

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

REPUBLICA DE GUATEMALA
CENTRO AMERICA

ALGUNOS DE LOS SINTOMAS Y SIGNOS QUE DEBEN TENERSE
PRESENTES PARA EL DIAGNOSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA
DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
POR

BONIFACIO DE LEON G.

Ex-Interno de los Hospitales y de las Casas de Salud "San José,"
"Clínica Operatoria" y "Unión Médica."

EN EL ACTO
DE SU INVESTIDURA DE
MEDICO Y CIRUJANO

3 MAYO 1929

MAYO DE 1929.

TIPOGRAFÍA SÁNCHEZ & DE GUISE
8ª Avenida Sur N° 24.

INTRODUCCION

Tenía el deseo de presentar un trabajo bastante completo sobre la APENDICITIS AGUDA. La tarea era árdua, porque comprende su Historia, Patogenia, Etiología, Anatomía Patológica, Bacteriología, Diagnóstico Diferencial, Tratamiento, etc. Para ello hubiera necesitado, no solo de más tiempo del que puedo disponer, sino de elementos que no estuvieron al alcance de mi mano. Se ha escrito tanto sobre la Apendicitis, que para poder abordar este tema, precisa consultar una verdadera legión de las obras que a ella se refieren. No me ha sido posible satisfacer cumplidamente mi deseo por las razones que acabo de exponer. Sin embargo, he estudiado y observado hasta donde me ha sido posible, y en tales condiciones doy forma a mi breve trabajo.

El apéndice, debido a su pobre y poca irrigación sanguínea, está más propenso a la gangrena y la perforación, que cualquiera de los otros órganos. La gangrena o la perforación, producen la peritonitis, cuya gravedad se acentúa en el transcurso de unas pocas horas. Cuando no se manifiesta la peritonitis generalizada, se forman las peritonitis enquistadas cuyos focos de supuración conducen también a la toxemia por absorción. La peritonitis y la toxemia, son las fatales terminaciones de la Apendicitis Aguda..., cuando el Médico no ha sabido o no ha podido apreciar en su valor exacto los síntomas, o cuando,—como ocurre en la mayor parte de los casos,—ha sido llamado demasiado tarde porque el paciente o sus familiares han confundido los síntomas con los de una indisposición pasajera, como una indigestión corriente y curable por la simple prescripción de un purgante.

La poca o ninguna importancia que se les da por lo general, a estos síntomas que en el fondo son graves, ha dado lugar a que se califique al apéndice como un "vago perjudicial y nocivo," haciéndole responsable de todas las enfermedades agudas de los órganos abdominales, y poniendo en su deber uno de los mayores porcentajes de mortalidad.

Me propongo, pues, vulgarizar la sintomatología de la Apendicitis Aguda, para evitar, hasta donde se pueda, las equivocaciones en el diagnóstico, recordando que cada uno de los síntomas debe tener su legítima interpretación, y que a la vez indica "que algo grave sucede en el sitio de las sorpresas apendiculares." Dice Lejars que "la apendicitis no se diagnostica con la punta de los dedos," y tenemos que aceptar una indicación tan precisa. La Apendicitis presenta un período que se ha llamado "de los errores," que está comprendido, por lo general, en el tiempo que transcurre entre la primera visita del Médico, cuando el paciente no puede dar la explicación completa de lo que siente, y el momento en que los síntomas se despejan y se hacen más apreciables. En este período, que si es de errores también lo es de peligros, es cuando los familiares aconsejan intempestivamente, una terapéutica que lejos de contribuir al remedio del mal, lo agrava y lo complica.

La presencia de estos síntomas, impone al Médico la obligación de llamar en consulta inmediatamente al Cirujano, puesto que, estando este último más familiarizado con la apreciación de los síntomas y signos de la Apendicitis, es por lo tanto el más capacitado para aconsejar la intervención quirúrgica en el momento oportuno. En más de una ocasión, hemos tenido oportunidad de comprobar las fatales consecuencias a que conduce la falta de la interpretación de los síntomas, recurriendo al Cirujano a última hora, exponiendo así no solo la vida del enfermo, sino la reputación profesional.

Contribuir a evitar la repetición de estos hechos, sería mi mayor deseo.

SINTOMATOLOGIA

Sumamente diversas son las formas bajo las cuales se presenta un ataque de Apendicitis. No es posible encerrar ese cuadro en un marco invariable de síntomas constantes: "depende todo de la reacción peritoneal que provoque y del grado de toxemia que determine."

La interpretación correcta que se dé a los síntomas observados, es la cuestión más importante; y para ello se necesita, sin duda, de mucha experiencia, no solo para interpretarlos, sino para saber buscarlos. Cirujanos de la gran competencia de Deaver han recalcado esto, afirmando que ha hecho su aprendizaje, sobre todo, en el gran libro de la experiencia.

Veamos, por ejemplo, las formas ligeras, cuando el enfermo se queja de dolores poco intensos e intermitentes, que dan lugar a confundirse con la saburra gástrica, por el estado nauseoso; por los cólicos intestinales, con una indigestión trivial. En estos casos es preciso que el médico consultado no se deje impresionar por la benignidad aparente de estos síntomas, y que se guarde de aconsejar purgantes o lavativas antes de practicar un examen cuidadoso y detenido. En estos casos, precisamente, es en los que el cirujano arriba citado, ha puesto de relieve lo poco marcado de los síntomas y la seriedad de las lesiones encontradas en el apéndice al ser extirpado, y lo peligrosa que en consecuencia resulta una terapéutica intempestiva.

Citaré a continuación algunos de los casos que he tenido oportunidad de observar, y que vienen a confirmar lo expuesto en el párrafo anterior.

F. R., de veintidós años, estudiante de medicina. En la noche del 6 de Noviembre de 1927, tiene dolores en todo el abdomen. A las once p. m., vómito alimenticio. Por la mañana, se siente completamente aliviado; pero el cirujano a quien consulta, encuentra el caso urgente y le indica que pase a la Unión Médica, donde lo opera inmediatamente por Apendicitis Aguda, a pesar de los ligeros síntomas apreciados, que son: lengua saburral, abdomen con defensa muscular en el lado derecho; temperatura bucal, 37,2; pulso, 110. Se encontró el apéndice aumentado de tamaño, congestionado y lleno de serosidad color frambuesa y de olor fétido. (1).

H. G., de cuarenta y cuatro años, agricultor, soltero, radicado en San Felipe. Ingresa a la Unión Médica el 6 de Noviembre de 1928, a las 7.30 p. m. En la mañana del día en que ingresó a la casa de salud, dispuso venirse a la capital, después de tomar el desayuno (dos huevos tibios). Ya en el tren, a eso de las nueve de la mañana, sintió dolor abdominal, sobre todo del lado derecho y lo atribuyó a una indigestión producida por los huevos tibios que había tomado en el desayuno. Un pasajero le suministró gotas de elixir paregórico, y como no se alivió, al llegar a Escuintla,—donde intentó quedarse,—telegrafió a un amigo para que a su ingreso a la capital le tuviera prevenido un médico. Al examinarlo éste, se dió cuenta de su estado de gravedad. (Dr. A. Ponce).

(1) Caso del Dr. M. J. Wunderlich.

Examen.—Dolor débil y generalizado en todo el abdomen, pero más acentuado en la fosa ilíaca derecha: defensa muscular en la misma región: temperatura bucal $37\frac{1}{2}$; pulsaciones, 120. Estado general, bueno.

Diagnóstico.—Apendicitis Aguda. Se indica al enfermo la necesidad de operarlo inmediatamente.

