caballo por lo cual se decidió á no montar más dejando su antigua ocupación de finquero para dedicarse á la vida sedentaria. Desde las primeras manifestaciones de su enfermedad, los Doctores J. Rosal y L. F. Obregón diagnosticaron una apendicitis y del último acceso fué operado por los doctores Ortega el 16 de Octubre de 1904. Esta operación nada tuvo de particular y actualmente goza de una excelente salud.

Virgilio Cornejo.

Yo Be
Ernesto Mancos.

Imprimase,

J. J. Ortega.

3/xi/72

10/xi/72

8/3/73

13/3/73

30/E/73

4/0/73

7/6/73

12/6/73

22/6/73

22/01/73 -

6/01/73

PROPOSICIONES

FÍSICA MÉDICA.—Oftalmoscopio.

BOTÁNICA MÉDICA.—Stricnus-nux-vomica.

ZOOLOGÍA MÉDICA.—Bilharzia hematobia.

ANATOMÍA.—De la retina.

HISTOLOGÍA.—Del vermium.

FISIOLOGÍA.—Función digestiva del apéndice.

QUÍMICA MÉDICA INORGÁNICA.—Agua oxigenada.

QUÍMICA MÉDICA ORGÁNICA.—Fenoles.

PATOLOGÍA INTERNA.—Crup.

PATOLOGÍA EXTERNA.—Tracoma.

PATOLOGÍA GENERAL.—Procesos de regeneración de los tejidos.

CLÍNICA QUIRÚRGICA.—Cateterismo de las vías lagrimales.

CLÍNICA MÉDICA.—Percusión del corazón.

OBSTETRICIA.—Accesos de eclampsia.

TERAPÉUTICA.—Bromuros.

MEDICINA LEGAL.—Responsabilidad médica.

HIGIENE.—Del recién nacido.

MEDICINA OPERATORIA.—Operación de Phelps.

TOXICOLOGÍA.—Acido cianhídrico.

BACTERIOLOGÍA.—Bacterium coli.

GINECOLOGÍA.—Histeropexia.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—De la apendicitis.

FARMACIA.—Colirios.