

el de la
J. J. Rivera
DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO DE LA APENDICITIS CRÓNICA

TESIS

PRESENTADA ANTE LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA

POR

LUIS RIVERA IRIARTE

Ex-interno de los Hospitales

EN EL ACTO

DE SU INVESTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO

ABRIL DE 1923

GUATEMALA, C. A.

IMPRESO EN LOS TALLERES SANCHEZ & DE GUISE
8ª AVENIDA SUR Nº 24.



DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO DE LA APENDICITIS CRÓNICA

INTRODUCCIÓN

Ardua tarea, me comprometí llevar a cabo, cuando elegí como punto de tesis, las "Dificultades en el Diagnóstico de la Apendicitis Crónica." Al escoger este tema, no me imaginé la inmensa labor que tenía enfrente, irrealizable casi, dadas mis escasas aptitudes.

Lo poco, que respecto a apendicitis crónica se ha escrito en Guatemala; los errores de diagnóstico que a diario cometemos, ya sea por incuria o por ignorancia, pero que en último análisis, significan la vida de un hombre; la necesidad de no exponer a los enfermos a una inútil intervención; el desconocimiento por largos años de un apéndice crónicamente enfermo, que, como es natural, provoca trastornos y malestares, cuya causa, desconocida, no puede ser atacada, y lo generalizado de ésta afección; son las principales causas que me han inducido a escoger este tema para mi trabajo de tesis.

Para una gran parte de Médicos y Cirujanos, la apendicitis crónica, ocupa casi toda la Patología de la fosa ilíaca derecha; cada vez que se comprueba la existencia de un punto doloroso en la región de Mac Burney, y con mayor razón, si existen concomitantemente, algunos trastornos gastro-intestinales, se cree en el derecho de afirmar una apendicitis. Se aconseja entonces al paciente una intervención que no duda en aceptar; pero si en la mayoría de los casos, los trastornos dolorosos y gastro-intestinales, ceden a la ablación del apéndice, no siempre sucede así, y se ven persistir los mismos accidentes después de la intervención; semejantes hechos, debidos a un error de diagnóstico, alcanzan según Gigson, la proporción de 40% más o menos.

Sin embargo, existen en la fosa ilíaca derecha y en el flanco derecho, lesiones viscerales muy diferentes de las del apéndice, que dan lugar a trastornos persistentes y análogos a los de este órgano, y a veces pueden asociarse a su inflamación.

Esquemáticamente se pueden clasificar los casos observados en tres clases:

1.º—Enfermos atacados de una apendicitis crónica o sub-aguda. Estos curarán radicalmente por la apendicectomía.

2.º—Enfermos atacados, no de apendicitis, sino de lesiones cecales, cólicas o peri-cólicas, que la simulan. En estos enfermos la apendicectomía no hará variar el cuadro clínico observado.

3.º—Enfermos atacados de una de estas últimas lesiones, coexistiendo con una apendicitis. En éstos, la apendicectomía únicamente mejorará el cuadro clínico.

Pero para llegar a precisar el diagnóstico, es necesario que el examen clínico sea lo más completo posible, aún en enfermos que se quejan de trastornos ligeros. Antes de proponer una apendicectomía, es indispensable confirmar la hipótesis clínica por muchos exámenes al enfermo; por el estudio radiológico de todo el tubo digestivo; por el examen de la sangre, de las materias fecales y el estudio de la leucocitosis. Gracias a todos estos procedimientos, podremos llegar, en la generalidad de los casos, a precisar los diversos estados anatomo-patológicos de la fosa ilíaca y del flanco derechos. Así, la clínica más profundizada, ayudada por los procedimientos modernos, ha restituido a la apendicitis crónica muchos síndromes, atribuidos por equivocación a enterocolitis, a diversas gastropatías, a infecciones biliares, o relacionados al sistema nervioso, éste, gran responsable de todos los males cuya causa se ignora.

La apendicitis crónica, enfermedad sumamente frecuente y frecuentemente operada, es una personalidad clínica, más bien que anatómica o patológica, pues se han presentado infinidad de enfermos laparotomizados, que, no habiendo jamás presentado el menor trastorno, su apéndice se ha encontrado enfermo. Por el contrario, síntomas muy pronunciados y suprimidos por una intervención, correspondían a lesiones insignificantes del apéndice. En efecto, el apéndice que macroscópicamente es normal, puede no serlo después de un examen profundo. Chevassu-Perigny, recuerda en su tesis que Lettulle, después del examen de 1,000 apéndices quitados en adultos, aún sin crisis anteriores, concluyó en la enorme rareza de su integridad.

Pocas enfermedades hay, que, como la apendicitis crónica, hayan despertado, desde su aparición en la escena médico-quirúrgica, más interés y más largas y apasionadas discusiones respecto a su diagnóstico. Ya sus síntomas funcionales son tan poco precisos, que no se piensa en investigar su verdadera causa; ya otras enfermedades muy diferentes, tienen entre sus síntomas, muchos tan análogos a los de origen apendicular, que aumentan las dificultades y el error. Por otra parte, esta enfermedad ha provocado infinidad de trabajos que terminan en la descripción de formas clínicas nuevas y diversas.

En este trabajo, dejaré a un lado todo lo que se refiere a apendicitis aguda, concretándome únicamente a su forma crónica, cuyas grandes dificultades de diagnóstico me propongo hacer resaltar.

De esta forma crónica sólo me referiré al "Diagnóstico y sus dificultades;" y no pareciéndome completo el trabajo, sin dar una descripción de su sintomatología, haré la que es, hasta hoy, clásica, sin hacer caso de la Etiología, Anatomía Patológica, Patogenia, Pronóstico y Tratamiento.

HISTORIA

No está demás recordar algunas nociones que respecto a la apendicitis, se han expuesto desde hace 50 años.

Pueden distinguirse tres períodos: 1.º—Antes de 1886, la apendicitis era completamente desconocida; en esta época todas las crisis abdominales derechas eran relacionadas al embarazo gástrico, a la tiflitis, a la peri-tiflitis y al "cólico miserere."

2.º—De 1886 a 1892, los trabajos americanos de Sands, Fitz, Lewis, etc., nos hacen conocer la apendicitis; Dieulafoy, Walther, Jalaguier, la estudian en Francia y difunden rápidamente su conocimiento, y a ella se atribuyen todas las crisis dolorosas de la fosa ilíaca derecha.

3.º—En estos últimos años, los cirujanos se apercibieron que la apendicectomía no curaba todos los enfermos: Tripier y Paviot, estudian la peri-visceritis derecha superior; Walther, las relaciones de la epiploítis y de la apendicitis; (1905) Dieulafoy, la tiflo-colitis, revelándose contra la apendicitis microscópica; Lajars, Lane, J. Ch. Roux, P. Duval, Close, Haller, Delore y Almartine, Cotte, Marshall, Flint, Grossen, Isaacs, estudian la apendicitis; y, más recientemente, Lenormant, Leveuf, Duval y Roux, Gregoire, Enriquez, Case, Duroselle y Aïmes.

Así, por una idea más exacta de los hechos observados, se tiende actualmente a establecer un justo equilibrio, dando a la apendicitis el lugar que debe ocupar en la patología de la fosa ilíaca derecha; considerando lo indispensable del conocimiento de las afecciones del ciego, que pueden existir aisladas o asociadas a la inflamación crónica del apéndice.

DEFINICIÓN

La apendicitis crónica ha tomado la categoría de enfermedad autónoma primitiva, después de haber sido considerada, largo tiempo, como la continuación o consecuencia de la forma aguda.

En efecto, una infección ligera y trastornos de marcha crónica preceden casi siempre a los accidentes de un ataque agudo. Éste aparece entonces como un episodio en el curso de una enfermedad cuyo principio no ha sido conocido. Al contrario, muchas crisis severas se extinguen sin dejar trazas y no tienen ninguna repercusión sobre el estado de salud ulterior; pero todo aquel que haya sido atacado una vez, guarda en el tejido adenideo del apéndice, el terreno preparado para la repetición de un nuevo ataque con motivo de la menor causa de infracción al régimen alimenticio, de cansancio físico, de esfuerzo, de fatiga, etc.

Hay, pues, lugar de describir bajo el título de apendicitis crónica, dos hechos: 1.º Las lesiones y los signos de la forma crónica de lleno, sin crisis aguda anterior, forma mucho más frecuente de lo que se cree; 2.º Las lesiones y los síntomas que no son otra cosa que la consecuencia o resultado de uno o varios ataques agudos, que, por su larga existencia, han dado a la enfermedad su carácter crónico.

Así, en el primer caso, que no se conoce bien sino desde hace pocos años, la apendicitis es, de lleno crónica, y queda así, desde su principio, sin crisis agudas claras; tomando sobre todo en el niño, la máscara de una afección gástrica o intestinal, no revelándose sino por dispepsia, embarazos gástricos repetidos, palidecimiento, vómitos cíclicos, detención del crecimiento, desnutrición, dolores vagos y una sensibilidad especial en la fosa ilíaca derecha. La sintomatología de esta forma puede modificarse, al punto de reducirse a trastornos secundarios que la enfermedad provoca en órganos alejados; hepáticos, falsos diarreicos, muchos disnéicos, son apendiculares desconocidos. Lo mismo sucede con los pseudo-tísicos que señala Faisans: enflaquecidos, disnéicos, de pequeñas fiebres irregulares, etc.

El segundo caso puede dividirse en dos: en el primer tipo, después de una crisis aguda, pero de intensidad variable, la curación es aparente, existiendo malestar en la fosa ilíaca derecha; los enfermos adelgazan, tienen lasitud perpetua, las reglas despiertan dolores, etc. En el segundo tipo, después de un ataque agudo terminado por la curación, reaparecen nuevas crisis de apendicitis a intervalos más o menos alejados, sin que haya regreso al estado normal: es la apendicitis de recaídas o de repetición.

Será el primer caso el que tendremos más a la vista en la descripción y en el diagnóstico diferencial.

DESCRIPCIÓN

Síntomas generales.—El principio de la afección puede quedar largo tiempo latente y pasar así desapercibido. Lo más a menudo se trata de individuos jóvenes, que desde la primera infancia, presentan trastornos gastro-intestinales variables en intensidad, carácter y asiento, reunidos a trastornos generales, enmascarándose todos ellos bajo los aspectos más diversos; desde el de una afección del tubo digestivo, hasta los desconcertantes de una tuberculosis en evolución o de una neurosis caracterizada.

No es posible, como para la forma aguda, la descripción de cierto número de signos casi constantes, que constituyen, por decirlo así, tantos temas que cada enfermo hace variar según su temperamento, sus predisposiciones patológicas y también según la naturaleza y la intensidad de la inflamación. Se puede, no obstante, sacar de la compleja sintomatología de la apendicitis crónica, además de los trastornos generales, tres elementos que, aunque no siempre constantes, sí lo suficientemente frecuentes para ser colocados en primera línea en la descripción de las diversas modalidades de la afección, son: *el dolor, los trastornos digestivos y la temperatura.*

EL DOLOR

El dolor casi nunca es espontáneo, al menos si se hace abstracción de las sensaciones penosas que los enfermos pueden acusar en las diversas partes del tubo digestivo. Es a consecuencia de una fatiga, de una infracción al régimen, que verán renovarse estos dolores atenuados. Son verdaderas pequeñas crisis de apendicitis de repetición, que señalan la mayor o menor persistencia de las lesiones primitivas.

Este dolor, también provocado por la presión, radica al redor del ombligo y en diversos puntos de la fosa ilíaca y del flanco derecho. De estos puntos dolorosos, perfectamente estudiados, los más conocidos son los siguientes:

Punto de Mac Burney: Mac Burney al hablar de dicho punto, dice así: "Considero que, el asiento del mayor dolor determinado por la presión con un dedo, está situado exactamente a un *pulgar y medio* o *dos*, (de 3 a 5 cm.) de la espina ilíaca anterior-superior, sobre una línea trazada de esta espina al ombligo." Los libros franceses describen este punto un poco más adentro: en el medio de la línea ilio-umbilical derecha. Lejars, desde 1905 y 1906, demostró que este punto, no corresponde exactamente al apéndice, sino que al borde interno del colon ascendente.

Punto de Lanz: Lanz, de Amsterdam, sitúa su punto doloroso en la unión del tercio derecho y del tercio medio de la línea que une las dos espinas ilíacas ántero-superiores. Gorau, concluye de sus investigaciones, que éste es el verdadero punto apendicular y que el de Mac Burney, no es otro que el centro del distrito cutáneo correspondiente al distrito medular, al cual llegan los nervios del apéndice.

Punto de Morris: Morris, ha encontrado sobre la misma línea que Mac Burney, un punto doloroso, situado un poco más cerca del ombligo, a 3 o 4 centímetros a la derecha. Este punto tiene valor sobre todo en la apendicitis crónica, y cuando es bilateral indica más bien la existencia de una lesión anexial.

Punto de Munro: Munro, ha descrito otro punto doloroso, situado en la intersección de una línea que reúna la espina ilíaca ántero-superior al ombligo, y del borde externo del músculo gran recto derecho; queda un poco más adentro que el verdadero punto de Mac Burney y corresponde al punto adoptado por los franceses.