Operación.—Bajo anestesia general etérea, principia a las 9 p. m., doce horas después de haberse iniciado el ataque. Se encontró una congestión marcada del ciego y un apéndice turgesciente y eréctil, aumentado exageradamente en todas sus dimensiones, pues medía 18 centímetros de largo por 4 de circunferencia. Al abrirlo se encontró pus y tres coprolitos del tamaño de una semilla de aceituna. ⁽¹⁾

Los casos comprendidos en las observaciones preinsertas, presentaban síntomas más de indigestión que de Apendicitis. Los profesionales que conocieron de ellas, dieron el diagnóstico exacto, a pesar de que en la primera los trastornos se presentaron después de la comida y en la segunda después del desayuno. Sin embargo, las lesiones inflamatorias del apéndice iban a la supuración, esfacelo, perforación y peritonitis. Operados en tiempo oportuno, evolucionaron hacia la curación como si lo hubieran sido en frío, lo que nos demuestra una vez más que la suerte de un enfermo depende del diagnóstico derivado de la experiencia del médico, que prescribe la oportuna intervención quirúrgica.

Haré una revista de los síntomas de la Apendicitis Aguda, con la mayor claridad posible, con el objeto de llevar a la mente del lector, la importancia de cada uno de ellos. Mientras más concienzuda sea la apreciación de tales síntomas, menos expuestos estaremos al error.

Dolor.—“Los dolores abdominales en su totalidad son *irradiados* (Langley), dolores a distancia, estando en relación mucho más con el área de los nervios espinales que inervan la región, que con los filetes simpáticos aferentes que conducen la sensación del órgano enfermo a los núcleos medulares o cerebrales.” Dolores ascendentes en las afecciones del hígado; dolores descendentes en las del riñón, etc.

El primer síntoma de la Apendicitis, casi siempre consiste en la aparición del dolor. Podríamos decir que es la señal de alarma. Se presenta de manera espontánea e inesperada, acompañado de exacerbaciones, aumentando su

(1) Cirujano: Dr. Wunderlich.

intensidad paulatinamente hasta alcanzar su máxima agudeza. Puede llegar a ser tan intenso, que produzca el colapso. Lo describen como punzante, cortante, como un retortijón, etc. Al iniciarse, predomina comúnmente, en la región abdominal central, lo que se explica porque los nervios afluentes del apéndice están conectados por los ganglios simpáticos a los segmentos dorsales bajos, del octavo al onceavo, (Dr. Burgess). Este punto doloroso abdominal no posee una localización inmutable e invariable: frecuentemente predomina en la fosa ilíaca derecha, pudiendo ser periumbilical o epigástrico, sobre todo, en los niños, prestándose a equivocaciones con el punto doloroso vesicular. Se localiza en algunas ocasiones, aunque raras, en la región lumbar y aun en el lado izquierdo.

Como los órganos profundos no poseen una fijeza absoluta que permita localizar su proyección en puntos definitivos e invariables de la pared abdominal, se hace imposible suponer que matemáticamente se encuentre el dolor en los puntos indicados como clásicos en los diferentes enfermos.

Busquemos la explicación anatómica de los cambios de sitio del dolor. El ciego representa la parte inicial del intestino grueso, y es en donde desemboca el intestino delgado. En la extremidad inferior del ciego, nace el apéndice, que es una formación rudimentaria. El ciego, situado en la fosa ilíaca derecha, ocupa una especie de lecho, cuyos límites sobre la superficie exterior del abdomen, responden a los de la región costoilíaca derecha. Las paredes de este lecho están situadas de la manera siguiente: la abdominal anterior, hacia adelante; la abdominal posterior, hacia atrás, y hacia abajo, la fosa ilíaca interna que constituye el piso. Este lecho, está cerrado hacia afuera por la continuidad de la pared abdominal anterior con la pared abdominal posterior, comunicando ampliamente hacia arriba y hacia adentro, con la cavidad abdominal propiamente dicha, y abajo con la excavación pelviana. Por lo general, el ciego lo llena casi por completo, dirigiéndose de abajo a arriba, de izquierda a derecha, de delante a atrás y su fondo, ordinariamente echado hacia adentro, llega hasta la arcada crural. Esta es su posición ordinaria, que se puede clasificar de normal, por lo menos en el adulto: 78 % en el hombre y 70 % en la mujer. (Aglave, 1907). En algunas ocasiones, el ciego ocupa la parte superior del lecho, en dirección oblicua de abajo a arriba, de derecha a izquierda, de adelante a atrás, ocupando así una posición

ALTA.—En estos casos queda colocado casi debajo del hígado, y su extremidad libre, a una distancia de 6 á 8 centímetros de la arcada femoral. Esta posición ALTA es rara en el adulto (3 %, Aglave); pero es corriente en el feto y en el niño. Otras veces el ciego ocupa la parte inferior del lecho, con inclinación hacia adentro y hacia abajo, descendiendo hasta la cavidad pelviana. Esta es la posición BAJA. (16 % en el hombre, 30 % en la mujer, según Aglave).

En algunos casos raros, el ciego se encuentra afuera del lecho, ocupando una posición cualquiera en la cavidad abdominal, pudiendo estar tras el ombligo, encima del pubis o en la fosa ilíaca izquierda.

Siendo en realidad el apéndice una prolongación del ciego, tiene necesariamente que seguir sus desplazamientos. A esto se debe que ocupe ya una posición normal, o alta, o baja, o ectópica, y que por sí mismo presente con relación al ciego situaciones variables, que pueden ser ascendentes, descendentes, externas o internas, y que pueden variar de un día para otro, como se ha comprobado con los rayos Roentgen.

Observaciones que prueban lo anteriormente dicho:

M. A. M., de 30 años de edad, casado. Ingresó a la casa de salud "La Unión Médica", el 18 de Diciembre de 1928, para ser operado de Apendicitis al siguiente día. Hace seis años que padece de trastornos digestivos y de cólicos hepáticos. Además de los síntomas anteriores, basca y temperatura. Concentración del dolor en el punto vesicular. Defensa poco apreciable en la fosa ilíaca derecha; temperatura y pulso normales. Ligero tinte subictérico de las conjuntivas. Al operarlo se encontró el apéndice retrocecal, con una adherencia al colon. Extirpado el apéndice, se encuentra esclerosado en su vértice. Al abrirlo, se encuentran dos coprolitos blandos, y en su superficie interna, manchas equimóticas demostrativas de hemorragia. Durante la operación se exploraron las vías biliares, estómago y riñones, comprobándose su normalidad.

Entre las otras observaciones que he tenido ocasión de comprobar, se encuentra la de la señora M. T. de E., que ha padecido de dolores agudos localizados en la fosa ilíaca izquierda, y que en anteriores ocasiones ha sido tratada por una anexitis izquierda. La radiografía demuestra que de

ese lado tiene situado el apéndice, y que éste es el principal responsable de sus molestias y padecimientos. (1)

Los puntos dolorosos abdominales que se consideran clásicos en la Apendicitis, son los siguientes:

Punto de Mc.Burney.—Se encuentra entre cuatro o cinco centímetros de la espina iliaca antero superior, sobre la línea de unión de dicha espina al ombligo, en la parte media de esta línea.

Punto de Lanz.—En la unión del tercio medio y tercio derecho de la línea bi-espinal, que une las dos espinas ilíacas antero-superiores.

Punto de Clado.—En la intersección de una línea vertical que sigue el borde externo del gran recto y de la perpendicular bajada sobre esta línea de la espina iliaca antero-superior derecha o un poco más abajo.

Punto de Lenzman.—A cinco centímetros hacia adentro de la espina iliaca antero-superior derecha, sobre la línea inter-ilíaca.

Punto de Morris.—Sobre la línea de Mc.Burney, pero a cinco centímetros del ombligo.

Punto de Munro.—Situado en la intersección de la línea de Mc.Burney y de la vertical del borde externo del gran recto: corresponde al punto aceptado por gran número de autores franceses, y queda un poco adentro del de Mc. Burney.

