2819

07

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

APENDICITIS

TESIS INAUGURAL

POR

FRANCISCO N. ROBLES

BUENOS AIRES

4079 — Tip., Lit. y Enc. «MARIANO MORENO», Corrientes, 829.

1894

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

APENDICITIS

TESIS INAUGURAL

POR

FRANCISCO N. ROBLES

BUENOS AIRES

4079 — Tip., Lit. y Enc. «MARIANO MORENO», Corrientes, 829.

1894

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.
La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.

Vicedecano

DR. D. EUFEMIO UBALLES.

Académicos Honorarios

DR. D. SANTIAGO LARROSA.
» » ERNESTO ABERG.
» » PABLO MARENGO.
» » EDUARDO WILDE.
» » IGNACIO PIROVANO.
» » MARTÍN SPUCH.

Académicos Titulares

DR. D. MAURICIO GONZÁLEZ CATÁN.
» » LEOPOLDO MONTES DE OCA.
» » JOSÉ T. BACA.
» » RAFAEL HERRERA VEGAS.
» » PEDRO MALLO.
» » JOSÉ M. ASTIGUETA.
» » JACOB DE T. PINTO.
» » EUFEMIO UBALLES.
» » JUAN R. FERNÁNDEZ.
» » ENRIQUE E. DEL ARCA.
» » PEDRO N. ARATA.
» » MANUEL BLANCAS.
» » ROBERTO WERNICKE.
» » PEDRO LAGLEYZE.
» » JOSÉ PENNA.

Secretario Titular

DR. D. LUIS M. ACUÑA.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Anatomia Descriptiva	Doctor	*Juan José Naon.*
Anatomia Topográfica.	"	*Mauricio González Catán.*
Histologia teórico-práctica	"	*Andrés F. Llobet.*
Fisiologia General y Humana	"	*José M. Astigueta.*
Higiene Pública y Privada.	"	*Melitón González del Solar.*
Patologia General y Ejercicios clinicos	"	*Roberto Wernicke.*
Materia Médica y Terapéutica.	"	*Justiniano Ledesma*
Patologia Externa.	"	*Guillermo Udaondo.*
Patologia Interna	"	*José Penna.*
Anatomia Patológica	"	*Telémaco Susini.*
Medicina Operatoria	"	*Adalberto Ramaugé.*
Enfermedades de mujeres y Clinica Ginecológica.	"	*Jacob de T. Pinto.*
Enfermedades de niños y Clinica Pediátrica	"	*Manuel Blancas.*
Enfermedades de los ojos y Clinica Oftalmológica.	"	*Pedro Lagleyze.*
Enfermedades nerviosas y su clinica	"	*José M. Ramos Mejia.*
Enfermedades mentales y clinica respectiva	"	*Domingo Cabred.*
Clinica Quirúrgica	Dres.	*Ignacio Pirovano.* / *Julián Aguilar.*
Clinica Médica.	Dres.	*Eufemio Uballes.* / *Gregorio N. Chaves.*
Obstetricia y clinica respectiva	Doctor	*Samuel A. Molina.*
Medicina Legal y Toxicologia	"	*Eduardo M. Pérez.*
Química aplicada á la Medicina.	Dres.	*Pedro N. Arata.* / *Atanasio Quiroga.*
Física Médica.	Doctor	*Jaime R. Costa.*
Historia Natural Médica	"	*Eliseo Cantón*
Fisio-patologia experimental	"	*Juan B. Señorans.*
Enfermedades venéreas y dermatologia	"	*Baldomero Sommer.*
Laringologia, otologia y rinologia.	"	*Eduardo Obejero.*
Farmacia y Práctica farmacéutica	"	*Juan A. Boeri.*
Obstetricia para alumnas parteras	"	*Juan R. Fernández.*
Odontologia	"	*Nicasio Etchepareborda*