Punto de Clado: Este autor, ha descrito otro punto, situado en la intersección de dos líneas: una situada sobre el borde externo del gran recto derecho y la otra perpendicular a la anterior, trazada, desde la espina ilíaca ántero-superior o un poco más abajo. El cruce de estas dos líneas, corresponde al origen del apéndice; el resto del órgano se encuentra hacia arriba y hacia adentro.

Otros puntos: Kümmell ha llamado la atención sobre la existencia de otro punto doloroso, situado de uno a uno y medio centímetros por debajo del ombligo o ligeramente hacia la derecha. Este punto, es más constante en la forma larvada de la apendicitis.

Y como para aumentar aún la confusión; Loeper y Esmonnet, han descrito un último punto doloroso, situado sobre la bisectriz del ángulo formado por la línea de Mac Burney, espino-umbilical y la línea bi-espinal, a cuatro centímetros de la línea media. Este punto, corresponde a la bifurcación de la arteria ilíaca; es a veces bilateral y se encuentra en todos los enteríticos y los nerviosos. Es necesario considerarlo como un punto de hiperestesia profunda, nerviosa o vascular, característico más bien de las falsas apendicitis.

De todo lo anterior se puede sacar en conclusión que el dolor apendicular no tiene asiento absolutamente fijo y depende de la situación variable del apéndice mismo; así, su topografía no puede ser indicada, dados los desplazamientos del intestino y la variabilidad de los puntos de mira, en particular la del ombligo, con relación a las espinas ilíacas y al apéndice xifoides. Por

otra parte, el dolor puede irradiar hacia el muslo, a lo largo de su cara ántero-externa, hacia el testículo, el hipocondrio, y hacia atrás, a lo largo del ciático, realizando la forma ciática-apendicular.

Cualquiera que sea su sitio, este dolor provocado es muy variable en intensidad en el curso de la apendicitis crónica. A menudo mínimo, se traduce a la palpación profunda, en el momento cuando los dedos alcanzan el apéndice, únicamente por un guiño, una crispación de la cara o una flexión del muslo derecho.

Guinard propuso dar a estos enfermos el título de "apendicálgicos," queriendo decir con esto, que el dolor provocado en el lugar de elección, era el único signo al cual se debía relacionar el diagnóstico de apendicitis.

En el curso de las exploraciones, a menudo fáciles a causa de la flacidez de la pared, se encontrará algunas veces un cordón duro, como fibroso, oblicuo hacia abajo y hacia adentro o ligeramente transversal, más o menos móvil, y que se escapará bajo los dedos llevados de dentro a fuera, hacia los planos duros de la fosa ilíaca, provocando cierto dolor *in situ* o al nivel del ombligo y a veces sensación de náusea, que no llega hasta el vómito.

No todos los autores están de acuerdo respecto a la palpación del apéndice; Th. Hausmann pretende que la palpación tiene un valor considerable sobre todo para el diagnóstico de la apendicitis crónica. Otros autores dicen que solamente cuando se nota la presencia de un apéndice doloroso, engrosado, o tumefacto, se puede afirmar categóricamente la existencia de una apendicitis crónica.

En los casos de apendicitis latentes, que evolucionan sin dar lugar a manifestaciones mórbidas aún poco marcadas, los dolores pueden faltar, siendo reemplazados por fenómenos de dispepsia gastro-intestinal, con diarrea o con constipación, o bien existir, no en la fosa ilíaca derecha, sino al nivel de cualquiera otra región del abdomen, tal como el epigastrio, la fosa ilíaca izquierda, etc.

Los exámenes radiológicos y las comprobaciones anatómicas operatorias, han revelado que el punto doloroso clínico, no corresponde siempre al apéndice y puede traducir una lesión del ciego, del colon, de la terminación del íleon, etc. No se puede, así, precisar la naturaleza ni el asiento anatómico de la lesión; la comprobación de este punto doloroso por el examen radiológico se impone, para localizar su asiento con relación al colon proximal.

En ciertos casos, el dolor aumenta claramente, ejerciendo presión con el dedo sobre el punto de Mac Burney, y luego pidiéndole al paciente que extienda la pierna derecha y mante-

niéndola rígida, eleve el talón sobre el plano de la cama o de la mesa de exploración, (signo de Meltzer). El apéndice enfermo, oprimido de esta manera entre la pared abdominal anterior y el vientre rígido del músculo psoas ilíaco, acusa señales de sensibilidad extrema. Al contrario, esta maniobra efectuada del lado izquierdo es absolutamente indolora. Es éste un procedimiento aplicable, por supuesto, sólo en los estados sub-agudos o crónicos.

Por medio del inflamamiento del intestino grueso con gases (signo de Bastedo), o el rechazo de los gases intestinales del colon hacia el ciego, ejerciendo presión descendente hasta el ligamento de Poupart (signo de Rovsing), puede producirse dolor o sensibilidad en la fosa ilíaca derecha.

En fin, es necesario señalar, no un verdadero dolor, sino una molestia especial, una sensación de tensión, de pesadez en la fosa ilíaca derecha o al rededor del ombligo, que puede ser continuo, aumentando durante la noche, en el curso de la digestión intestinal, y exagerarse con los movimientos, la marcha y la presión.

TRASTORNOS DIGESTIVOS

Es casi imposible, a propósito de ellos, afirmar otra cosa que su existencia, pues no tienen nada de característicos, son trastornos gastro-intestinales más o menos marcados, cuya preponderancia da origen a formas clínicas variables que describiremos más adelante.

Entre los trastornos más frecuentes enumeraremos los siguientes: lengua saburrosa, dispepsia hiper o hiposténica, anorexia, dilatación gástrica, pesadez después de las comidas y timpanismo. En ciertos casos, estos trastornos pueden simular una úlcera del estómago o del intestino (dispepsia apendicular de los autores ingleses). También se observan crisis de indigestiones, sobreviniendo sin causa: náuseas rebeldes a todo tratamiento, vómitos fáciles, flemosos y alimenticios, sobre todo matinales. Los trastornos intestinales predominan en ciertos casos: constipación habitual, alternativas de diarrea y constipación, pequeños ataques de colitis con heces pastosas, enteritis o enterocolitis muco-membranosas.

Del lado del hígado se puede notar congestión con aumento más o menos marcado en su volumen, y ataques de sub-intericia. Todos estos trastornos parecen revelar en su conjunto una toxoinfección crónica, con predominio marcado, sobre todo, en el tubo digestivo.

TEMPERATURA

La mayoría de los autores no hacen mención de ella en la descripción de los signos generales de la apendicitis crónica, y no obstante, la fiebre es frecuente, no bajo la forma de hipertermia marcada, sino de pequeñas elevaciones que no pasan de 38° , deteniéndose a menudo en $37^{\circ}7$, $37^{\circ}8$, que es necesario investigar sistemáticamente durante muchos días.

Estos ataques febriles, insignificantes, de los cuales el enfermo no se da cuenta, no coinciden con ningún trastorno del intestino, pero aumentan con ellos.

Se comprenderá, que ésto, unido al adelgazamiento, a un poco de tos y de anemia, contribuya a considerar como tuberculosos, ciertos apendiculares crónicos.

Estas pequeñas elevaciones vesperales de la temperatura, sufren, en la mujer, modificaciones regulares en los días que preceden a las reglas; estos ataques periódicos pre-catameniales realizan, así, una especie de fiebre ondulante, análoga a la de algunas mujeres en estado de infección tuberculosa.

OTROS SÍNTOMAS

Existen en la enfermedad que tratamos, otros síntomas y signos que no entran en los grupos ya descritos y que es necesario conocer. Al examen del abdomen se notan los signos siguientes: 1.°, disminución de resistencia y de elasticidad de la pared abdominal del lado derecho; 2.°, disminución o abolición del reflejo cutáneo abdominal derecho; 3.°, a veces hiperestesia de la piel e inmovilización de la pared durante las grandes inspiraciones; 4.°, la defensa muscular es buen signo, pero muy a menudo no existe; 5.°, los dolores en el bajo vientre en vírgenes, en quienes se puede descartar una afección de los órganos genitales internos, tiene a menudo, como causa, una apendicitis crónica (Kümmell). La exudación serosa que a menudo la acompaña, da lugar a afecciones genitales secundarias, como son la ooforitis, la pelvi-peritonitis y otras.

En cuanto al segundo grupo de síntomas, los extra-abdominales, podría escribirse mucho, pero decirse poco con certeza: el paciente, a uno o más de los síntomas señalados les agrega nerviosidad, astenia, cefalea, jaquecas, postración, hipocondriasis o episodios pseudo-meníngeos señalados por Broca, Jalaguier, etc. y otros muchos algo peculiares. Pueden haber crisis histéricas o epileptiformes y síntomas bastante precisos, atribuidos al sistema cardio vascular o al aparato génito-urinario. Con frecuencia es

difícil dilucidar, en medio del laberinto de síntomas, la historia de un ataque agudo.

Tales son los datos generales, sobre los que hay que insistir antes de pasar a la descripción de las formas clínicas de la enfermedad, recordando, además, que puede ser confundida con muchas otras afecciones.

FORMAS CLÍNICAS

Forma dispéptica, gastro intestinal.—Se han descrito dos formas: una gástrica y otra intestinal. Pero antes de abordar estos tipos especiales, es preferible conocer una forma dispéptica general, cuyo calificativo gastro intestinal, deja entender que puede haber predominancia de síntomas gástricos asociados a trastornos intestinales, de intensidad variable de un sujeto a otro, o en el mismo sujeto en fases diferentes de la enfermedad.

Longuet dice: “es a la cirugía a quien cabe el honor de haber demostrado la existencia de la dispepsia apendicular. En efecto, las intervenciones nos enseñan que, quitando el apéndice enfermo, se hace desaparecer radicalmente el síndrome gastro-intestinal.”

Talamon, desde 1892, escribe: “el apéndice inflamado, actúa, en suma, como un cuerpo irritante, no solamente sobre el peritoneo, si no sobre el grueso intestino, cuyos trastornos pueden ser de orden mecánico o catarral.”

Ewald, bajo el título de apendicitis larvada, muestra, que numerosos enfermos que se han tratado durante largo tiempo por un catarro crónico del estómago y del intestino, curan rápidamente por una intervención quirúrgica, que llegue a la ablación del apéndice.

La dispepsia apendicular hace su entrada en escena de una manera insidiosa, cualquiera que sea la edad y el sexo. Principia por un estado nauseoso y anorexia, que aumentan progresivamente más tarde y que evolucionan en dos sentidos: ya la afección puede ser interrumpida por una crisis aguda que estalla con su habitual claridad; ya la crisis apendicular no aparece, si no bajo la forma frustrada o ligera, o bien quedar ignorada.

De un examen detenido resulta que se trata de una atonía gástrica con hipopepsia. Tres o cuatro horas después de las comidas, la digestión se detiene, hay flatulencia, eructos repetidos, pesadez epigástrica, que puede llegar a ser insoportable. La intolerancia electiva, sobre la cual Walther ha insistido, recae sobre las carnes, el caldo, las substancias grasas, las especias, el vino tinto, el café o las legumbres crudas, no soportando más que leche, huevos y algunas legumbres cocidas; y si se obstinan en

tomar los alimentos que la experiencia les ha enseñado serles desfavorables, los evacúan en una verdadera deposición lientérica, con sufrimientos del todo análogos a los de las indigestiones.

En el intestino es también, como en el estómago, la atonía la que domina, traduciéndose por constipación, signo frecuente, casi constante. Para combatirla bastan al principio las lavativas, pero más tarde son ineficaces, cualquiera que sea la forma en que se apliquen.

La distensión del intestino grueso se traduce por sensibilidad o dolores, cuya repartición es a veces muy vaga, aunque son más bien emiabdominales y predominan en la mitad derecha del vientre. La palpación y la percusión, confirman, no sólo la distensión del colon y del ciego, sino también la del estómago.

Después de una marcha bastante regular y progresiva, rara vez entrecortada por una mejoría temporal, que es atribuida al tratamiento médico; más a menudo acelerada por una alimentación defectuosa, por infracciones al régimen, por fatigas, purgantes o lavados, la dispepsia apendicular recae fatalmente sobre todo el organismo.

Es el adelgazamiento el que anuncia la ruina próxima, sin conocer tiempo ni límite. Semejante desnutrición se acompaña de una debilidad y fatiga constantes. El paciente palidece, toma un tinte terroso, cuando no claramente subictérico. En frente de tal cuadro, nada extraño es, que el clínico, de su primera impresión, concluya en una peritonitis tuberculosa, en un cáncer latente del estómago o del intestino.

Tal es el tipo clínico habitual de la dispepsia apendicular, presentando multitud de variaciones en los diferentes sujetos. Así, según la preponderancia y repartición de los trastornos, la dispepsia puede ser intestinal o gástrica, agregándoseles, según Longuet, una dispepsia bucal, cuyos trastornos marcan la entrada en escena del aparato digestivo: lengua saburrosa, cargada, sucia, cubierta de un barniz gris, salvo en la punta y en los bordes. La faringe roja, las amígdalas tumefactas, la sed viva, la saliva en poca cantidad.