Loeper y Esmonnet describen un punto que corresponde sobre la pared abdominal a la bifurcación de la arteria iliaca primiva; y Kümmel, otro peri-umbilical, a uno y medio centímetros por debajo del ombligo, o un poco a la derecha.

Todos estos puntos dolorosos son simplemente variantes del de Mc.Burney, que tan magistralmente lo describió desde 1884. Sin embargo, las investigaciones de Lanz y sus discípulos Slingerberg y Schoereder, en 1893, y las posteriores de Lejars (1905 a 1906), y las de Grau en 1910, han dado la demostración de que, si bien el punto de Mc.Burney debe conservar su alto valor diagnóstico, no corresponde al asiento anatómico de la base del apéndice, porque éste se encuentra en la gran mayoría de los casos en el punto de Lanz. En consecuencia, el punto de Mc.Burney debe ser considerado como el centro del área cutánea que corresponde al segmento medular a que llegan los nervios del apéndice.

(1) Casos del Dr. Wunderlich.

Conviene agregar que la proyección del punto de desembocadura del apéndice en el ciego sobre la pared abdominal, no corresponde al punto anatómico de Lanz sino en el caso de que el ciego ocupe su posición normal. Cuando la posición de éste es alta, baja o ectópica, el apéndice es desplazado al mismo tiempo que él; y el punto doloroso anatómico se determina, según los casos, arriba, hacia el ombligo y hasta en el lado izquierdo.

Para buscar el punto de mayor dolor en la menor extensión de la pared abdominal, nos valemos de la palpación suave, delicada y superficial, pasando de la parte menos sensible a la de mayor sensibilidad, pudiendo así localizarlo con la presión de un solo dedo, y percibiendo la diferencia de contracción que existe en ambos lados de la pared abdominal. En el lado izquierdo, haremos presión sobre el colon y de la fosa ilíaca al ángulo esplénico, con el fin de acumular los gases en el ciego, que al distenderse por la acción de estos, intensifícase entonces el dolor (Signo de Rovsing). Si súbitamente se suspende la presión, súbitamente también se acentuará el dolor, que puede llegar al grado de sincopal (Signo de Blumberg). Haciendo presión con el dedo sobre el punto de Mc.Burney, teniendo el paciente extendido el miembro inferior derecho, y ordenándole que levante el talón, el dolor se exacerbará. (Signo de Meltzer). En el lado izquierdo la maniobra resulta negativa. También se comprueba la aparición del dolor, indicándole al paciente que tosa.

“La respiración es torácica y tanto en este tipo respiratorio y cuando se presenta como abdominal, es superficial y superior.” El paciente flexiona el muslo sobre el abdomen e inclina la caja torácica, como defensa natural para aliviar el dolor.

Rigidez.—La rigidez, defensa o contracción muscular, casi siempre acompaña al dolor. Se presenta poco después del apareamiento del último. Es un signo de defensa de gran valor. Para comprobarla, lo mismo que para la comprobación del punto doloroso, nos valemos de la palpación delicada, suave y superficial. Llevaremos la mano con los dedos extendidos en forma de abanico por los diferentes cuadrantes del abdomen, pasando de la parte menos adolorida al sitio en que sospechamos encontrar el signo que buscamos; y al llegar a la fosa ilíaca derecha, notaremos una resistencia de los músculos de la pared abdominal, algo que nos impide el paso y que no nos deja llegar al órgano

enfermo. Para hacerla más evidente y limitarla mejor, debemos ejercer una serie de presiones consecutivas por medio de los dedos pequeño hasta el pulgar, teniendo la mano siempre abierta en forma de abanico.

Fisiológicamente, la contracción del músculo, tiende a desaparecer, a relajarse, pasado cierto tiempo; y cuando persiste o aparece de nuevo, extendiéndose a toda la pared abdominal, es signo inequívoco de que la infección apendicular, se ha extendido ya al peritoneo y adquiere la dureza de la madera.

Con lo dicho anteriormente, queda demostrada la necesidad de efectuar la palpación; pero todos los tratadistas insisten en recordarnos que también ofrece serios y graves peligros. Debe ser superficial, lo más superficial que se pueda, sumamente suave, muy delicada. El médico se debe abstener de repetirla, porque se expone no solo a exacerbar el dolor, sino a destruir la obra defensiva de la naturaleza, corriendo también el riesgo de romper el foco de pus ya constituido, llevando así la infección a la cavidad peritoneal.

Hiperestesia dolorosa cutánea.—Mencionada por Dieulafoy como constitutiva de su triada sintomática, hasta ser designada por algunos autores como “signo de Dieulafoy”, es un signo de gran valor en el diagnóstico de la apendicitis aguda, a condición de saberla poner en evidencia. El autor mencionado la buscaba frotando la pared abdominal con la pulpa del dedo, o con la punta de un lápiz.

El asunto de la hiperestesia no es nuevo, porque es bien sabido que en muchos trastornos viscerales, diferentes regiones de la piel se vuelven sensibles. Tal el caso señalado primero por Hunter, quien comprobó la sensibilidad persistente en el brazo izquierdo después de un ataque de angina de pecho. Provocando un cólico nefrítico por medio de un cateterismo ureteral, se logra producir una sensibilidad de la piel en la parte superior e interna del muslo. Esta hiperestesia puede ser inducida a voluntad cuantas veces se desee, y siempre se la encontrará dentro de una sola área, cuyos límites son constantes.

Debemos a Ross el primer estudio científico de estos casos de hiperestesia cutánea. El fué el primero que los expuso en tal forma; y con respecto a la interpretación que el mismo autor le dió a la teoría de Hunter, publicada en 1888, ha quedado en pie su teoría en la angina de pecho, lo que implica un mérito verdadero, porque en aquella época era

muy poco conocido el sistema nervioso vegetativo. Demostró que “las fibras nerviosas simpáticas pasan de los órganos internos al cordón espinal, asociándose allí con los nervios sensitivos que vienen de la piel.”

En 1892, MacKenzie aceptó la “hipótesis de Ross”; y por sus estudios de casos de herpes y de enfermedades del cordón espinal, pudo determinar regiones de la piel que correspondían a un segmento medular determinado. De esto mismo habían tratado Gall y Spurzheim, en 1810; y posteriormente, o sea en 1894, lo hizo también Brissard al tratar de la metameria espinal.

En el mismo año en que hace sus publicaciones Mac Kenzie, Head, operando sobre las mismas bases y después de minuciosas investigaciones, llega a dividir el cuerpo y los miembros en partes que correspondían a un segmento espinal. Estas partes localizadas de la piel,—dermatómeras, según otros autores,—correspondientes a un segmento medular o neurómeras, son conocidas como “zonas de Head”. Este autor recomendaba que al interpretarlas para que tuvieran un valor real y no simplemente teórico, deberían presentar en un punto reducido de piel el máximo de sensibilidad; encontrándose algunas veces la hiperestesia localizada en un solo punto y en otras ocasiones en una extensión mayor, pero nunca en la zona entera. A pesar de estas indicaciones tan precisas, negándose a interpretar en su legítimo valor las enseñanzas de Head, “representaban cada zona íntimamente asociada a un órgano interno y cada víscera poseía un representante de piel para el diagnóstico y se mencionaba en las enfermedades de tal órgano como un síntoma.”

Sin embargo, Head, en sus investigaciones no hace mención alguna de la hiperestesia en los casos de Apendicitis. El único estudio sobre este tema es el de Sherren. Este fué el primero que le dió al fenómeno de que venimos hablando, después de comprobarlo en una serie de casos de Apendicitis, todo su valor y su importancia en el diagnóstico de esta enfermedad.

Sherren describe cinco diferentes zonas de hiperestesia en la apendicitis, que son las siguientes: una pequeña banda sobre la fosa ilíaca derecha; un círculo cerca del punto de Mc.Burney; un triángulo en esa región; un gran círculo lumbar, y combinaciones de todos. No se refiere a una zona en particular y tampoco hace distinción alguna sobre la forma en que puedan contribuir a una correcta interpretación.