Asignaturas	Catedráticos sustitutos	
Anatomia Descriptiva.	Doctor	*Juan D. Piñero.*
Anatomia Topográfica.	Dres.	*Juvencio Z. Arce.* / *Avelino Gutiérrez.*
Histologia teórico-práctica.	Doctor	*Rodolfo de Gainza* (en ejer.)
Fisiologia General y Humana.		*Vacante.*
Higiene Pública y Privada	"	*Enrique Revilla.*
Patologia General y Ejercicios clinicos	"	*Gregorio Araoz Alfaro.*
Materia Médica y Terapéutica.	Dres.	*Enrique E. del Arca.* / *Angel M. Centeno.*
Patologia Externa.	Dres.	*Obdulio Hernández.* / *Pascual Palma* (en ejer.)
Patologia Interna	Doctor	*Marcial V. Quiroga.*
Anatomia Patológica	"	*Carlos Malbrán.*
Medicina Operatoria.	"	*Diógenes Decoud.*
Enfermedades de mujeres y Clinica Ginecológica.	Dres.	*Enrique Bazterrica* (en ejer.) / *Alfredo Lagarde.*
Enfermedades de niños y Clinica Pediátrica	Dres.	*Antonio F. Piñero.* / *Facundo Larguia.*
Enfermedades de los ojos y Clinica Oftalmológica	Dres.	*Francisco Barraza.* / *Teófilo A. Moret.*
Enfermedades nerviosas y su clinica	"	*José A. Esteves.*
Enfermedades mentales y clinica respectiva.		*Vacante*
Clinica Quirúrgica	Dres.	*Antonio C. Gandolfo.* / *Juan B. Justo.* / *Alejandro Castro* (en ejer.)
Clinica Médica.	Dres.	*Abel Ayerza* (en ejer.) / *Julio Méndez* / *Francisco Sicardi.*
Obstetricia y Clinica respectiva	Doctor	*Luis F. Vila.*
Medicina Legal y Toxicologia	"	*Francisco de Veiga.*
Química aplicada á la Medicina	"	*José M. Irizar.*
Farmacia y Práctica Farmacéutica		*Vacante.*
Laringologia, otologia y rinologia		*Vacante.*
Enfermedades venéreas y dermatologia.	"	*M. Aberastury* (en ejer.)
Obstetricia para alumnas parteras.	"	*Enrique Pietranera.*
Odontologia		*Vacante.*

PADRINO DE TESIS

Académico Dr. José Penna

I

La Apendicitis, es una enfermedad que hasta hace pocos años ha sido objeto de largas controversias entre los autores que la han descripto con distintas denominaciones, pero que hoy día nos es perfectamente conocida, tanto en su patogenia como en su sintomatología.

Los unos atribuían el origen de los fenómenos mórbidos observados en la fosa ilíaca derecha á las inflamaciones del ciego, ya fueran simples ó complicadas con las del peritoneo ó del tejido celular retro-cecal, confundiendo con el nombre de *Tiflitis*, todos los accidentes inflamatorios de esta región.

Los otros daban mayor importancia á las inflamaciones del tejido celular peri-cecal, á las que llamaban Peritiflitis, y por último, los que creían que era en el apéndice donde se encontraba el origen de la lesión.

Las observaciones clínicas, anátomo-patológicas é investigaciones necroscópicas de estos últimos años, nos demuestran de una manera evidente, que no es dentro ni fuera del ciego donde se debe

localizar el *sitio primitivo* de la enfermedad, sino en el *apéndice vermiforme* ó *ilio-cecal*.

Á pesar de la larga discusión que se ha mantenido sobre la localización de esta enfermedad, encontramos que á mediados del siglo próximo pasado, algunos médicos ya mencionaban casos en los cuales las lesiones del apéndice fueron constatadas en las autopsias, considerándolas como el origen de los accidentes.

El primero de ellos es el publicado por Méstivier en el año 1759. Se trataba de un hombre que sucumbió á consecuencia de un abceso de la región umbilical derecha y cuya autopsia demostró «que el punto de partida de la lesión había sido un *alfiler* incrustado de sales que había perforado el *apéndice vermiforme*."