Formas gástrica y duodenal.—Desde largo tiempo se ha notado la frecuencia de los trastornos dispépticos graves y antiguos en los enfermos atacados de apendicitis; trastornos que desaparecen después de la operación. En los niños se observan antes del ataque de apendicitis aguda, franca, crisis de dolores abdominales agudos, con cefalea, vómitos, malestar constante, a menudo asociados a constipación. Otras veces estos trastornos, pueden tomar la forma conocida de vómitos cíclicos llamados también acetónicos.

En la mayoría de los casos, sobre todo si estos trastornos son recientes, el regreso a la salud puede ser muy rápido; pero en los casos más antiguos, donde lesiones reales de gastritis se han producido, la curación es más larga. Se observa un cambio notable en la secreción gástrica y en la evacuación del estómago, que más tarde se normalizan.

Según Lance, Moynihan distingue tres tipos clínicos principales de esta forma, según que su sintomatología simule una úlcera del estómago, del duodeno, o una colitis; aunque este último tipo, pertenece más bien a la forma intestinal.

Primer tipo, simulando la úlcera del estómago: es el más frecuente, se trata de un enfermo que presenta durante algunos años, trastornos gástricos, indigestiones, crisis biliosas, cuyo origen remonta a menudo a la infancia; principiando por una crisis violenta, a veces olvidada. A menudo el principio ha sido insidioso.

El carácter principal de la crisis es el dolor; comienza en un tiempo muy variable después de las comidas, algunas veces inmediatamente, otras media hora o una hora más tarde. En intensidad es igualmente muy variable: en algunos, es únicamente una sensación de malestar, una molestia abdominal; en otros, es un verdadero dolor que puede alcanzar una intensidad considerable, siendo necesaria la permanencia en la cama; los ejercicios, el trabajo corporal, lo aumentan, lo mismo que la ingestión de bicarbonato de soda. Su asiento no es preciso, de ordinario en el epigastrio o a la derecha del ombligo, irradia hacia él, hacia la parte inferior del abdomen, hacia la fosa ilíaca derecha. Para Paterson, la irradiación del dolor a la parte inferior del abdomen, es un signo de los más importantes para el diagnóstico; dice, no haberlo encontrado jamás, en las úlceras duodenales ni gástricas.

Existen también regurgitaciones ácidas, abundantes, que alivian un poco el dolor, náuseas y aún vómitos; éstos, son sobre todo alimenticios. En algunos casos se han observado hematemesis, descritas bajo el nombre de "gastralgias hemorrágicas" por Bertrand Dawson, y de "gastrotaxis" por Hale White.

La repetición de las crisis es frecuente, pero irregular; depende del modo de alimentación y género de vida del enfermo. En general adelgaza rápidamente, pierde notablemente sus fuerzas, al mismo tiempo que su carácter cambia, se vuelve triste, hipocondríaco. La afección es de ordinario muy larga.

Segundo tipo, simulando la úlcera del duodeno: el dolor principia dos o cuatro horas después de las comidas, es caprichoso; el enfermo se queja de flatulencia, de eructos y regurgitaciones

drome apendicular; advirtiéndose que pertenecen más bien, a la forma sub-aguda.

Forma hepática.—Se observa sobre todo cuando el apéndice remonta atrás del ciego, hacia el hígado; el dolor está entonces situado más alto y puede simular el hepático o el vesicular de marcha crónica; la ictericia, el tinte terroso y el adelgazamiento general, se le unen. Según la opinión de Gilbert y Lereboullet, existen colemias familiares concomitantes que agravan el diagnóstico. Por último, se han observado varios casos de colecistitis crónica, que curan por la apendicectomía.

Forma urinaria.—Ciertas adherencias apendiculares, englobando el ureter derecho, han podido dar nacimiento a crisis o a síntomas físicos de hidronefrosis y constituir, por los trastornos funcionales que provocan, la forma urinaria de la apendicitis crónica.

Forma pelviana.—Esta forma, es la más frecuente y la más confundible con las lesiones de los órganos situados en la pequeña pelvis. Cuando el apéndice está en posición baja, se pone en contacto con dichos órganos, y los síntomas de la apendicitis se desarrollan hacia la parte inferior del vientre; el dolor es bajo, mediano, irradiado hacia el muslo o hacia la vejiga; puede haber disuria, cistálgia y polaquiuria; la constipación se acompaña de tenesmo rectal. Esta forma es más frecuente en la mujer, a causa de las relaciones del apéndice con los anexos del útero; sus posiciones anormales, suelen dar nacimiento a numerosas causas de error, tanto más marcadas cuanto que todos los síntomas sufren agravación en el momento de las reglas. El Dr. Cortés Lladó, en un interesante artículo, describe una dismenorrea de origen apendicular, cuya diferencia, con la de origen genital, veremos a propósito del diagnóstico.

Forma tuberculosa.—La apendicitis crónica, como ya se ha dicho, puede realizar el cuadro de una tuberculosis y dar nacimiento a esta forma; enflaquecimiento, alteración de la fisonomía, ataques febriles intermitentes; son síntomas que, unidos a una tos a veces tenaz, simulan una tuberculosis latente.

Forma ciática.—Enríquez, Gutmann y Antoine, han relatado varios casos de apendicitis crónica, que simulaban en todo una neuralgia del clático derecho. Adherencias apendiculares a la pared posterior de la pelvis, en la vecindad del tronco lombo sacro, explican éste hecho, por demás raro, y del cual, sólo una observación larga y atenta, así como el examen radiológico, pueden esclarescer su verdadera causa.

Por último, se han descrito otras formas raras de apendicitis crónica, a saber: forma pulmonar, asmática, de intoxicación general, etc.; en las cuales la acentuación de uno o muchos síntomas, constituye la nota dominante de la enfermedad.

EXAMEN CLÍNICO

Interrogatorio: El estudio de los antecedentes patológicos en un enfermo, supuesto atacado de apendicitis crónica, debe ser lo más completo posible y referirse hasta la primera infancia, que es, en muchos casos, donde principia la enfermedad.

Nos señala uno o varios ataques agudos anteriores; dato importantísimo, pues, puede ser esto sólo, suficiente para descartar otras afecciones igualmente de marcha lenta; no obstante, en la forma crónica de lleno, sin ataque agudo, no nos dá sino datos inciertos de trastornos vagos, cuyo origen no es posible explicar.

Inspección: En el "habitus" general del sujeto se encuentran a menudo síntomas oscuros, simples signos de presunción. Hacia los tegumentos externos: trastornos tróficos de la piel, que es opaca, seca, escamosa, plegada; a veces dermatosis distróficas crónicas rebeldes, características de los estados tóxicos crónicos; erupciones zoosteriformes, crisis sudorales.

La alteración de la "facies:" pálida, terrosa, amarillenta, encerada, ojos excavados y rodeados de un círculo obscuro; labios y conjuntivas decolorados; boca circulada de una aureola pálida (máscara apendicular de Enriquez). La vasomotricidad colorea fácilmente las mejillas.

Hacia los tegumentos internos mucosos: lengua saburrosa, seca; el síndrome linfoide faringo adenoideo es satélite del síndrome linfoide ileo-ceco-apendicular.

En el niño, por el adelgazamiento, un estado permanente de malestar, salud precaria, aspecto miserable, raquitismo, hipoglobulia, atrofia muscular y ligamentosa con deformaciones secundarias del esqueleto, desarrollo exagerado del tejido linfoideo, etc.

Palpación.—La palpación de la fosa ilíaca derecha debe ser de tres grados: superficial, media y profunda. Cualquiera que sea el grado, la posición del enfermo es la misma: decúbito dorsal, piernas extendidas o ligeramente flexionadas sobre el abdomen, cabeza igualmente en flexión.

La palpación superficial debe hacerse muy suavemente, comparando con la punta de los dedos la resistencia, alternativamente a derecha y a izquierda. Puede revelar una defensa o una atonía; la defensa muscular se observa cuando los dolores son claros (en el curso de los episodios agudos). La atonía parietal, ha sido seña-

lada por Volkovitch, en los enfermos que han tenido muchas crisis y en los casos de apendicitis puramente crónica. Se nota un debilitamiento de la pared abdominal del lado derecho, al nivel de los músculos anchos; parece más blanda de este lado que a la izquierda; permite a los dedos penetrar más fácilmente a los órganos profundos, cogerla en todo su espesor hacia arriba de la cresta ilíaca, lo que no puede verificarse del lado opuesto, donde las capas musculares deslizan bajo los dedos. Se nota además una disminución de la elasticidad de la pared, que parece presentar como un estado fibroso más o menos marcado. Volkovitch no duda en concluir que el fenómeno revela una alteración atrófica de los músculos abdominales mismos, atribuyéndose, en parte, a que esta mitad derecha del abdomen, participa menos en la actividad muscular y en los movimientos respiratorios, lo que puede entrañar, a la larga, cierto grado de atrofia por falta de funcionamiento.

Se puede también dilucidar por esta palpación superficial un signo nuevo: se coloca la punta del índice sobre el medio de la línea espino-umbilical y se hace circularmente, sin apoyar mucho, deslizar la piel sobre el tejido celular sub-cutáneo; esta palpación pulpar, no dolorosa a izquierda, provoca en los casos de apendicitis crónica, una sensación comparable a una picadura de alfiler.

Palpación media.—Por la palpación media se investigan los puntos dolorosos, o mejor dicho, la zona dolorosa, variable en extensión, según los enfermos; habitualmente comprendida en un círculo cuyo polo superior, está en el medio de la línea espino-umbilical derecha y el inferior, en el punto de Lanz; su contorno pasa hacia afuera del punto de Mac Burney.

Palpando esta región, no es el apéndice mismo el que se desea explorar, sino simplemente la sensibilidad de una zona, a menudo dolorosa en la apendicitis crónica, y que puede ser dolorosa aunque el apéndice no esté en ella. Todas estas exploraciones, para tener valor, deben ser bilaterales y positivas únicamente a la derecha.

Palpación profunda.—Por esta palpación se busca comprimir el apéndice y explorar su sensibilidad, su implantación cecal y el epiplón vecino. La ausencia repetida de sensibilidad profunda, tiene importancia y representa un elemento serio de diagnóstico negativo.

En general, es imposible saber cuál es el órgano dolorido que se toca, a veces se palpa bien el ciego y el colon ascendente; pero es muy atrevido pretender delimitarlos con exactitud, para localizar el asiento de un dolor en medio de tantos órganos.

El mejor modo de realizarla, es el deslizamiento de Glenard, con la diferencia de ser el borde radial de la mano derecha y no su extremidad la que debe palpar, deprimiendo fuertemente la

pared para llegar al plano profundo. La mano en semi-flexión, con el pulgar hacia atrás, encierra la parte posterior de la cresta ilíaca y se alarga paralelamente al pliegue inguinal. Poniéndose en pronación forzada, la cara palmar vuelta hacia la raíz del muslo, deprime la pared con su borde radial y hace deslizar la zona de compresión sobre el plano oseo-muscular profundo, imprimiéndole pequeños movimientos oblicuos de arriba abajo, en la dirección de la ingle.

El punto capital es la adherencia de la mano con la superficie cutánea, no debe deslizarse sobre la piel, sino formar con la pared un solo plano explorador. Si se hace variar el nivel de la línea de compresión, la mano siente, en un momento dado, un cordón de consistencia firme, que puede hacerse rodar a voluntad sobre el plano posterior de apoyo, y si se sigue hacia arriba, se puede apreciar su continuidad con el ciego y hacia abajo se llegará a su extremidad libre. Si la pared se deprime con dificultad, el apoyo de la mano izquierda sobre el índice de la derecha, basta para vencer la tensión muscular.

Es a veces difícil diferenciarlo con una brida epiplóica, con el borde del ciego y con la porción cecal del íleon, pero en estos últimos casos el diámetro es mayor y se perciben ruidos que faltan por completo en el apéndice.

En gran número de casos, se pueden diagnosticar por la palpación, apendicitis crónicas ligeras, sin crisis anterior. El diagnóstico se establece, cuando la palpación determina un dolor vivo, bien localizado en el apéndice, que en lugar de seguir los movimientos laterales de los dedos, queda fijo; o cuando su calibre es desigual.

Si es imposible explorar la forma, la topografía y la sensibilidad del apéndice, se puede ejercer una presión profunda, con muchos dedos, sobre la región apendicular e investigar así, los reflejos que ésta puede provocar. El reflejo más a menudo observado, es el reflejo nauseoso, acompañado a veces de trastornos reflejos de la cara (palidez o enrojecimiento); en otros casos es una irradiación dolorosa que puede descender hacia el muslo o más a menudo subir hacia el ombligo, el hígado o hacia el estómago.

En fin, es necesario investigar el signo de Rovsing, ya descrito a propósito de la sintomatología.

Percusión.—La percusión también nos proporciona datos útiles; Gregory, ha descrito un nuevo signo de diagnóstico en la apendicitis crónica; consiste en que la percusión en la mitad izquierda del abdomen, especialmente en el punto medio entre el

ombigo y la espina ilíaca superior izquierda; provoca irradiaciones dolorosas hacia el punto de Mac Burney. La sensación dolorosa puede explicarse por la propagación de la conmoción al apéndice.