En 124 casos de Apendicitis, solo en cuarenta (o sea el 32,3 por ciento) comprobó la hiperestesia, dando entonces por sentado "que la hiperalgesia cutánea puede ocasionalmente ser un coadyuvante en el diagnóstico de la Apendicitis."

Diez años más tarde, al hacer Robinson la crítica de los estudios de Sherren, la presenta en igual número de casos de Apendicitis que los presentados por este autor, encontrando signos positivos de hiperestesia en un porcentaje de 21.1, de lo cual llega a la conclusión de que "la significación diagnóstica y pronóstica de la hiperestesia es de poca importancia en la Apendicitis."

Recientemente, el distinguido autor y cirujano inglés Cope, comprueba el 59 por ciento de hiperestesia en sus casos, solo que las describe en anchas y variadas zonas.

Han transcurrido ya veinte años desde los trabajos de Sherren, y sus conclusiones permanecen inalterables. Esto se debe a que, habiéndose establecido que solo en un pequeño porcentaje se presenta la hiperestesia, aún buscándola en sus cinco diferentes zonas, no es de sorprender que se la haya relegado a un segundo término, como consecuencia de su poco valor diagnóstico.

Sin embargo, el Dr. Eduardo M. Livingston, de New York, le vuelve a dar actualidad al síntoma de la hiperestesia dolorosa cutánea, y le presta la atención debida en su obra "EL TRIANGULO DE LA PIEL EN APENDICITIS. Discusión de su significado y de su valor diagnóstico. Observaciones de más de cuatrocientos casos de Apendicitis aguda". Estos estudios del Dr. Livingston fueron hechos recientemente en la Tercera División Quirúrgica del Bellevue Hospital, atendida por el Dr. David Stewart, y están basados sobre cuatrocientas veintiocho observaciones. La diferencia esencial de estos estudios con respecto a los anteriores, está en sus métodos de prueba y localización.

Método de prueba.—Para poner en evidencia la hiperalgesia se recomendaban: el uso moderado de la punta de un alfiler o de un lápiz, el algodón en rama o la yema de un dedo, deslizados o frotados sobre la piel. Actualmente se indica que se tome la piel entre el índice y el pulgar o el medio, y el porcentaje de casos positivos estará en proporción directa al grado de excitación empleado, teniendo mucho cuidado de evitar toda presión sobre estructuras profundas.

Prueba de Tracción.—Tomando la piel entre el pulgar y el índice o el medio, se tira directamente hacia afuera

del abdomen. Se comienza por el lado izquierdo del abdomen, llevando el tirón de la fosa ilíaca izquierda al ángulo esplénico, epigastrio, hipocondrio y flanco derecho, hasta que el paciente manifieste molestia. Por lo general, es suficiente un tirón vigoroso para que cualquier hiperestesia se manifieste en los distintos cuadrantes del abdomen. La sensación será de verdadero dolor dentro de la zona afectada, de manera que no dejará duda alguna en la mente del médico ni en la del paciente, notándose con toda claridad la diferencia de sensación del área de hiperalgesia y las otras no afectadas.

Hay otra prueba que consiste en pellizcar retoreciendo en todas las partes la piel abdominal. El pellizco se hará al principio suavemente y será molesto aún en la piel normal, pero este estímulo en la zona afectada, provoca inmediatamente la defensa de parte del enfermo, ya sea retrocediendo, gritando o extendiendo la mano para detener la del examinador.

Triángulo de la piel en Apendicitis.—Por triángulo apendicular se entiende la parte de la piel abdominal que queda comprendida entre los límites siguientes: una línea que parte del ombligo al punto más alto de la cresta ilíaca derecha, forma el lado superior; otra línea llevada de este último punto a la espina del lado derecho del púbis, forma el lado inferior, y la línea que une esta espina al ombligo, cierra el triángulo. Estas líneas no corresponden a una distribución nerviosa en especial. El triángulo está basado enteramente en observaciones clínicas, y no determina la única parte de la piel que forzosamente tenga que ser sensible en la Apendicitis; pero sí demuestra que toda hiperestesia comprobada dentro de sus límites es producida por la afección del apéndice, por lo que la misma lógica nos obliga a considerar la hiperestesia en el triángulo de la piel de una manera positiva, especialmente cuando se nota en su centro, teniendo como negativos los signos de sensibilidad fuera de dicho triángulo.

El método de prueba y localización descrito en los párrafos anteriores, se emplea sistemáticamente y con los resultados que mencionaré más tarde, en la Tercera División Quirúrgica del Hospital Bellevue desde 1921.

Las diferentes observaciones contenidas en la obra del Dr. Livingston, no están autorizadas solamente por la firma del autor, o por un grupo de investigadores dedicados a un estudio especial. Más de sesenta firmas aparecen en ellas,

y estas son de cirujanos de servicio, de internos y practi-
cantes. La del autor aparece solamente en catorce casos.
Así, el uso práctico del triángulo y su importancia, se impone
precisamente por el valor que le dan las diversas firmas
de los observadores.

Durante el período de seis años y medio, comprendido
entre el mes de Marzo de 1919 hasta Septiembre de 1925,
fueron comprobados en Bellevue cuatrocientos veintiocho
casos de Apendicitis Aguda. De estos, no se toman en consi-
deración sesenta y uno, porque catorce de ellos no fueron
operados, y del resto no quedaron registradas las pruebas
correspondientes. Pero en los 367 primeros, fué confirmado
el diagnóstico de Apendicitis Aguda; y de la estadística que
con ellos se formó, se ha podido deducir la frecuencia de
los signos clásicos de la Apendicitis, como sigue:

Dolor típico, 286 (75%); náusea o vómito, 268 (70%);
temperatura, 246 (67%); rigidez localizada, 220 (67%);
leucocitosis, 289 (76%); hiperestesia limitada al triángulo
apendicular, 317 (86%). En los casos en que la hiperalge-
sia fué negativa, se encontró un apéndice gangrenado o per-
forado. Seis cuadros de registro cubren el período corres-
pondiente a cada año, y muestran que la frecuencia de estos
signos y síntomas, permanece casi constante, distinguiéndose
la hiperestesia por esta última característica.

De estas conclusiones se desprenden las siguientes du-
das: ¿Es este un signo patognomónico de la Apendicitis?
¿Por qué no se presenta en ciertos casos de Apendicitis?
¿Por qué este signo es más frecuente que los otros en la
Apendicitis Aguda?

A la primera pregunta, tenemos que darle una contes-
tación negativa. La hiperestesia encontrada dentro de los
límites del triángulo apendicular, es un indicio cierto de la
inflamación del apéndice, según las conclusiones del trabajo
mencionado, y este proceso inflamatorio se debe considerar
en tres fases, que son las siguientes: (a) cólico apendicu-
lar; (b) Apendicitis Aguda; (c) inflamación secundaria del
apéndice.

(a) Cólico apendicular. Ocasionalmente podrá produ-
cir la hiperestesia en pacientes cuyo apéndice no esté
inflamado. Algunos casos se han presentado con dolor ab-
dominal y un triángulo sensible, pero sin fiebre ni leucocito-
sis, o alguno de los otros síntomas de un proceso inflamatorio.
En estos casos los síntomas fueron fugaces y no hubo
necesidad de operación. Ya he dicho que se puede producir

en la parte supero-interna del muslo una zona de hiperestesia, haciendo el cateterismo ureteral y también se puede tener un triángulo sensible pasando un estilete en el corte apendicular. Este cólico sin inflamación presenta los signos de la hiperestesia, lo que demuestra que no es una base para proponer la intervención quirúrgica, sino un dato para el diagnóstico.