Si se percute más hacia afuera, se caerá sobre el colon descendente que propaga, con menos claridad, la onda de percusión al apéndice. Si se percute más adentro, se caerá sobre el músculo recto, cuya contracción dificultará la transmisión del choque percutorio.

En la apendicitis crónica, es necesario una percusión fuerte, a veces con dos dedos, o ejercer fuerte presión con el dedo sobre la pared abdominal, para determinar la conmoción del intestino delgado que se trasmite sin obstáculo, provocando dolor en el punto simétrico. Algunos enfermos declaran sentir un golpe a nivel de dicho punto.

La percusión inmediata, al nivel del punto de Mac Burney en la apendicitis crónica, es frecuentemente indolora. Se observa muchas veces que después de la palpación del apéndice, desaparece el signo mencionado, para reaparecer al cabo de poco tiempo.

En algunos casos de posición central del apéndice, con adherencias al intestino delgado, la percusión no provoca dolores en el punto de Mac Burney, sino en el ombligo y epigástrico; en casos de posición pelviana, el dolor es referido a la región hipogástrica. Sería posible, por lo tanto, hacer un diagnóstico topográfico aproximado.

MOVIMIENTOS PROVOCADOS

Por medio de ellos, se investigan los dos signos siguientes: 1.º, el enfermo parado, en descanso sobre la pierna izquierda; si en este momento se lleva el muslo derecho fuertemente en extensión, se provoca dolor en la región apendicular; 2.º, el muslo derecho está ligeramente en flexión, a modo de relajar el psoas; se imprimen entonces movimientos de rotación al miembro, primero hacia adentro, luego hacia afuera, de manera que se haga mover el obturador interno en toda su amplitud. El signo es positivo, si el enfermo siente dolor en el hipogastrio. Advirtiéndose que este signo falta muy a menudo en la apendicitis crónica.

En fin, es necesario para completar el examen clínico, verificar el tacto rectal y vaginal que, muy a menudo, pueden determinar dolores localizados; lo mismo que el signo de Meltzer, antes descrito.

EXAMEN RADIOLÓGICO

Vista la dificultad del diagnóstico clínico de la apendicitis crónica, natural era buscar en otras fuentes más prolíficas, los medios para llegar a verificarlo. La Radiografía y la Radioscopia entran en el número de ellos.

Haremos únicamente un breve resumen de los datos más importantes, sacados de la visibilidad del ciego, del apéndice y de la palpación de la fosa ilíaca derecha, bajo el control de los rayos X.

Para muchos autores el apéndice normal se llena siempre por la dilución opaca; otros interpretan el llenamiento apendicular, como un estado patológico, sucediendo igual cosa con la permanencia prolongada del líquido en su interior. Lo más admitido es que el apéndice, se llena con vehículos líquidos y no con pastosos, si se tiene cuidado de hacer el examen repetidas veces y en tiempo oportuno. Se ve, pues, cuán difícil es sacar conclusiones positivas en medio de opiniones tan variadas; siendo muy atrevido contar con dicho examen para obtener resultados precisos y constantes sobre la situación y estado del apéndice.

Se prepara el enfermo de manera que en el momento del examen, el grueso intestino sólo, esté lleno por la sustancia opaca (preparaciones bismutadas o baritadas.) Siguiendo el método de Spriggs, se hace ingerir una dilución de 150 gramos de sulfato de barita, en medio litro de suero, y se examina de 15 a 20 horas después, asociando la palpación, que es la que da los datos más importantes. El enfermo es examinado en diferentes posiciones: parado, en decúbito dorsal o en la posición de Trendelenburg; siendo indispensable hacer un ortodiagrama del ciego, apéndice y reparos óseos, en cada una de estas posiciones y superponerlos después a modo que coincidan los puntos de mira, para obtener datos sobre la movilidad y cambios de posición de los órganos.

En estado normal, se ve el ciego más o menos lleno, el íleon vacío y el apéndice es visible en una pequeña proporción. Puede volverse visible en algunas ocasiones, palpando cuidadosamente el ciego que lo cubre.

Pfahler, declara que la radiografía proporciona los siguientes datos de valor para el diagnóstico: 1.º, visibilidad del apéndice, de la que ya hemos hablado; 2.º, localización de la sensibilidad: por medio de la palpación se determinan los órganos que corresponden a las zonas dolorosas. En la apendicitis crónica, el máximo de la sensibilidad está situado en la embocadura del apéndice, en el borde izquierdo del ciego, a dos o tres centímetros del bajo fondo, es decir, en los puntos vecinos a la válvula ilio-cecal; se precisa su situación haciendo señalar al enfermo el punto más

doloroso, se pone en dicho lugar un índice opaco y se ve el órgano a que coincide. El punto doloroso, claramente localizado al nivel del apéndice, parece ser uno de los signos radiológicos más importantes para el diagnóstico. Los otros puntos dolorosos localizados fuera, podrán ser atribuidos a otros órganos, al epiplón o al gran simpático, diferenciándose en que éstos últimos son fijos, mientras que los epiplóicos son movibles; 3.º, posición: la del apéndice y del ciego es de las más variables; 4.º, movilidad y fijación del ciego y del apéndice: es también uno de los datos más importantes. La palpación bajo la pantalla permite reconocer si existen o no adherencias; cuando no las hay, el ciego se mueve fácilmente al paso de la posición vertical a la horizontal. Cuando existen adherencias y está fijo sólo en su punta, no se mueve sino lateralmente. Al pasar a la posición horizontal, su polo inferior queda fijo y el resto sube como tirado hacia arriba. Se puede notar también su adherencia con la parte adyacente del colon transversal caído, o con el colon ascendente, a la manera de cañón de fusil. Se puede igualmente apreciar cuando el apéndice es adherente y el ciego libre. Spriggs, ha señalado la hipermovilidad del apéndice, como un signo de la apendicitis crónica; lo mismo que su sección en muchos segmentos; 5.º, acodaduras o ángulos; 6.º, constricción o deformaciones del ciego y apéndice; 7.º, retención anormal; 8.º, insuficiencia de la válvula ilio-cecal; 9.º, dilatación y éxtasis cecal. En fin, se puede dar cuenta del cambio notable de la posición y del volumen de los órganos mismos; a veces de la presencia de enterolitos, cálculos biliares, renales o ureterales, ganglios calcificados, etc.

El examen radiológico del estómago permitirá comprobar la presencia o no de un espasmo pilórico, de un tumor, de una úlcera, etc.

COMPLICACIONES

El primero de los accidentes que puede sobrevenir en el curso de una apendicitis crónica, es su transformación en crisis aguda o sobre aguda, bajo la influencia de un ataque infeccioso nuevo. Se notará que estos fenómenos inflamatorios, contribuyen a entretenir las adherencias y a crear nuevas, pudiendo preparar así, los temibles accidentes de oclusión intestinal.

La forma crónica es susceptible de complicaciones de intoxicación crónica y lenta que alteran el estado general. Algunos autores citan la hematuria, como una de sus complicaciones; cuya patogenia, ha sido interpretada de las más diferentes maneras.



Es necesario establecer una distinción capital entre los casos agudos y los crónicos; las complicaciones tóxicas y graves, localizadas en el aparato urinario, son especiales de esta última. Lo mismo sucede con las complicaciones de orden hepático y gástrico que son de origen mecánico, adicionándoseles, a veces, un punto inflamatorio que las agrava. Tal es la marcha de los fenómenos de oclusión o de compresión que aparecen tan a menudo en el curso de la apendicitis crónica.

Marion, clasificaba estos accidentes de oclusión intestinal bajo cinco clases diferentes, a saber: 1.º, oclusión paralítica de origen peritoneal, sin lesión mecánica; 2.º, oclusión por adherencias generalizadas, después de la curación de la peritonitis original; 3.º, oclusión por posición viciosa del intestino, ocasionando adherencias localizadas; 4.º, oclusión por estrangulamiento del intestino en un anillo, en relación con la existencia de una apendicitis; 5.º, oclusión refleja, cuyo punto de partida se encuentra en un apéndice alterado. La 3.ª y 4.ª variedades, donde la oclusión del intestino es realizada por bridas organizadas, entre las cuales puede figurar el apéndice mismo, provocan la oclusión de muchas maneras: ya el apéndice es libre y se enrolla al rededor de una asa; ya está fijo a la pared o a una víscera y entonces, es el intestino el que se estrangula sobre él.

Las bridas y adherencias ocasionadas por la apendicitis crónica, pueden naturalmente jugar el papel de este apéndice; el intestino se acoda o se enrolla sobre ellas produciendo una constricción. Entre las acodaduras más frecuentes está la del íleon en su porción terminal.

En la oclusión intestinal se encuentran dos formas: la aguda y la crónica; la primera puede presentarse bajo dos aspectos; en algunos casos los signos de la oclusión acompañados de accidentes inflamatorios apendiculares, prevalecen y tapan este último síndrome. Otras veces son los fenómenos de oclusión brusca, los que abren la escena, pero sin acompañarse de los signos de infección.

Las úlceras del duodeno y del estómago constituyen muchas veces complicaciones del apéndice crónicamente enfermo. Pair y Mannert, opinan que pueden ser producidas por embolías procedentes de las venas del apéndice y de su mesenterio, en las cuales se ha producido una trombosis. Otra teoría es que estas lesiones son una consecuencia directa de la estancación de las materias intestinales, producida por las adherencias o el acodamiento del intestino; en estas condiciones, se desarrollaría una infección intestinal, que se propagaría en dirección ascendente por el intestino delgado, hasta el duodeno y el estómago. Lane, quien ha ideado

esta teoría, explica la desaparición de los síntomas gástricos, después de la ablación del apéndice, por la desaparición de la obstrucción en la extremidad inferior del íleon, que se obtiene gracias a aquella operación.

A causa de la inflamación crónica y de la formación de adherencias apendiculares al rededor del canal colédoco y de la vesícula biliar, la apendicitis crónica puede en algunas ocasiones complicarse de una cole-apendicitis crónica, que más tarde dará origen a cálculos biliares.

La coexistencia o complicación de enfermedades pelvianas, es bien conocida; los órganos pelvianos pueden infectarse secundariamente por una enfermedad del apéndice, y esta infección, es favorecida por las relaciones estrechas que lo unen a los anexos y principalmente al ovario derecho.

Las complicaciones del lado del aparato digestivo, por su gran frecuencia entran más bien en el cuadro de la sintomatología; las demás complicaciones, son del dominio de la apendicitis aguda.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico positivo.—En presencia de un enfermo que se queja de trastornos de la fosa ilíaca derecha, es necesario precisar si se trata de una apendicitis crónica o de un simple trastorno funcional del colon ascendente, o de un síndrome doloroso del ciego.

Cuando se trata de la primera afección, es necesario también precisar si la lesión es únicamente apendicular o si está asociada a una complicación o mal-formación del intestino, peritoneo o epiplón. Para llegar a un diagnóstico tan completo, tan difícil, ninguno de los síntomas más frecuentes es patognomónico para indicarnos la vía segura; es por el análisis completo de los síntomas, por la investigación escrupulosa de los signos, por los exámenes repetidos, por el examen de la sangre, del jugo gástrico, de la orina, por el examen radiológico y por la evolución clínica de la enfermedad, como se llegará, en la mayoría de los casos, a sentar un diagnóstico, por lo demás indispensable para indicar la conducta terapéutica; diagnóstico que será tanto más claro, cuanto mejor se obtengan los detalles de un ataque agudo anterior; y si éste no ha existido o pasó desapercibido, quizás resulte mejor hacer el diagnóstico por exclusión. Así será posible eliminar ciertas enfermedades que veremos más adelante, tales como la úlcera péptica crónica, la colelitiasis "latente," los cálculos ureterales derechos, algunas enfermedades pelvianas crónicas, las ptosis de las vísceras abdominales, ciertos trastornos endócrinos, así como muchas neurosis frecuentes.

ANÁLISIS DE LOS SÍNTOMAS MAS FRECUENTES

Dolor.—El síntoma dolor tiene cierta relación con las fases digestivas, cuando el intestino comienza a llenarse; así, los cambios de régimen le dan una exacerbación que hace pensar en crisis sug-agudas, que pueden ser precedidas de un período de constipación o de insuficiencia cuantitativa de las evacuaciones y acompañadas o seguidas de diarrea; aparecen bruscamente y pueden ser separadas por intervalos en que la salud es perfecta en apariencia. El pulso se acelera un poco pero la temperatura puede no sufrir modificaciones. El dato más importante es que el dolor es difuso la mayor parte de las veces y no tiene localización clara; sin embargo puede localizarse en las regiones más variadas, por ejemplo al nivel del epigástrico, lo que, unido a los trastornos digestivos, simula una úlcera o un cáncer del estómago.

Dolor provocado.—El dolor que nace con la palpación abdominal, no es muy preciso; la variedad de los puntos o zonas dolorosas, aumenta las dificultades del diagnóstico; generalmente, cualquiera que sea la región del abdomen que se palpe, su máximo va a dar a una zona bien conocida, situada sobre el flanco derecho, al nivel o al rededor del punto de Mac Burney.