(b) Apendicitis Aguda.—La conclusión de Sherren de que “la hiperestesia dolorosa cutánea, se presenta en algún tiempo del ataque de Apendicitis”, ha sido comprobada con las observaciones del Hospital Bellevue; pero, para ello, se necesita la integridad de ciertas sendas nerviosas. La destrucción de una porción cualquiera del mecanismo nervioso borra completamente el signo. Esta destrucción puede ser debida a la perforación o gangrena del apéndice (causa focal); al empleo de grandes dosis de morfina (causa central); a una quemadura, cicatriz o enfermedad de la piel en la parte comprendida por el triángulo (causa local).

(c) Inflamación secundaria del apéndice. En los casos en que se operó en los momentos de sensibilidad del triángulo apendicular, se comprobó que otros órganos fueron los primeros en inflamarse, y secundariamente el apéndice. Tal fué el caso de una anexitis, entre cuyas adherencias se encontró el apéndice. (1)

En conclusión, debemos aceptar que la presencia de la hiperestesia limitada entre los lados del triángulo, no se puede considerar como un signo infalible. Ya indiqué que se comprueba su ausencia en algunos casos de perforación y gangrena del apéndice, y que se suele presentar en el cólico apendicular, en el herpes zoster del décimo o undécimo espacio intercostal.

La hiperestesia así limitada y buscada de la manera que se ha indicado, es un gran signo para el diagnóstico; pero se sobrentiende que lo será siempre que esté unida a alguno de los signos clásicos, y para que tenga un valor real es necesaria una excitación de tracción más o menos fuerte y que quede comprendida entre los límites del triángulo.

Reflejos cutáneos abdominales.—No se deben confundir estos reflejos con la hiperestesia, porque no son lo mismo.

(1) Este caso fué comprobado el 27 de Abril de este año, por los Drs. R. Calderón y F. Andrade, en la Señora P. de H.

La hiperestesia puede ser considerada y definida, como la respuesta a una excitación en términos de dolor. En realidad es una hiperalgesia, y su interpretación depende del estado del paciente y de su cooperación.

Los reflejos cutáneos contractivos, son también una respuesta a la excitación, pero expresada en contracción muscular involuntaria, generalmente no acompañada de dolor. Aquí la interpretación no depende del estado del enfermo ni de su cooperación, porque dicha contracción es ajena a su voluntad. De aquí que sean de inestimable valor en los niños.

La pared abdominal anterior, está inervada por los últimos siete nervios intercostales, que conducen tanto las fibras motoras como sensitivas. Los músculos de la pared están sujetos a la voluntad, y pueden, por consiguiente, ser contraídos o relajados en el momento en que se quiera hacerlo. Normalmente, se puede poner rígida o suave toda la pared abdominal; pero no poseemos control alguno sobre un segmento dado. En consecuencia, la hiperestesia no puede ser controlada. El dolor estará presente, con la voluntad o contra la voluntad del enfermo. La contracción refleja, puede ser controlada por el detenimiento de los músculos en estado de contracción. Experimentalmente se ha demostrado que, cuando los músculos están rígidos, se mantiene el tono muscular, pero desaparecen los reflejos. Adelante veremos que puede haber rigidez de los músculos abdominales con exageración de los reflejos.

El niño no puede indicar de una manera precisa que lado del abdomen siente más adolorido. Siempre titubea, y siendo rebelde de por sí, la hiperestesia no tiene valor en él. En este caso, precisa buscar los reflejos e interpretarlos debidamente, puesto que no son dolorosos y no dependen de su voluntad. En el caso de niños menores de seis meses los reflejos abdominales cutáneos no se presentan. Son activos hasta la segunda mitad del primer año, y su comprobación es bastante difícil. De ahí que difieran en su actividad y que no sean interpretados del mismo modo.

En los adultos demasiado gordos, y sobre todo en la mujer como consecuencia de los embarazos o por enflaquecimiento, se relaja la pared abdominal, y de eso depende que

sean muy poco perceptibles los reflejos en los cuadrantes inferiores.

La conveniencia aconseja la división de la pared abdominal en cuatro cuadrantes, así: superiores derecho e izquierdo, e inferiores también derecho e izquierdo. Los neurólogos establecen áreas gástricas, umbilicales, mediombilicales, etc.; pero para los fines prácticos del cirujano, es suficiente la división en cuatro cuadrantes.

Para comprobar las contracciones reflejas, se emplea un objeto afilado o puntiagudo, un alfiler o la punta de un lápiz. Estos objetos deberán quedar casi perpendiculares a la piel. En los cuadrantes superiores, será llevado de arriba a bajo y con dirección oblicua, justamente del décimo cartílago al lado de la línea mamilar al ombligo, pero en una extensión que no deberá exceder de ocho centímetros. En los cuadrantes inferiores, la excitación se llevará de la línea media hacia afuera. La línea blanca no debe cruzarse. Puede decirse que en cualquier caso en que el peritoneo parietal anterior se encuentre envuelto en un proceso inflamatorio, quedarán abolidos los reflejos cutáneos. El grado de abolición está en razón directa con la gravedad del proceso patológico. Cuando no existe el reflejo en el área que cubre el órgano enfermo, como sucede en algunos procesos inflamatorios bien conocidos como el de la apendicitis, la peri-colicistitis y otros, los reflejos quedan disminuidos en las partes inmediatamente vecinas, y en el lado opuesto similar responden normalmente. En la peritonitis generalizada están abolidos en toda la pared. En los niños, con los cuales es muy fácil confundir las lesiones torácicas con las agudas del abdomen, debido a las irradiaciones dolorosas, se debe tener muy presente que cuando se trata de las primeras, los reflejos son normales o exagerados, mientras que en las segundas están abolidas completamente. "Head hace notar que los segmentos nerviosos correspondientes al 7.º, 8.º y 9.º pares dorsales, envían ramas a los pulmones; de ahí la serie de síntomas abdominales con que suelen acompañarse algunas bronquitis o pleuresías, lo mismo que la bronconeumonía o la tisis. La

pleuresía puede comprometer además al 10.º y al 11.º nervios.”

De la obra del Dr. William Klein, de Nueva York, intitulada “La significación quirúrgica de los reflejos abdominales”, tomaré las dos observaciones siguientes, con el objeto de hacer resaltar el beneficio que puede reportarnos el estudio de los reflejos en cada enfermo que se nos presente, y muy especialmente en los casos de niños.

Caso N.º 1.—J. Lubell, de cuatro años de edad. No tiene importancia su historia. Principió a quejarse de dolor a las 7 p. m. Tuvo un vómito inmediatamente después. El dolor continuó intermitente toda la noche. Ví al niño con el Dr. Blutstein, cerca de las 10 a. m., del siguiente día. La temperatura era de 103 F. El abdomen estaba tenso; pero no fué posible practicar un examen satisfactorio, porque el niño gritaba continuamente. Las lavativas que se le habían prescrito en la noche anterior, no le dieron ningún alivio. El examen del pecho, no reveló algún signo que hiciera pensar en una lesión pulmonar. El abdomen estaba distendido, y los reflejos abdominales eran un poco exagerados, no haciendo sospechosa la presencia de la peritonitis. El diagnóstico de pneumonía fué confirmado treinta y seis horas después. El niño curó.

Caso N.º 2.—M. Scoglio, niña, de 11 años de edad. El día dos de Febrero de 1928 había sido operada por mí, por Apendicitis Aguda. Dejé en el abdomen desagües por pocos días. En este tiempo, me apercibí de que la vesícula biliar estaba muy agrandada; pero en presencia de la infección apendicular me abstuve de hacer algo en este órgano.

El 19 de Febrero se consideró como curada a la enferma, y se le dió de alta. El 11 de Marzo principió a quejarse de dolor en el abdomen, sobre todo en el lado derecho. El vómito se presentó inmediatamente. La temperatura fué de 101 F, el pulso 98, y la respiración 26.

Cuando la vi en consulta con el Dr. Astrachan, el abdomen estaba distendido y extraordinariamente sensible en todas sus partes; los reflejos abdominales no estaban presentes. En vista de la laparatomía anterior, dimos bajo

reserva, el diagnóstico de obstrucción intestinal; y considerando la ausencia de los reflejos se pensó en la probabilidad de la peritonitis. En la intervención encontramos la ruptura de la vesícula biliar. Entonces comprobé bien que la ausencia de los reflejos era demasiado pronta para una obstrucción intestinal, pero indicaba peritonitis.

No toda rigidez abdominal va acompañada de ausencia de los reflejos. En la meningitis, por ejemplo, el abdomen puede estar rígido y los reflejos exageradamente marcados. Esto quedará mejor ilustrado copiando el siguiente:

“Caso N° 3.—H. M., de 22 años, empleado de droguería. En ocasión en que llevaba una escalera de un punto a otro, sintió un fuerte dolor sobre la pared abdominal, que le irradió a la espalda, sacudiéndole un ligero frío. Dos horas después, vomitó dos veces, y el dolor le aumentó. Fueron ineficaces dos lavativas que se le prescribieron. Lo ví doce horas después. El examen me reveló un abdomen rígido, con sensibilidad más marcada en el lado derecho. El paciente no toleraba nada por la boca y parecía encontrarse grave. La temperatura era de 101 F, el pulso 90 y la respiración 28. Las contracciones reflejas estaban exageradas y la espina dorsal algo rígida. Esto me inclinó a pensar en una meningitis. Confieso que si no hubiera sido por los fenómenos reflejos, hubiera hecho sufrir a este enfermo una laparatomía exploradora.”

A los casos anteriores, me permito agregar la siguiente observación personal.

J. T., agricultor, 38 años de edad. Ingresó a la Unión Médica el 28 de Enero de 1929.

El domingo anterior había dado un paseo en una bestia mular. Durante el paseo, la mula se encabritó varias veces. Al regreso del paseo, el jinete tomó el almuerzo, y al terminar éste, comenzó a sentir fuertes dolores abdominales, especialmente en el lado izquierdo. Los atribuye a los esfuerzos que se vió obligado a desarrollar para evitar una caída de la mula. Toma un purgante aceitoso, y le aplican durante esa tarde y el día siguiente, 6 lavativas que no le producen ningún alivio ni le hacen defecar. Pasa seis días

en tal estado, hasta que se decide a venir a la Capital a curarse. Los síntomas que presenta son los siguientes: fuerte dolor abdominal, localizándolo con su propia mano en el lado izquierdo; no ha podido tener un asiento normal, y esto le ha molestado y preocupado mucho. Lengua cargada, rigidez en la fosa ilíaca derecha, hiperestesia en la misma región, ausencia del reflejo cutáneo abdominal derecho inferior. Temperatura bucal, 38,5 centígrados; pulso, 110 y respiración, 22. Se da el diagnóstico de Apendicitis Aguda en el séptimo día. Se manda practicar una fórmula leucocitaria y un recuento globular. El examen de la sangre demuestra 13.400 glóbulos blancos y 72 leucocitos neutrófilos. Al segundo día de tratamiento en la "Unión Médica" el enfermo se siente tan mejorado, que solicita su salida. La temperatura y el pulso han recobrado la normalidad, y el apetito es bueno. Ese día tiene un primer asiento normal y espontáneo. El paciente dice que quiere emprender un viaje a Alemania, y en vista no solo de la larga travesía que ha de efectuar sino de la persistencia de la rigidez y la ausencia del reflejo, se le indica la intervención. Se opera el cuatro de Febrero, a los siete días de su ingreso, encontrándose un apéndice retrocecal adherido al ciego en medio de un absceso completamente localizado sobre la fosa ilíaca derecha. (1)

Jamin aconseja que se busque siempre el reflejo abdominal inferior derecho, por haber comprobado su ausencia en los casos de Apendicitis Aguda, y afirma que el estudio de este reflejo es tan instructivo como la palpación y menos peligroso.

Náusea y vómito.—Estos dos síntomas se presentan por lo general de dos a cuatro horas después del dolor, y casi siempre desaparecen al llegar éste a su maximum y localizarse en un punto determinado. No son frecuentes ni persisten, aunque en el niño sí se marcan más estas características que en el adulto. Los vómitos están compuestos por el contenido estomacal, con o sin bilis. Murphy los considera como reflejos de la inflamación del apéndice. La persistencia de tales signos, indica que al ataque apendicular sigue la infección peritoneal, formación de pus o intoxica-

(1) Caso: Dr. Wunderlich.

ción. Cuando aparecen a las veinticuatro horas o más tarde, no solo indican lo anterior, sino la perforación o gangrena del apéndice. Siempre en la apreciación de estos síntomas, se tendrá en cuenta la cantidad de morfina prescrita al enfermo y la susceptibilidad del mismo, para darles la importancia debida.

Constipación.—Se presenta en la mayoría de los casos, siendo ocasionada por el dolor y por la irritación refleja del peritoneo. El paciente se queja de inflazón o ventosidad y de que no puede expulsar los gases, y de los deseos imperiosos de defecar sin poder hacerlo. Más tarde, dicha constipación se debe a la paresia intestinal local; y en los casos más graves, a una parálisis general del intestino.

La diarrea se constata en un porcentaje mínimo, en casos de ulceración o perforación del apéndice que se presentan de manera súbita, pero es seguida de constipación. Cuando aparece en las últimas fases de un caso grave se debe a la toxicidad del contenido intestinal. La persistencia de la constipación, acompañada de rigidez generalizada, de vómitos, sudores fríos y untuosos, es un signo de pronóstico grave, de peritonitis generalizada.

La elevación de la temperatura, y las alteraciones del ritmo en el pulso, tanto en calidad como en cantidad, indican la presencia de toxinas o de gérmenes sépticos en la sangre. El examen de ésta demuestra en dichos casos y por lo general, una leucocitosis más o menos aumentada.

La temperatura casi siempre es constante, pero no existe relación alguna entre su elevación o su descenso con la gravedad del ataque. Puede considerarse como síntoma de conjunto; pero por sí sola no tiene suficiente importancia como para que indique la pauta a que ha de ajustar su futura conducta el cirujano.

El pulso, por lo general, es frecuente, sin guardar relación con la temperatura. Existe disparidad. La persistencia del pulso frecuente, y con mayor razón cuando es depresible y débil, acompañada de una temperatura baja, indica un grave estado de intoxicación o de infección, máxime cuando se nota la exaltación de los otros síntomas.

No nos ha extrañado que se haya tenido como una regla, la intervención urgente al comprobarse ciento diez o más pulsaciones por minuto, sin detenerse a considerar ya los demás síntomas.

A toda infección se sigue un aumento de los glóbulos blancos y de aquí ha nacido la idea de provocar un aumento de estos en los estados toxi-infecciosos, por medio de las materias coloidales, etc., pues este aumento se considera como una reacción orgánica defensiva.

El médico moderno, gracias a los adelantos de la ciencia, no puede caminar sin la ayuda eficaz del laboratorio. En los exámenes y análisis practicados en éste, encuentra datos precisos para el tratamiento (paludismo, por ejemplo), o para el diagnóstico, como en la fiebre tifoidea, y con causa aún más justificada, para el diagnóstico diferencial, *vr. gr.* en los casos de anginas y difteria.

No son una excepción los casos de Apendicitis. Generalmente, no se procede a la intervención de urgencia, sin tener los datos del laboratorio. No obstante, al tratarse de la Apendicitis Aguda, se ha establecido que todo caso debe ser operado en el menor tiempo posible después del diagnóstico. Si los síntomas dan claridad y precisión al diagnóstico, no se debe incurrir en demora, ni aún para esperar los datos del laboratorio. Ahora, si los signos no son claros y precisos, se debe recurrir también sin demora al laboratorio, puesto que el examen de la sangre siempre será un dato coadyuvante, a veces de inestimable valor. En el caso de que después de ver al enfermo, se nos dice que han transcurrido varios días y se considera posible dejar enfriar el caso, el trabajo de laboratorio es importantísimo, puesto que los varios exámenes practicados en las veinticuatro horas, nos darán las curvas de la hiperleucocitosis y de la polinucleosis.