Es necesario saber diferenciar los puntos dolorosos apendiculares de los ureterales. El ureteral medio de Tourneux, Halle y Guyon, está situado sobre una línea horizontal que reúne las espinas ilíacas ántero-superiores, en la unión de su tercio medio con el externo, un poco hacia arriba de ella; se confunde fácilmente con el punto de Lanz. El punto supra-intra espinoso de Pasteau, está situado justamente hacia adentro y arriba de la espina ilíaca ántero-superior, al nivel del paso del nervio fémoro-cutáneo, a la extremidad súper-externa de la arcada crural; puede confundirse con el punto de Mac. Burney. Existen, en fin, otros puntos, ya aislados, ya coexistiendo con un punto doloroso que se piensa apendicular y que, traduciendo el sufrimiento del simpático abdominal o pelviano, pueden embarazar el diagnóstico de apendicitis.

Si después del examen se comprueba la ausencia de síntomas generales de intoxicación, debemos desconfiar, y con sólo el elemento dolor no podemos hacer el diagnóstico de apendicitis crónica de lleno; desconfiemos de los dolores neuropáticos constituidos por la exploración abdominal, pensemos que normalmente los colons son distendidos y sensibles, sobre todo a una presión profunda. Sin toxemia más o menos marcada, renunciemos a interpretar el dolor sólo, como signo suficiente de apendicitis crónica.

Trastornos digestivos.—Como hemos dicho ya, que a pesar de ser los más frecuentes, nada tienen de característicos, para fundar sobre ellos un diagnóstico positivo, son sumamente variados, sin que se pueda a veces precisar el asiento de la lesión que les da origen; ya son los síntomas gástricos los que predominan, ya los intestinales; finalmente, se reúnen a discreción para dar nacimiento a una de las más intrincadas sintomatologías. Cuando no es solamente el apéndice el afectado, sino el ciego o el colon ascendente, la apendicectomía, como es natural, no pone fin a todos los fenómenos, aumentando así la confusión.

Recordaremos que en gran número de casos, sobre todo en los adultos, la apendicitis crónica no evoluciona aisladamente; precede, acompaña o sigue a otra afección; de suerte que según los casos, éstas enfermedades se complican de un síndrome de apendicitis crónica, o bien ésta se complica de una enfermedad que evoluciona simultáneamente.

Por el hecho de esta toxemia torpe, de marcha lenta, todos los aparatos de la economía pueden verse atacados con más o menos preponderancia, así, existen trastornos del aparato secretor, respiratorio, circulatorio, regulador térmico, etc.

Los diferentes exámenes a que nos hemos referido anteriormente, se vuelven indispensables a causa de los datos tan importantes que nos dan, así; el examen radiológico se impone de una manera casi absoluta en todos los enfermos que sufren de la mitad derecha del abdomen. Puede que no nos dé ninguna información directa para establecer el diagnóstico de apendicitis crónica; pero establecerá el de otras enfermedades que hacen pensar en ella. Los estados patológicos que dependen de lesiones del estómago, del duodeno, del ciego, del colon, etc. serán eliminados de ésta manera, pero siempre controlados por los hechos clínicos.

Examen de la sangre.—Para algunos autores este examen constituye un elemento indispensable para el diagnóstico de apendicitis crónica: la leucocitosis es constante, 8,10 y hasta 12,000; (40% de mononucleares por 60% de polinucleares.)

Examen de las materias fecales.—En todo caso en que se sospeche apendicitis crónica, se deberán examinar. A veces los métodos modernos encontrarán allí la clave de la enfermedad. En efecto, en ellas se puede presentar la amiba disenterica, libre o enquistada; la forma crónica de la disentería, simula bastante bien la apendicitis crónica. Igualmente se pueden, por este medio, comprobar, al encontrarse otros parásitos intestinales; las enfermedades que éstos provocan; advirtiéndose que en algunos casos pueden coexistir con la apendicitis. De modo que si este

examen no nos da datos para el diagnóstico positivo, nos los dará para confirmar otros.

Examen del jugo gástrico.—Puede ser de importancia en ciertos casos, así, por ejemplo: la existencia constante de hiperacidez gástrica sin úlcera péptica, puede indicar un estado patológico en otra parte del abdomen, siendo la localización más frecuente en los órganos contenidos en la fosa ilíaca derecha. Lichty señala que el 71,9% más o menos de los casos positivos de apendicitis crónica tenían hiperclorhidria; 17,8%, hipoacidez; y el resto, anaclorhidria. Estos últimos presentan la cronicidad más antigua y, a la operación, extensas alteraciones patológicas y adherencias del apéndice y del ciego.

Finalmente, el examen de la orina puede ser de alguna utilidad, para excluir ciertas afecciones del aparato renal. Y si, después del procedimiento anterior, el diagnóstico es todavía dudoso, puede imponerse durante un período de dos a cuatro semanas un tratamiento terapéutico, higiénico y dietético, basado principalmente en los síntomas. Si, por fin, se excluye la enfermedad del apéndice, es probable que este estudio, nos proporcione el diagnóstico exacto.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Lesiones salpingo ováricas derechas.—La inflamación crónica de la trompa y ovario derechos, presenta fenómenos sensiblemente análogos a los de la apendicitis crónica. El diagnóstico será difícilísimo, si se recuerda que se pueden establecer adherencias inflamatorias entre el apéndice y la región salpingo ovárica; en este caso, sólo la laparotomía nos enseña el verdadero estado anatómico.

Las irradiaciones dolorosas del punto de Mac Burney, hacia el dorso y hacia el muslo derecho, son análogas a las que presentan los cólicos salpingianos y los procesos patológicos del ovario derecho. El diagnóstico se verifica por medio del tacto vaginal y la palpación bimanual; teniendo cuidado de no confundir una salpingitis derecha con un ciego dilatado y caído hasta el fondo de saco de Douglas. Se buscará el fondo del útero y luego a derecha y a izquierda, se tratará de ver si es posible encontrar los anexos de ambos lados.

La salpingitis generalmente es bilateral, siendo consecutiva a una lesión puerperal o blenorragica, y cuando predomina del lado derecho, se deberá investigar el signo descrito por Bertonier: la presión sobre la región de Mac Burney es menos dolorosa (dolor nulo o poco acentuado) en el decúbito lateral izquierdo, que en decúbito dorsal (dolor vivo).

Hay en ésta afección trastornos menstruales, pérdidas sanguinolentas y leucorrea. Delagenier, dice que los dolores de la dismenorrea, alcanzan su máximo de intensidad el primero o segundo día del flujo menstrual; mientras que los de la dismenorrea de origen apendicular, le preceden.

Richelot, hablando del asunto, dice: "La apendicitis crónica, en sus formas larvadas, ha sido la causa inocente de muchas escisiones de ovarios. Numerosas ovaritis, peri-ovaritis, y otras pequeñas lesiones genitales, han ocupado en Ginecología un lugar que a ella correspondía." Es por eso que desde hace varios años, para evitar errores de este orden, cuando el cirujano opera una anexitis derecha o un ovario esclero-quístico, practica al mismo tiempo la apendicectomía, que no es solamente en este caso, una operación preventiva, sino un complemento obligatorio, si quiere asegurarse contra la recidiva de los dolores.

TUBERCULOSIS PERITONEAL DE LA FOSA ILÍACA DERECHA

Sus síntomas comunes con la apendicitis crónica son: alteración de las funciones digestivas, (vómitos, diarrea, lenteria), pérdida del apetito, enflaquecimiento y a veces dolor. Los otros síntomas: fiebre, sudores, edemas, caquexia, se observan sobre todo cuando es concomitante con la tuberculosis pulmonar. Así como se ve, la aparición de un conjunto de tubérculos sobre el peritoneo de la fosa ilíaca derecha, del ciego y del apéndice, dan una sintomatología que se aproxima mucho a la de la apendicitis crónica y su diagnóstico es, por consiguiente muy delicado.

En favor de la tuberculosis se notarán sólo signos de presunción: elevaciones térmicas irregulares, sudores, enflaquecimiento rápido, diarrea y caquexia; pero, muy a menudo, solo la intervención operatoria revela la naturaleza exacta de la afección.

EPIPLOITIS CRÓNICA

Descrita últimamente por Walther, complica clínicamente la apendicitis y continúa aún después de la escisión del apéndice. Los enfermos siguen sufriendo del vientre y en particular de su mitad derecha; el estado general se altera, hay anemia, fiebre, náuseas, trastornos gástro-intestinales (inapetencia, constipación), crisis dolorosas peri-umbilicales, irradiándose al ombligo y al colon transversal.

La palpación permite dilucidar la presencia de un tumor epiploico en la fosa ilíaca derecha y despierta puntos dolorosos

escalonados en el borde interno del ciego, siguiendo hasta debajo del hígado. La radiografía hace comprobar deformaciones del ángulo cólico derecho, en particular la unión permanente en cañones de fusil; estos últimos signos son los que nos servirán para establecer el diagnóstico.

HISTERIA

La histeria, puede, entre su variada sintomatología, dar nacimiento a la apendicitis histérica, o más bien pseudo-apendicitis, la cual presenta un conjunto de síntomas, que recuerdan la apendicitis crónica: vómitos, dolores en la fosa ilíaca derecha, dilatación abdominal, ausencia marcada de fiebre, etc.

La conservación del estado general, la ausencia de reacción leucocitaria y de signos radiológicos, la multiplicidad de localización dolorosa superficial, la localización profunda, que en vez de ser en el punto de Mac Burney, es un poco más baja, en la región ovárica o más arriba, debajo de las costillas y la coexistencia de reacciones nerviosas, permiten sentar el diagnóstico.

AFECCIONES RENALES DERECHAS

Los fenómenos dolorosos de la mitad derecha del abdomen, pueden ser debidos a una lesión del riñón, de la pelvis renal o del uréter. El principio de flegmón peri-nefrítico (sobre todo la forma de evolución anterior), una pielonefritis, la litiasis renal (sobre todo sus accidentes mecánicos e infecciosos), dan nacimiento, al mismo tiempo que a fenómenos dolorosos, a trastornos gastro-intestinales. Pero en estos casos, los dolores irradian sobre todo a la región lumbar, hacia la vejiga, los órganos genitales y la raíz del muslo.

El examen de la orina da la clave del diagnóstico, revelando: sea la existencia de piuria, de hematuria aún microscópica; sea su riqueza en sales disueltas (uratos).

El riñón derecho móvil y la hidronefrosis derecha, pueden provocar pequeñas crisis dolorosas repetidas, las cuales es necesario saber diferenciar. Los enfermos atacados de ellas, se quejan frecuentemente de pesadez, de tirones en el flanco derecho, con molestia mal definida; en general los dolores, o aparecen o se exageran, cuando el enfermo está parado, o se fatiga, y al contrario se atenúan, cuando está acostado.

Los enfermos atacados de riñón móvil, se alivian con el reposo y el uso de un cincho abdominal que inmovilice las vísceras;

al contrario en los enfermos atacados de apendicitis, la presión de un cincho sobre la pared les aumenta el dolor y en general no pueden soportarlo.

ADENITIS PRE-CECALES

Marchan, relata varios casos de adenopatías pre-cecales operados por apendicitis; Dieulafoy dice que éstos tumores ganglionares pueden ser o no apreciables a la palpación, según que estén formando un solo grupo en la región ceco-apendicular o aislados. Cuando son palpables pueden confundirse con lesiones crónicas del apéndice o del ciego; además toman de los órganos vecinos (peritoneo e intestino), ciertos síntomas que, unidos al dolor permanente o paroxístico, análogo al de la apendicitis crónica, hacen el diagnóstico muy difícil, casi imposible, de tal modo, que sólo una laparotomía puede precisar la naturaleza exacta de la lesión.

TUMORES DE LA FOSA ILÍACA DERECHA

El dolor sordo que pueden provocar, unido a los trastornos digestivos, dan origen a la confusión con la forma crónica de la apendicitis.

La palpación permite comprobar la existencia de un tumor en la fosa ilíaca derecha. Se deberá investigar, hasta donde sea posible, su asiento (cáncer del ciego, tuberculosis hipertrófica del íleon, y del ciego, cáncer del colon ascendente o del ángulo derecho, invaginación ilio-cecal, tumor sifilítico del ciego); además, si se trata de un riñón aumentado de volumen, (riñón móvil, cáncer del riñón, riñón poliquístico, hidronefrosis), de una adenopatía ilíaca, de un tumor sarcomatoso del hueso ilíaco, de una vesícula biliar aumentada de volumen (cáncer de la vesícula), etc.

Todas estas afecciones serán diagnosticadas por su sintomatología propia, por el examen local y general, por la investigación de la sangre en las materias fecales, por el examen de la sangre y, sobre todo, por el examen radiológico. Este último contribuirá, en muchos casos, a localizar el asiento exacto de la lesión primitiva.

ACCIDENTES DOLOROSOS HEPÁTICOS

El cólico hepático es un accidente doloroso, pero de principio violento; el sitio inicial del dolor es más alto, en el hipocondrio derecho, bajo el hígado; las irradiaciones dolorosas características son constantes a la derecha, hacia la base del tórax; atrás, hacia

el omóplato derecho; arriba, hacia el hombro. El principio tiene lugar con frecuencia en la tarde y la crisis se prolonga algunas horas, terminándose bruscamente o dejando algunos trastornos dolorosos. Los trastornos gastro-intestinales son poco marcados, se ven sin embargo sobrevenir vómitos reflejos biliosos, abundantes. Durante los días siguientes, aparece una ictericia ligera, subictericia de las conjuntivas, decoloración aún incompleta de las materias fecales y la aparición de pigmentos en la orina, que confirman el diagnóstico, tanto más fácilmente, cuanto que se encuentran antecedentes litiásicos, hereditarios, colaterales o personales en los enfermos.

Pero al lado de estas crisis perfectamente claras, debidas a la presencia o migración de cálculos en las vías biliares, se pueden observar, muy a menudo, dolores infra-hepáticos sub-agudos, repetidos y que parecen en relación con ataques ligeros de colecistitis y aún de peri-colecistitis, según la opinión de Tripier y Paviot, realizando una especie de peritonitis parcial infra-hepática; y así este proceso inflamatorio llega a crear adherencias que irradian al rededor de la vesícula y la unen al píloro, al duodeno o al ángulo cólico derecho, dando lugar a trastornos dolorosos y digestivos de difícil interpretación.

La determinación de la causa de estas lesiones es delicada; en algunos casos el apéndice está situado hacia arriba, bajo el hígado y su inflamación puede realizar la forma de la apendicitis infra-hepática. Otras veces, a distancia, la inflamación crónica del apéndice puede recaer sobre el hígado y provocar subictericia y signos de insuficiencia hepática. Dieulafoy, ha descrito una hepatitis apendicular.

Es sabido que la litiasis biliar puede afectar formas frustras; sea que se traduzca por síntomas gástricos, pleuro pulmonares o intestinales; son estos últimos casos los que simulan mejor la apendicitis.

F. Ramond ha llamado recientemente la atención sobre la irradiación dolorosa ceco-apendicular, casi constante en el curso de la litiasis, pudiendo hacer creer en una apendicitis que no existe. En estos casos, se deberá practicar la dosificación de la colesiterina en la sangre. En los fenómenos de origen litiásico, la cantidad normal de colesiterina en el suero sanguíneo (1 gr. 50), puede elevarse a 2 gr. 50, a 3 gr. y más, por litro de suero.

Hay que hacer notar la frecuencia de la apendicitis y de la colelitiasis, reunión a la cual Dieulafoy, ha dado el nombre de apendículo-colecistitis.

ENFERMEDADES DEL ESTÓMAGO

Como se ha dicho anteriormente, la apendicitis crónica puede realizar un cuadro sintomático, tan análogo a ciertas afecciones gástricas, que se han señalado formas apendiculares, cuyos síntomas se confunden en todo con las verdaderas enfermedades del órgano mencionado; de ellas las que más se prestan a la confusión son:

Hiperclorhidria: sabemos que en la forma gástrica de la apendicitis crónica, puede haber hiperclorhidria; este trastorno de la secreción gástrica, cuando existe aislado, se diferenciará, además de su sintomatología propia, por el alivio del dolor y de la acidez, con la ingestión de alimentos y alcalinos, lo que no sucede en la apendicitis.

Gastritis crónica: de cualquier naturaleza que sea, tiene una sintomatología muy análoga a los trastornos gástricos de la enfermedad que tratamos; se diferenciará, por el asiento electivo del dolor, las pituitas tan frecuentes, y por su causa casi siempre conocida.

! *Úlcera redonda*: tiene generalmente una sintomatología más clara y mejor pronunciada que la forma análoga de la apendicitis. La aparición de una hematemesis, la localización del dolor al nivel del epigastrio, el punto doloroso dorsal, sus irradiaciones hacia los hombros, los espacios intercostales y la radioscopia, confirmarán el diagnóstico.

Cáncer del estómago: a veces perceptible a la palpación, se acompaña de trastornos característicos del quimismo estomacal, (hipoclorhidria o anaclorhidria) de vómitos con olor a manteca rancia, tinte amarillo paja; más tarde edemas y caquexia. Su generalización hepática o ganglionar, son elementos que, unidos a la radiografía, facilitan el diagnóstico.

En casi todos los casos positivos de apendicitis, la palpación profunda del abdomen, llega a despertar el dolor característico en el punto de Mac Burney, signo de mucha importancia para esclarecer el diagnóstico.

Dispepsias: el examen del jugo gástrico nos revelará una hiper o hipoclorhidria; la palpación y percusión del abdomen, nos enseñarán un estómago dilatado, caído, doloroso; el estudio de las comidas de prueba, nos ilustrará sobre el funcionamiento gástrico; se descubrirán de este modo los factores que intervienen en la etiología de la dispepsia y por consiguiente su diagnóstico.

Hay que tener presente que en la dispepsia apendicular, no hay regularidad en los dolores, no tienen las mismas irradiaciones, son casi permanentes, no se acompañan de períodos de salud perfecta y no se les encuentra medicamento específico que les dé un alivio claro.

ÚLCERA DEL DUODENO

El principio del dolor es más claro y constante dos o tres horas después de la ingestión de alimentos; su máximo está situado bajo el reborde inferior del hígado, a pocos centímetros de la línea media, en el centro de una línea que reúna el ombligo con la extremidad anterior de la 10.^a costilla; más tarde sensación brusca del ataque, con regreso al estado normal; el síntoma de hambre dolorosa (hunger pain) y su desaparición momentánea por la ingestión de alimentos, son síntomas que no existen en la apendicitis crónica y sirven para diferenciarla de ella.

El examen de las materias fecales, puede revelar la presencia de una hemorragia debida a la úlcera, y el examen radiológico hace comprobar la fijeza de la región píloro duodenal, la ausencia de dilatación del fondo del estómago y la ausencia también de contracciones peristálticas.

COLITIS CRÓNICA

Cualquiera que sea su forma: catarral, muco-membranosa o ulcerosa; siempre cuenta entre sus síntomas, uno o más que justifiquen su diferencia con ciertas formas de apendicitis crónica (diarreas intermitentes, crisis dolorosas, etc.)

El examen detenido de todo el colon, la palpación del segmento intestinal ulcerado, ofreciendo la sensación de una masa o de un cordón duro, sensible a la presión y la localización dolorosa, permiten hacer el diagnóstico.

El tacto rectal y el examen de las materias fecales, mostrándonos la naturaleza de la lesión, completarán el examen.

ENTERO-COLITIS CRÓNICA

Ante un sujeto artrítico o nervioso, se pensará en una enterocolitis primitiva, cuando exista a la presión, no un dolor localizado, sino extendido en placas sobre el ciego y los ángulos cólicos y cuando se compruebe la emisión de verdaderas arenas intestinales. Pero, de una manera general, podemos decir que el diag-

nóstico es delicado; requiere una larga observación, la que permitirá a veces sorprender, antes o después del ataque intestinal, las reacciones dolorosas y peritoneales de la apendicitis confirmada.

DISENTERÍA AMIBIANA CRÓNICA

Una amibiasis frustrada y desconocida, localizada sobre todo en la región cecal, puede confundirse con una apendicitis crónica. Los casos en que se ha verificado esta confusión son numerosos y muchos son también los enfermos que después de operados por apendicitis, siguen sufriendo, hasta que un examen minucioso da el origen de los trastornos. El estudio coprológico, mostrando la presencia de amibas o de quistes patógenos, confirmará el diagnóstico.

En ciertos casos, no hay más que lesiones apendiculares o solamente un síndrome pseudo-apendicular, sobreviniendo en el curso de la disentería crónica, por localización de las lesiones al nivel del ciego.

TRASTORNOS FUNCIONALES DEL COLON ASCENDENTE

La tiflitis, la cecalgia, la constipación simple del ciego, la dispepsia cecal simple, los ciegos dolorosos, los grandes ciegos indoloros, producen trastornos funcionales variados, que radican en el colon ascendente.

Ni el examen clínico, ni el radiológico aislados, son suficientes para hacer un diagnóstico de lesiones orgánicas, revelando una causa mecánica. Se podrá, en efecto, encontrar enfermos cuyo ciego es doloroso momentáneamente, o en los cuales un examen radiológico revela anomalías de situación, forma, etc., sin poder, por eso, afirmar en presencia de qué se encuentra.

Una indigestión cecal, una llenura estercoral en el colon, pueden provocar una reacción de defensa de parte de este segmento del intestino. El enfermo experimenta entonces, trastornos más o menos violentos en la fosa ilíaca derecha, con cólicos, ligero ascenso térmico, lengua saburrosa y cefalalgia.

A la palpación, el ciego aparece como una tumefacción irregular, semiblanda, dolorosa en su conjunto. Se nota también constipación o diarrea. La cecalgia es espontánea y se traduce por un simple reflejo doloroso a distancia.

En los grandes ciegos indoloros, éste puede ser dilatado por la estenosis orgánica del intestino grueso, a distancia, por un

neoplasma del colon transversal o descendente y aún del sigmoide. Existirá así una serie de trastornos que pueden ir desde los más ligeros, como la cecalga, hasta los más graves, como la constipación del colon ascendente, el éxtasis intestinal crónico y la tiflitis.

Para llegar al diagnóstico, es necesario investigar la aereocolia derecha, los cólicos "ventosos" al nivel del ángulo hepático; hacer un examen clínico y radiológico completos y el estudio evolutivo de la afección.

CODADURA DE LANE

Arbuthnot Lane, describió hace varios años, bajo el nombre de codadura ilial, una inflexión en V, de abertura inferior, a menudo muy aguda, de la porción terminal del íleon. Esta inflexión resulta de la tracción de adherencias peritoneales y del mesenterio retraído, codadura que entraña una serie de trastornos de obstrucción crónica, que se traducen por la dificultad de las materias al pasar a este nivel: dolor abdominal derecho, constipación, crisis de cólicos, distensión del intestino delgado, trastornos generales que recuerdan más o menos la apendicitis crónica y que desaparecen después de la sección de la brida y del enderezamiento de la codadura. Siendo esta codadura de origen apendicular, lo más a menudo, los accidentes que provoca, vendrán a reforzar los de la apendicitis crónica y serán accesibles al mismo tratamiento.

El examen radioscópico muestra el retardo marcado del tránsito, el éxtasis ilial, la codadura del íleon que se aplica contra la cara interna del colon ascendente. La palpación profunda llega a veces a diferenciar la última asa ilial codada y siempre dolorosa.

CONTRACTURA ESPASMÓDICA DE LA TERMINACIÓN DEL ÍLEON

En ciertos casos, muy raros, los trastornos gastro-intestinales ligeros y las crisis dolorosas en la fosa ilíaca derecha, pueden hacer pensar en una apendicitis crónica, cuando en realidad lo que existe es una contractura de la terminación del íleon, accidentes que se pueden unir a los producidos por la insuficiencia de la válvula íleo cecal. Se diagnostican por la dilatación del ciego dilucidable a la palpación, por las alternativas de constipación y de diarrea y por síntomas generales debidos a la auto-intoxicación.

TUBERCULOSIS CECAL

La localización de la tuberculosis en este segmento del intestino, es muy rara, y puede encontrarse en individuos indemnes de toda otra manifestación de la enfermedad. Principia de manera lenta, por dolores en la fosa ilíaca derecha, que se instalan poco a poco; más tarde son cólicos acompañados de alterativas de diarrea y constipación. La palpación atenta hace, a veces, percibir el ciego bajo la forma de un tumor, irregular, movable en el sentido transversal, y ganglios del lado derecho aumentados de volumen. Su diagnóstico es muy difícil, y únicamente en el momento de una operación, es cuando se dá cuenta el cirujano de las ignoradas lesiones.

FALSAS APENDICITIS

Generalidades.—Las lesiones mórbidas que pueden simular o asociarse a la apendicitis crónica, llamadas falsas apendicitis, no son más que síndromes dolorosos y mecánicos del ciego y del colon ascendente.

Existe en la región apéndice-cecal misma o en su vecindad, una serie de lesiones crónicas, recientemente descritas y susceptibles de realizar, a primera vista, todo el cuadro de la apendicitis crónica. Así, el colon ascendente o proximal, puede ser el asiento de modificaciones anatómicas o patológicas que interesan esta viscera, el ciego o el ángulo derecho, ya sea por una movilidad anormal y desplazamientos por falta de fijación; ya, al contrario, adherencias de origen congénito o adquirido que inmovilizan y fijan esta parte del intestino grueso, provocando trastornos en su funcionamiento.

De estos trastornos, los de orden mecánico son los más importantes, pero ninguno de ellos tiene una indicación clínica propia, que permita diferenciarlos, más bien se unen entre sí por su sintomatología, lo que legitima su estudio en un solo grupo.

Todas estas afecciones tienen como carácter común, esencial, el elemento dolor, situado en la fosa ilíaca derecha y el flanco derecho, debido a un obstáculo mecánico al curso de las materias y de los gases en el segmento ciego-cólico; de allí, éxtasis estercoral y fermentaciones anormales que distienden dicho segmento y provocan el dolor.