Interpretemos los datos de Laboratorio. Según lo ha hecho ver Sondern, el porcentaje de leucocitos neutrófilos indica la severidad de la infección, o más bien dicho, su *grado de toxicidad*; mientras que el recuento total representa el *poder de resistencia* del enfermo.

El aumento o disminución de los polinucleares y de los leucocitos, considerados en conjunto o separados, en recuentos verificados cada dos horas, nos indican con bastante exactitud, la marcha evolutiva de la infección.

En los casos en que ésta es moderada y con tendencia a la curación, la hiperleucocitosis y la polinucleosis que aumentaron al principio proporcionalmente, disminuyen de la misma manera. Pero, si lejos de disminuir, aumentan de manera simultánea y rápida, es casi seguro que el apéndice llegará a supurar. Una hiperleucocitosis muy elevada con polinucleosis muy fuerte (noventa por ciento o más), acompañadas de eosinopenia, demuestran una afección apendicular muy seria, exceptuando los casos de Apendicitis Agudas hipertóxicas o gangrenosas, en las que es frecuente encontrar poca leucocitosis, y polinucleosis fuerte.

Cuando los neutrófilos están mucho más aumentados que el recuento total de glóbulos blancos polinucleares, la resistencia es demasiado débil, como natural consecuencia de una afección sumamente séptica que no le da tiempo al organismo para defenderse.

Desconfiemos siempre de la fórmula anterior, y de la leucocitosis baja con polinucleosis, porque ensombrecen el pronóstico.

Casi todas las Apendicitis que en las primeras veinticuatro horas, den una polinucleosis de 15,000 o más, llegarán fatalmente a la supuración o a la peritonitis apendicular.

Hemos llegado al momento de establecer como una conclusión que, para poderle dar un valor práctico a las fórmulas leucocitarias en el tratamiento de la Apendicitis, es indispensable que se hagan varios recuentos y que estos se verifiquen por lo menos cada dos horas, y poder formar así las curvas de las alteraciones sanguíneas, y no atenerse al simple dato de una sola fórmula.

Apreciación de los síntomas.

Siguiendo el orden natural de los síntomas, hemos de hacer algunas consideraciones acerca del vómito. Cuando pasadas algunas horas—cuarenta y ocho, tomadas como un período convencional—vuelve éste a presentarse, persistente y copioso, y que no puede ser controlado a pesar de los esfuerzos del enfermo, “vómito negro apendicular de Dieulafoy”,—demuestra que la infección del apéndice ha aumentado de tal manera, que apreciando exactamente el síntoma se le puede considerar como grave. Podemos tomarlo como el principio de la peritonitis tóxica apendicular, siendo tan temible como cuando se presenta después del segundo día de una intervención abdominal. Leyendo a Hutchinson, a Payr, etc., se ve que si a pesar de la apendicectomía, del drenaje, etc., el vómito persiste, se trata de una toxemia grave, fatal en la mayoría de los casos.

Ya dijimos que cuando se manifiesta la persistencia de la rigidez parietal, o se extiende por toda la pared abdominal, presentando también la dureza de una tabla, indica que a la Apendicitis sigue la inflamación del peritoneo, consecutiva a la gangrena y perforación del apéndice. La rigidez es el síntoma más decisivo.

La hiperestesia desaparece por la interrupción del arco reflejo, que es una consecuencia directa de la perforación del apéndice por un proceso destructivo.

OBSERVACIONES:

J. Q., de 25 años, comisionista. Ingresa a la Casa de Salud “Unión Médica”, el día 12 de Mayo de 1927.—Desde pequeño ha sufrido de constipación.

Entre las nueve y las diez de la noche del diez de Mayo, siente un dolor poco intenso en la región lumbar derecha. El día once lo pasó con el mismo dolor, pero sin que éste le aumentara, y molesto porque hacía tres días que no podía tener ninguna deposición. A las 10 p. m., de ese mismo día y a las 24 horas de haberse sentido indispuesto, se le administraron ochenta centigramos de calomel que no le

hicieron ningún efecto. El doce amaneció con $37\frac{1}{2}^{\circ}$ C., 110 pulsaciones y con iguales molestias que el día anterior. A las 9 a. m., le aumenta el dolor de manera brusca y repentina, extendiéndosele a todo el abdomen. Media hora más tarde tiene un vómito bilioso. El dolor decrece un poco, pero el paciente se siente angustiado y se baña en un sudor frío y untuoso. Llamaron al Dr. Wunderlich, quien diagnosticó Apendicitis Aguda con perforación. Su diagnóstico lo estableció por el vómito, por la presencia de la rigidez parietal y la desaparición de la hiperestesia. En la operación se comprobó de una manera exacta dicho diagnóstico.

J. P., niño de ocho años, ha padecido de anginas. Ingresa a la Casa de Salud "Unión Médica", a las 11.30 p. m., del 22 de Julio de 1928. El día 21 en la mañana, sintió dolores abdominales agudos y difusos, predominando sobre la fosa ilíaca derecha, que le impedían defecar a pesar de la necesidad que sentía de hacerlo. Le suministran un purgante de aceite de castor, Mulford, que arrojó pocos momentos después. Los familiares pensaron que se trataba de una indigestión. Tiene 38° C, y continúan sus dolores en la misma forma. Al siguiente día 22, por la mañana llaman al Dr. Lazo M., que tenía conocimiento del caso anterior. Se presenta en casa del pequeño paciente a las nueve de la noche. En este momento el enfermo tiene 40° C, y ha arrojado dos veces. Comprueba la rigidez abdominal muy marcada, falta de hiperestesia, ausencia de gases y diagnostica perforación del apéndice. Para mayor seguridad mandó verificar una fórmula leucocitaria, y en vista de su resultado, indica que el pequeño enfermo pase a la Casa de Salud. La operación confirmó el diagnóstico.

El mismo Dr. Lazo M., me refirió que el 15 de Marzo de este año, vió en junta a don J. A. P., el que hacía dos días que sufría de un ataque de Apendicitis Aguda. El facultativo que lo atendió por primera vez, le indicó la necesidad de la operación, pero el enfermo no la quiso aceptar, lo que obligó al cirujano a emplear el tratamiento clásico para enfriar estos casos. Cuando el Dr. Lazo M., vió al enfermo, me indicó que había comprobado los síntomas si-

güentes: lengua cargada y bastante seca; temperatura 38.5° C, pulso 80; defensa muscular; falta de hiperestesia y tres vómitos durante el día y me dijo que creía en una perforación del apéndice.

Fué operado en la Casa de Salud del Dr. Espinoza, quien bondadosamente me llevó cerca del enfermo y me mostró el apéndice que había extirpado, gangrenado y con tres perforaciones.

Puedo citar otro caso comprobado en la "Unión Médica". Los Doctores Calderón y Estévez, al atender a don J. M. h, encontraron los síntomas a que me he referido anteriormente. Diagnosticaron gangrena y perforación del apéndice, diagnóstico que fué completamente comprobado por la operación de urgencia que se practicó en el enfermo.

En los archivos de la "Unión Médica" se encuentra otra serie de casos semejantes a los anteriores, sobre los cuales no me quiero extender ya; pero sí quiero hacer hincapié en que han sido diagnosticados y tratados por diferentes cirujanos, que han sabido darle todo su valor a los síntomas de que he tratado anteriormente, con lo cual se establece la importancia decisiva que tiene cada uno de ellos, puesto que le indican al cirujano la necesidad de una inmediata intervención, no solo para devolverle la salud, sino para salvarle la vida al paciente.