Tres tipos clínicos se observan:

1.º, formas ligeras, atenuadas, con trastornos dolorosos sordos, en apariencia confusos; trastornos gastro-intestinales ligeros, aumentando con los movimientos, lo que hace pensar más fácil-

mente en una apendicitis crónica. Como trastornos digestivos se pueden notar: anorexia, apetito irregular, náuseas, constipación más o menos marcada.

2.º, formas francas sub-agudas: crisis dolorosas claras que traducen la distensión del ciego y su lucha por vaciarse; estas crisis son cortas y pueden ir seguidas de sensibilidad permanente o sensación de pesadez; la constipación es habitual, vómitos alimenticios o biliosos; no hay elevación de la temperatura, pero el pulso puede acelerarse. Termina la crisis al cabo de una o dos horas por una evacuación diarreica y emisión abundante de gases. En suma es la misma sintomatología, pero más pronunciada que en las formas precedentes. Al examen del abdomen se nota un ciego distendido, duro, doloroso. El estado general queda bueno en el intervalo de las crisis.

3.º, formas graves y prolongadas: los mismos síntomas dolorosos con éxtasis y dilatación cecal, a los cuales se agregan fenómenos tóxicos e infecciosos, debidos a una tiflitis, colitis o pericolicitis, así como a reabsorciones intestinales, de donde provienen trastornos en la salud general y enflaquecimiento rápido; éste es constante, debido a la desaparición de la grasa y de la fusión muscular, llevando a la larga un estado de senilidad precoz, tanto más marcada cuanto que los trastornos de la piel no tardan en aparecer.

A estos trastornos se agregan otros muchos: circulatorios, respiratorios, genitales, urinarios, glandulares, nerviosos, etc., más los infecciosos, que se pueden acompañar de ligera elevación térmica.

La palpación del ciego permite apreciar su situación, su movilidad o fijeza; a veces se tiene la impresión de que está engrosado y se percibe bajo la forma de un huso doloroso y duro; esto se observa sobre todo a continuación o en el curso de los ataques de tiflo-colitis parietal y de tiflo-colitis agudas o sobre agudas. A veces el ciego distendido, puede vaciarse bajo una presión profunda, provocando dolor en el hiponcondrio derecho.

Los principales síndromes del ciego-colon derecho son los siguientes:

CIEGO ANORMALMENTE MÓVIL

La movilidad anormal del ciego le permite desplazarse, descender en la pelvis, atrás del pubis; llegar hasta la fosa ilíaca derecha, torcerse sobre el colon. Estos trastornos mórbidos son debidos a infinidad de causas (embarazos, adelgazamiento, etc.)

y se traducen por accidentes de éxtasis mecánico en el ciego, retardo de la evacuación cecal, su dilatación y dolores consecutivos.

Gourget, precisa los signos por los cuales se reconoce esta lesión: constipación crónica muy marcada, acompañada de náuseas y de trastornos dolorosos muy variables, desde la simple pesadez, hasta verdaderos cólicos, localizados casi exclusivamente del lado derecho, a menudo seguidos de sensación dolorosa en esta misma región y en el epigastrio. La palpación dá, en general, al nivel del ciego, la sensación de una resistencia elástica, como la de un globo de aire, indolente o poco sensible a la presión, salvo en el momento de los sucesos, donde se encuentra una sensibilidad clara al nivel o al rededor del punto de Mac Burney. Esta tumefacción se deja igualmente rechazar hacia la línea media. Los accesos no son acompañados de fiebre y se terminan generalmente por una evacuación diarreica.

Hay interés en controlar los resultados de la palpación por el examen radiológico, que puede dar los siguientes datos: aumento del volumen del ciego, cuya sombra es hasta dos veces más ancha que en el estado normal y se introduce a menudo hasta en la pequeña pelvis; movilidad anormal del ciego, que se aprecia en el decúbito lateral izquierdo o por medio de la palpación; en fin la permanencia prolongada del bismuto en su cavidad. Estos últimos datos, son los más importantes para establecer el diagnóstico, lo mismo que los casos raros en los que se logran ver las contracciones cecales dibujadas bajo la pared abdominal.

CIEGO CAÍDO Y FIJADO

Las lesiones anatómicas observadas aquí, son opuestas en cierto modo, a las descritas a propósito del ciego anormalmente móvil; en lugar de tener un ciego cuya posición varía espontáneamente y a la palpación, se comprueba un ciego descendido que ha sido fijado por adherencias formadas a su rededor; es una peri-visceritis de la región donde se reúnen el apéndice, el ciego y el íleon.

Los principales síntomas son los siguientes: estado sub-febril persistente, de máximo vespéral poco elevado, ($37^{\circ} 8$, $38^{\circ} 2$), dolores sordos continuos, localizados en la fosa ilíaca derecha, con exacerbaciones durante la digestión cecal y la marcha, con irradiaciones a las regiones glútea, lumbar derecha, cara anterior del muslo y vejiga (cistalgia). Trastornos gastro-intestinales: anorexia, náuseas, constipación o diarrea y por otra parte adelgazamiento, fatiga general, que, unidas a la reacción térmica, hacen pensar en una tuberculosis.

Al examen se comprueba una hiperestesia cutánea de la región cecal, el menor frotamiento de los tegumentos es doloroso, el reflejo cutáneo abdominal está disminuido de este lado; la palpación de la fosa ilíaca derecha es difícil por la frecuencia de la contractura muscular, llegándose a veces a percibir un ciego aumentado de volumen, timpanizado y fijo.

Examen radiológico.—Si se examina el enfermo en la posición vertical, el ciego aparece descendido y aumentado de volumen. En el decúbito dorsal se comprueba que es imposible movilizarlo y el menor desplazamiento provoca dolores. Esta inmovilidad a la palpación revela la existencia de adherencias peri-cecales; se nota además el retardo de la evacuación del ciego y su plenitud irregular. Todos estos datos darán el diagnóstico.

DESCENSO DEL COLON DERECHO.

Lo que predomina es la dificultad mecánica en el paso ceco cólico y el síndrome doloroso que lo traduce con intensidad variable, según el grado de las lesiones. El dolor es ya irregular y caprichoso consistiendo en simple pesadez de la fosa ilíaca derecha, en sensación de plenitud, de flatulencia, de malestar vago; ya son crisis dolorosas, violentas y paroxísticas, sobre todo después de las comidas.

Al examen se encuentra el ciego distendido, timpanizado, dibujándose algunas veces sobre la pared en el decúbito lateral izquierdo; este timpanismo se desplaza hacia la línea media. Estos fenómenos están acompañados de constipación alternando con evacuaciones diarreicas.

El examen radiológico permite verificar el diagnóstico y determinar el grado de las lesiones.

PERICOLITIS MEMBRANOSA. MEMBRANA DE JACKSON

Desde 1909, Jackson llamó la atención sobre las adherencias peritoneales membranosas, que, en ciertos casos, se extienden en la superficie del colon ascendente y pueden bridarlo; él las describió como una alteración especial y primitiva del peritoneo, bajo el nombre de pericolitis membranosa.

Se encuentra en ella, como en los casos anteriores, la misma predominancia del síndrome mecánico: dolor más o menos marcado con sus dos puntos predominantes, uno al nivel de la región cecal, el otro en la región infra-hepática; trastornos gastro-intestinales, consistiendo en fenómenos dispépticos, constipación ha-

bitual y más tarde evacuaciones diarreicas, que pueden complicarse de signos de enterocolitis; signos de éxtasis ceco-cólica que traducen el obstáculo del ángulo derecho y la dificultad del ciego en vaciarse. El ciego está distendido, doloroso en su conjunto; excepcionalmente pueden verse las contracciones peristálticas; en fin, aparecen trastornos de intoxicación general.

El estudio radiológico da los datos siguientes: llenura característica del ciego, indicando que la progresión de la columna opaca es retardada (10 y 12 horas en lugar de 3 a 6); dilatación más o menos marcada del ciego y de la primera porción del colon ascendente; disminución del calibre de la parte superior de este mismo colon y del ángulo hepático que presentan un aspecto irregular; fijeza relativa del colon ascendente y del ángulo derecho; por último en ciertos casos se puede observar el apéndice adherente y no doloroso.

PERICOLITIS DEL ÁNGULO HEPÁTICO

Es frecuente y se presenta bajo diversos aspectos, según la extensión de las adherencias que unen este ángulo cólico derecho con los órganos vecinos, especialmente con el riñón derecho, la vesícula biliar y el hígado.

Los síntomas provocados por la existencia de semejantes membranas pericólicas, no tienen nada de característico y se confunden con los de la apendicitis crónica o los de la enteritis mucosa membranosa; algunas veces, no obstante, signos claros de pequeña oclusión, pueden hacer pensar en un obstáculo mecánico y por consiguiente en la existencia de adherencias pericólicas.

Los trastornos presentados por los enfermos pueden separarse en tres grupos: síntomas gastro-intestinales difusos, signos de intoxicación general y signos locales de éxtasis ceco-cólica; éstos últimos son los más característicos.

En el intervalo de las crisis, se nota *clapoteo* cecal y la existencia de un dolor difuso en toda la extensión del colon ascendente, con dos puntos de sensibilidad máxima: uno bajo el reborde costal, al nivel del ángulo hepático, un poco abajo del punto cístico; el otro, en el punto de Mac Burney.

A veces los trastornos de orden hepático predominan, sin que haya colecistitis aguda o litiasis vesicular. Lo mismo sucede con el síndrome de la úlcera del duodeno, que existe casi completamente y hace errar el diagnóstico.

Los datos suministrados por el examen radiológico son de gran importancia, para afirmar la existencia de estas perivisceritis. Se puede comprobar: 1.º, retardo en el paso ceco-cólico;

2.º, fijación del ángulo cólico derecho al píloro, al duodeno y a la cara inferior del hígado; 3.º, dilatación del ciego; 4.º, el ángulo cólico derecho no se abre bien; 5.º, la existencia de una mancha píloro duodenal, (peri-duodenitis).

UNIÓN DEL CIEGO-COLON DERECHO EN CAÑÓN DE FUSIL

El ángulo cólico derecho puede ser muy agudo, completamente cerrado, como un compás, cuyas dos ramas están en contacto y paralelas; adherencias más o menos sólidas fijan los segmentos en esta posición.

Se consideran cuatro tipos, según el mayor o menor grado de unión de los segmentos: el primer tipo espontáneamente reductible, es frecuente y no da lugar a ningún trastorno patológico, o si existe es muy atenuado; es generalmente una comprobación en el curso del examen radiológico.

Los otros tipos anatómicos son más avanzados o irreductibles y se acompañan de dolor en la fosa ilíaca derecha y modificación de las deposiciones. El primero consiste en simple sensación de contracción, de pesadez, sobre todo en la estación vertical y la marcha. En los casos más acentuados, se pueden acompañar de reflejos dispépticos: náuseas, vómitos, pituitas. Se comprende fácilmente que estos trastornos sean atribuidos a una apendicitis crónica, pero en la mayoría de los casos, la palpación de la fosa ilíaca derecha es indolora y basta que los enfermos se acuesten en decúbito dorsal o lateral izquierdo, para que los dolores se atenúen o desaparezcan.

El examen radiológico da datos interesantes y permite clasificar el tipo anatómico que se tenga a la vista, según sea o no reductible por el cambio de posición y por la palpación superficial y profunda.

Se ve, pues, que las afecciones abdominales que acabamos de describir bajo el nombre de falsas apendicitis, tienen, con muy ligeras variantes, casi la misma sintomatología; imposible es, por consiguiente, obtener de su estudio un diagnóstico afirmativo. En realidad, no es sino la exploración directa de los órganos en el curso de una intervención, la que permitirá reconocer y afirmar las lesiones. Y como lo hace observar Lenormant, no hay nada de característico en ellas, únicamente llevan una nueva contribución al estudio de las dificultades en el diagnóstico de la apendicitis crónica.

Observación Número 1.

Caso de apendicitis crónica simulando una tuberculosis pulmonar.

I. de L., mujer, soltera, de 23 años de edad, originaria y residente en esta capital, ingresa a la "Casa de Salud Ortega" el 9 de Octubre de 1922, a curarse de "calenturas y trastornos digestivos."

Antecedentes personales y hereditarios: sin importancia.

Historia: hace 7 años empezó a padecer de náuseas constantes, vómitos fáciles y diarrea (4 a 6 asientos en las 24 horas), temperatura vespertal poco elevada ($37^{\circ} 5$, 38°), enflaquecimiento, anemia y trastornos menstruales; en este estado pasó cerca de un año, bajo un tratamiento muy variado, de acuerdo con los diferentes diagnósticos de los facultativos que la atendieron (dispepsia, tuberculosis pulmonar), sin obtener más que una mejoría relativa. La enferma refiere haber aumentado de peso en este período que duró 11 meses más o menos.