Sigamos el proceso evolutivo de los síntomas. Cuando el dolor no queda localizado sino que se extiende por todo el abdomen, y se exagera por la distensión de los gases, así como por los esfuerzos que hace el paciente para arrojar y por los movimientos producidos por el hipo, indica que la infección de la serosa peritoneal va ganando terreno, generalizándose a la vez la parálisis intestinal y marcándose más la constipación. En tales casos, el enfermo siente materialmente que se infla, comprobándose en ese momento con toda claridad la sonoridad del abdomen, que puede llegar hasta el meteorismo. Entonces se presenta el vómito, cada vez más frecuente y en mayor cantidad, con todos los caracteres de vómito negro apendicular, con el olor clásico de una fermentación.

El enfermo se enfría especialmente en las extremidades. El sudor que lo baña también es frío y seroso. El pulso rápido y débil y la temperatura que ha descendido en muchas ocasiones hasta treinta y cinco grados centígrados en la boca, se encuentra elevada de una manera muy apreciable en el recto. Y se marca en toda su expresión la cara peritoneal, y si esto continúa, se presenta lo que conocemos con el nombre de “abdomen silencioso.”

Cuando estos síntomas tienden a desaparecer por la reacción natural del organismo, o por efecto del tratamiento, habremos de buscar el “plastrón” que nos indica el absceso de una peritonitis enquistada, para proceder en su oportunidad a su drenaje. A la localización del absceso nos ayudan de una manera poderosa el tacto rectal en el hombre y el vaginal en la mujer.

Estos últimos estados que acabo de referir son tan conocidos, que no es necesario confirmarlos por medio de las observaciones.

CONCLUSION

Vemos, pues, que la sintomatología de la Apendicitis Aguda es compleja y variada, lo que hace difícil su diagnóstico: ¡ojalá que siempre se encontrara completa y precisa la triada de Dieulafoy: dolor, defensa muscular e hiperestesia! Esa unión de síntomas que tan magistralmente se describe en los tratados, no se encuentra casi nunca en la práctica. Si los síntomas fueran tan claros, el diagnóstico sería sumamente sencillo, no daría lugar a equivocaciones, y todos los casos serían conveniente y oportunamente atendidos; pero la experiencia se encarga de demostrarnos que son raros los casos en que los síntomas nos conducen como de la mano hacia una certeza, y por el contrario, la confusión con que se presentan la mayoría de las veces, nos obliga a un estudio detenido y dilatado en muchas ocasiones. La confusión es grande, porque la Apendicitis Aguda es traidora: unas veces se presenta bajo la apariencia de una sencilla y pasajera indigestión, como lo hemos comprobado por los observaciones antes citadas, y

otras con las formas más aparatosas, con dolores intensos, con vómitos frecuentes, con frío, con temperatura . . . Nunca, al presentarse uno de estos síntomas, deberá el médico olvidar la existencia de la Apendicitis, más bien deberá recordar que entre todas las afecciones abdominales agudas que se presentan de manera impensada y brusca, se encuentra esta, y que mientras más se retarde la intervención, más grave será el pronóstico. Entre todas las que Deaver agrupó bajo el nombre de "ACUTE ABDOMEN" y que el Dr. Francisco Castillo Nájera tradujo felizmente como SINDROMA ABDOMINAL AGUDO, la Apendicitis es la más frecuente, la más grave y la que ha dado mayor porcentaje de fracasos en la cirugía abdominal, a pesar de que, hace más de un cuarto de siglo que Dieulafoy dijo que "nadie debería morir ya de Apendicitis."

Repito que en los casos agudos del abdomen, el médico tendrá que pensar siempre en la Apendicitis, salvo en aquellos en que una cicatriz abdominal técnica revele la apendicectomía ya practicada y que nos la confirmen los datos que podamos recoger alrededor del enfermo.

B. DE LEÓN G.

Vº Bº

RAMÓN CALDERÓN.

Imprímase,

JUAN J. ORTEGA.

BIBLIOGRAFIA

- J. B. Deaver.*—The Acute Abdomen. Surgery, Gynecology and Obstetrics. V. LXXIX. N° 6.
- J. B. Deaver.*—Appendicitis.
- Moynihan B. G. A.*—Duodenal ulcer. 2ª edition.
- J. E. Adams.*—Diagnosis and Treatment of Acute Abdomen. Diseases. 2ª edition.
- Eisendrath.*—A clinical lecture on the acute abdomen.
- Lockwood.*—Appendicitis its Pathology and Surgery.
- Hubert Ashley.*—Appendicitis. 1927.
- Kelly.*—The vermiform Appendix and its Diseases 1905.
- Livingston.*—Arch. Surg. Phila. 1926. XIII.
- McBurney.*—N. York M. J. Dec. 21 1889.
- Mackenzie.*—Los Síntomas y su interpretación.
- Russel L. Cecil.*—A. B. M. 1927.
- Hoffman.*—Beiträge zur klinische Chirurgiel 1912. (Estadística de 4,000 casos de Apendicitis).
- J. Band-Sutton.*—Evolución y enfermedad.
- Hirschfeld.*—Systeme Nerveux.
- Hellwig, G. Alexander.*—El recuento leucocitario en la Apendicitis Aguda. International Surgical Digest. Oct. 1928.
- Dr. Ulises Valdés.*—Síndrome Abdominal Agudo. Trabajos Reglamentarios. Gaceta de México. Tomo LVIII. N° 7.
- Dr. Enrique Slocker La Rosa.*—Abdomen Agudo. Discurso de recepción leído en la Real Academia Nacional de Medicina de Madrid, el 20 de Julio de 1924.
- Dr. L. Sierra de Chile.*—Las Apendicitis y sus complicaciones. Operemos a tiempo.
- F. Trémolieres et Caussade.*—Pathologie del intestin. Fascicule XIV. Nouveau Traité de Medicine.
- E. Forgue.*—Precis de Pathologie Externe. 8ª edition. 1928.
- George Dieulafoy.*—Manuel de Pathologie Interne. Seizieme edition. 1911.
- F. Lejars.*—Chirurgie d'urgence. 8ª edition.
- F. Lejars.*—Exploration Clinique et Diagnostic. 10 edition. 1927.
- Testut et Jacob.*—Anatomía Topográfica. 4ª edition. 1927.
- Testut.*—Anatomía Descriptiva.
- Dr. Luis Rivera Iriarte.*—Apendicitis Crónica. Tesis 1923.

PROPOSICIONES

<i>Anatomía Descriptiva</i>	Hígado.
<i>Anatomía Patológica</i>	De los fibromas uterinos.
<i>Bacteriología</i>	Gonococo.
<i>Botánica Médica</i>	Digitalis Purpurea.
<i>Clínica Quirúrgica</i>	Punción Lumbar.
<i>Clínica Médica</i>	Percusión del corazón.
<i>Física Médica</i>	Cistoscopio.
<i>Farmacía</i>	Supositorios.
<i>Fisiología</i>	Coagulación de la sangre.
<i>Ginecología</i>	Mole hidatiforme.
<i>Higiene</i>	Profilaxia de la fiebre tifoidea.
<i>Histología</i>	Tejido Óseo.
<i>Medicina Legal</i>	Violación.
<i>Medicina Operatoria</i>	Desarticulación del codo.
<i>Obstetricia</i>	Versiones.
<i>Patología Externa</i>	Heridas penetrantes del tórax.
<i>Patología Interna</i>	Angina de Pecho.
<i>Patología General</i>	Anafilaxia.
<i>Química Médica Inorgánica</i>	Cloro.
<i>Química Médica Orgánica</i>	Cocaína.
<i>Terapéutica</i>	Salicilato de soda.
<i>Toxicología</i>	Arsénico.
<i>Zoología Médica</i>	Tenias.