Más tarde aparecen de nuevo los vómitos, precedidos de malestar y seguidos de gran alivio, más pronunciados después del almuerzo que de la comida; al principio eran solo acuosos, más tarde biliosos y alimenticios; elevaciones vespertales de la temperatura por intervalos más o menos largos, lo que, unido a su permanencia prolongada en la costa, hizo pensar en paludismo y su médico le administró quinina por la vía hipodérmica.

Hace dos meses todos los síntomas se agravan: enflaquecimiento rápido, ineptitud para el trabajo, sensación de dilatación y de pesadez del vientre, elevación de la temperatura que llega a 38° ; los trastornos digestivos antes mencionados se vuelven más penosos y se acompañan de dolor vago en la fosa ilíaca derecha. Varios facultativos hacen el diagnóstico de "tuberculosis pulmonar y dispepsia crónica".

En este estado y ya en la "Casa de Salud," es cuando se examina cuidadosamente a la enferma; comprobando que el dolor tiene como sitio predominante la región derecha del abdomen, al rededor del punto de Mac Burney y que este dolor aumenta con el ejercicio y disminuye con el reposo. La palpación profunda de la región es dolorosa, lo que, unido a todos los trastornos ya mencionados, hace pensar en una apendicitis crónica.

El 11 del mismo mes es operada, encontrándose un apéndice rodeado de adherencias, su cavidad llena de materias fecales endurecidas, sus paredes internas presentan puntos equimóticos, son estos datos macroscópicos los que confirman el diagnóstico.

Actualmente la señorita I. de L., goza de buena salud, habiendo desaparecido todos los trastornos gastro-intestinales, la temperatura y el dolor. Ha aumentado considerablemente de peso.

Es auténtica,

DR. SALVADOR ORTEGA.

Observación Número 2.

Caso de apendicitis crónica simulando un cáncer del estómago.

M. de Donis, de 50 años de edad, ingresa a la "Casa de Salud Ortega" el 26 de Noviembre de 1921, en busca de asistencia facultativa.

Antecedentes personales: paludismo, viruela, toses y catarrros frecuentes, trastornos digestivos.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Historia: hace aproximadamente 20 años, sufrió un ataque doloroso agudo, que llama "cólico miserere," al nivel del lado derecho del abdomen, acompañado de vómitos, constipación, fríos y elevación de la temperatura. Desde este tiempo la enferma continuó padeciendo con intermitencias de algunos meses a un año, de trastornos digestivos: anorexia, náuseas, vómitos espontáneos, biliosos y alimenticios, repugnancia por ciertos alimentos, principalmente por la carne y las sustancias grasas, sensación de malestar después de las comidas, lo mismo que dolor epigástrico, o pesadez abdominal y constipación más o menos marcados. A estos trastornos se les agregaban, cefalalgia, lipotimias repetidas, palidez marcada y enflaquecimiento. En este estado consulta a varios facultativos, los cuales hacen los diagnósticos más variados, entre ellos los siguientes: dispepsia crónica, cáncer del estómago, litiasis biliar, estenosis pilórica, tuberculosis pulmonar, etc., y la mantienen a un variado régimen alimenticio y terapéutico que resultan infructuosos.

Un año antes de ingresar a la "Casa de Salud," dice la enferma haber empeorado de todos los síntomas: los vómitos se hacen incoercibles, todos los alimentos son expulsados casi inmediatamente después de ingeridos, la constipación es tenaz, la

temperatura más elevada, la palidez es tan pronunciada que la piel toma un color amarillo paja, el dolor continuo con exacerbaciones penosas, se localiza al nivel del epigastrio, con irradiaciones hacia el dorso, la enferma dice sentir una "pelota en el estómago," el enflaquecimiento es sumamente pronunciado, hay completa ineptitud para el trabajo, aumentándose todos los trastornos con el menor ejercicio y disminuyendo algo con el reposo. Los facultativos que la vieron en esta época, hacen el diagnóstico de cáncer del estómago, basados indudablemente en los signos y síntomas apuntados y en la edad de la enferma. En este estado y con este diagnóstico ingresa a la "Casa de Salud."

Se la sujeta a reposo en el lecho durante tres días y se examina minuciosamente al cabo de ellos, comprobando a la palpación profunda que el sitio electivo del dolor está situado en la fosa ilíaca derecha, al nivel del punto de Mac Burney y que es aumentado por la palpación y los movimientos, lo que, unido a los trastornos mencionados, en particular a los digestivos y a la historia de un ataque doloroso agudo hace veinte años, que es considerado como un ataque apendicular inicial, se sienta el diagnóstico de apendicitis crónica y el Dr. don Salvador Ortega, resuelve la apendicectomía para el día siguiente.

Abierta la cavidad abdominal se encuentra un apéndice aumentado de volumen y rodeado de adherencias.

Para comprobar el diagnóstico, se abre el apéndice longitudinalmente, después de la operación, encontrándose en su interior un líquido con olor fuertemente fecaloideo, manchas equimóticas en su pared interna y un estrangulamiento cerca de su extremidad adherente; reliquia del primer ataque.

La enferma dice haberle desaparecido todos los trastornos, como por "encanto," y sin mayor accidente abandona la casa después de veinte días de asistencia. La operación fué practicada por los Drs. S. Ortega y Antonio Macal.

Actualmente no ha vuelto a padecer el más mínimo de los trastornos antes mencionados, su salud es perfecta, su peso ha aumentado considerablemente y se dedica con la mayor actividad al comercio y a los oficios de su sexo.

Es auténtica,

DR. SALVADOR ORTEGA.

Observación Número 3.

Un caso de disenteria amibiana operado por apendicitis crónica.

Se trata del señor R. G., de 27 años más o menos, originario y residente en esta capital, quien se presenta en busca del alivio de sus males, el día 26 de Julio de 1922.

Antecedentes personales: padeció de escarlatina y sarampión siendo muy niño, grippe, durante la última pandemia, fiebre tifoidea en 1917 y en Abril de 1921, fué operado por apendicitis crónica.

Antecedentes hereditarios: de ellos no proporciona datos que parezcan de utilidad.

Historia: comenzó a padecer de dolores más o menos agudos en la fosa ilíaca derecha, "acideces," digestiones penosas, flatulencia y constipación, lo mismo que malestar general e incapacidad para el trabajo; trastornos que lo hicieron consultar varios médicos, quienes diagnosticaron una apendicitis crónica y propuesta la intervención fué aceptada y verificada en el mes de abril del año citado.

Algunos días después de la operación, aparece de nuevo, con gran admiración del enfermo, todo el cortejo de síntomas dolorosos, gastro-intestinales y nerviosos que provocaran la intervención y desde entonces hasta la fecha en que es examinado nuevamente, arrastra una vida de trastornos gastro-intestinales que sacuden su sistema nervioso, hasta el grado de recurrir otra vez a los médicos en quienes ya no cree.

Examen del enfermo: su aspecto es el de un deprimido nervioso, siente dolores fugaces en la cara, en la garganta, las piernas y en las sienes siente unas "tenazas que lo oprimen." Completa ineptitud para el trabajo, hasta el extremo de no cumplir con sus obligaciones. Su sueño es casi nulo, zumbido de oídos, sofocación al menor esfuerzo. Cuenta una larga historia de su enfermedad, se cree neurasténico o histérico, siente "desvanecimientos" al pasar de la posición horizontal a la vertical, dice que antes de ser operado se hizo examinar las materias fecales, encontrándose en ellas la amiba disentérica, pero que no atribuyendo a ella, la causa de sus males, se decidió por la intervención.

El examen orgánico riguroso a que se somete, hace comprobar únicamente un dolor provocado por la presión en los colons ascendente y descendente, y cierta dureza en el último segmento del intestino grueso.

Al examen de las materias fecales se encuentran quistes de amiba disentérica, y relacionando los trastornos que provocan di-

chos parásitos, con los de la apendicitis crónica, se cae en la cuenta que ellos fueron los causantes de todos los trastornos que terminaron por llevar al enfermo a la mesa de operaciones.

En efecto, se le administra yoduro doble de bismuto y emetina y más tarde pasta de Ravaut e inmediatamente el enfermo deja de sufrir de todos los trastornos enumerados y vuelve a sus ocupaciones habituales comprobando de este modo el error de diagnóstico y la necesidad de examinar las materias fecales en los enfermos que se crean atacados de apendicitis crónica.

Es auténtica,

DR. B. ALDANA S.

CONCLUSIONES

- 1.°—El diagnóstico de la apendicitis crónica está rodeado de dificultades.
- 2.°—Para llegar a un resultado positivo, es necesario un examen clínico completo, el examen de las materias fecales, de la orina, del jugo gástrico y el estudio radiológico.
- 3.°—El estudio radiológico proporciona datos de gran importancia, sobre todo si se repite varias veces.
- 4.°—Las llamadas falsas apendicitis, son las afecciones que mas se confunden con la apendicitis crónica y su diagnóstico es, a veces, imposible.
- 5.°—Los signos generales y funcionales de la apendicitis crónica, son tan poco precisos, que a ninguno de ellos se le puede dar un valor absoluto.
- 6.°—El dolor local a la palpación es el signo físico más constante.
- 7.°—Antes de proceder a una inútil intervención, es necesario someter a los enfermos a todos los medios de investigación ya señalados.

L. RIVERA IRIARTE.

Vº Bº,

ANT. MACAL,

Catedrático de la Facultad.

Imprímase,

M. SANTA CRUZ V.,

Decano.

BIBLIOGRAFIA

- Collet*.—Précis de Pathologie Interne, 7.^a, ed 1914.
- G. Dieulafoy*.—Manuel de Pathologie Interne, 1911.
- P. Curmont*.—Manuel de Pathologie Général, 1913.
- A. Martinet*.—Diagnostic Clinique, 1921.
- Léon Berard et Paul Vibnard*.—L'Appendicite—Etude clinique et critique, 1921.
- Th. de Martel, Ed Antoine*.—Les Fausses appendicites, 1919.
- F. de Quervain*.—Traité de Diagnostie Chirurgical, 1919.
- C. Oddo*.—La Médecine d'urgence, 1922.
- E. Forgue*.—Précis de Pathologie Externe, 1917.
- G. Dieulafoy*.—Clínica Médica, 1897.
- Begouin, Bourgeois, Duval, Gosset*.—Précis de Pathologie Chirurgical.
- P. Brouardel, A. Gilbert*.—Traité de Medecine et Thérapeutique.
- René A. Gutmann*.—L'examen d'une appendicite chronique—L'Hôpital. Mai 1922.
- John A. Lichty*.—Apendicitis crónica.—The Journal. Octubre 16, 1922.
- Guy Laroche*.—Etude critique de l'appendicite Chronique.—La Presse Médicale, 8 Abril, 1922.
- M. G. Leven*.—Appendicite et erreurs de diagnostic.—“La Tribune Médicale.”
- H. Kummell*.—Diagnóstico, síntomas y complicaciones raras de la apendicitis. Revista Médica de Hamburgo.
- M. I. Pron*.—La palpation de l'appendice. La Tribune Médicale, 1921.
- V. Z. Cope*.—Literatura Médica del día, Agosto de 1920.
- Gregory*.—Sobre un nuevo síntoma diagnóstico en la apendicitis. Marzo de 1922.
- F. Bezançon, Marcel Labbé, Léon Bernard, J. A. Sicard*.—Pathologie Médicale.
- J. Avilés*.—La apendicitis crónica: su pronóstico y resultados patológicos, 1921.

- A. Echeverri Marulanda.*—Apuntes sobre apendicitis crónica.—
Revista Clínica.
- P. Descomps.*—Les appendicites sans peritonite. Paris Médical,
Agosto 1921.
- A. Cortés Lladó.*—La dismenorrea de origen apendicular. Enero
de 1921.
- M. Edouard Antoine.*—Un cas de "sciatique appendiculaire.—
Gazette des Hopitaux, mars 1921.
-



PROPOSICIONES

ANATOMÍA DESCRIPTIVA	Duodeno.
ANATOMÍA PATOLÓGICA	De la pneumonía.
BOTÁNICA MÉDICA	<i>Digitalis Purpurea.</i>
FÍSICA MÉDICA	Termómetros.
ZOOLOGÍA MÉDICA	<i>Necator Americanus.</i>
BACTERIOLOGÍA	Bacilo de Ducrey.
FISIOLOGÍA	Hematosis.
QUÍMICA MÉDICA ORGÁNICA	Cloroformo.
QUÍMICA MÉDICA INORGÁNICA	Calomel.
HISTOLOGÍA	Tejido óseo.
CLÍNICA QUIRÚRGICA	Punción lumbar.
CLÍNICA MÉDICA	Palpación del apéndice.
PATOLOGÍA GENERAL	Anafilaxia.
PATOLOGÍA EXTERNA	Lujaciones del hombro.
PATOLOGÍA INTERNA	Apendicitis crónica.
MEDICINA OPERATORIA	Ligadura de la arteria lingual.
MEDICINA LEGAL	Aborto.
GINECOLOGÍA	Prolapso uterino.
OBSTETRICIA	Presentación de hombro.
HIGIENE	Profilaxis de la fiebre amarilla.
TERAPÉUTICA	Cocaína.
TOXICOLOGÍA	Estricnina.
FARMACIA	Tinturas alcohólicas.