Morgagni, Haller, Baillie, refieren también algunas observaciones análogas, llamando la atención sobre el rol preponderante que tienen las concreciones fecales en la patogenia de esta enfermedad.

Wegeler, en 1813, describe la historia de un joven de 18 años de edad que murió con todos los síntomas característicos de una apendicitis sobreaguada. En la autopsia se encontró una peritonitis generalizada y el ciego atacado de gangrena. «Estas alteraciones, añadía dicho autor, parecían haber comenzado por el apéndice que se encontraba rojo, aumentado de volumen, conteniendo en su cavidad gruesos cálculos hasta de un gramo de peso.»

Louyer Villermay, en 1824, llamó la atención de la Academia de Medicina de París, sobre esta enfermedad que califica de peligrosa. Pero fué recién tres años más tarde que apareció el trabajo más completo que se conozca de esos tiempos publicado por Mélier. Este autor, al estudiar la inflamación y perforación del apéndice, reconoce como causa de estas lesiones la penetración de los cálculos estercorales en la cavidad de dicho divertículo. Divide en dos periodos, *apendicular* y *peritoneal*, la evolución de la enfermedad; el primero, caracterizado por dolores más ó menos violentos, lo atribuye á la distención é inflamación del apéndice por las materias fecales acumuladas en su cavidad; el segundo, que se presenta, dice, con todos los síntomas de una peritonitis intensa, es debido á la perforación de dicho divertículo y derrame de las materias en la cavidad abdominal.

No sólo estudió Mélier las causas, caracteres y complicaciones de esta enfermedad, sino que también tuvo la idea de su tratamiento: «Si fuera posible, decía, establecer de una manera cierta el diagnóstico de esta enfermedad, se concebiría la posibilidad de curar á los enfermos por medio de una operación.»

Pero como se continuó á considerar el apéndice como un órgano inútil y sin rol en el funcionamiento del organismo, y cuyas lesiones frecuentemente pasaban desapercibidas en la abertura de los cadáveres, los estudios de Mélier fueron olvi-

dados por muchos años é hicieron lugar á nuevas ideas y teorías que localizaban en otros órganos ó tejidos el origen de los accidentes inflamatorios de la fosa ilíaca derecha.

Albers de Bonn, fué el primero que en el año 1813, creaba el estado patológico conocido y descripto hasta nuestros días con el nombre de *Tiflitis*. Dando al *ciego* una fisiología y patología especiales, sólo aceptaba la inflamación de esta porción del intestino como el origen de las perturbaciones mórbidas observadas en la fosa ilíaca derecha. Según las causas, caracteres y marcha de la inflamación, la divide en cuatro clases:

1ª. La *Tiflitis estercoral*, debida á la irritación provocada por las materias fecales acumuladas en el ciego;

2ª. La *Tiflitis simple*, en relación con los diversos agentes de irritación que pueden provocar la inflamación de la mucosa intestinal, localizando sus efectos en la del ciego;

3ª. La *Peritiflitis*, causada por la propagación de la inflamación de la membrana interna á la envoltura externa del ciego y tejido circunvecino;

4ª. La *Tiflitis crónica*, en la que los accidentes se presentan bajo la forma de una enfermedad de marcha lenta y prolongada.»

No pasó mucho tiempo sin que aparecieran impugnadores á estas teorías, que hoy día tienden á desaparecer para hacer lugar á la antigua concepción de Mélier.

Grisolle, fué el primero que en sus estudios sobre los tumores flegmonosos de la fosa ilíaca derecha, combatió la idea de que la simple inflamación de la mucosa del ciego, fuera la causa de las colecciones purulentas de esta región. No acepta la enfermedad descripta por Albers, y cree que los abcesos de la fosa ilíaca derecha son debidos á la perforación del ciego y *sobre todo* á su apéndice.

Ménière, después, si bien no deja de reconocer la parte determinante que tiene el ciego en este proceso, cree que los abcesos de esta región son debidos á la inflamación del tejido celular *peri-cecal*.

Sólo admite y describe las *peritiflitis*.

El error de Ménière nacía sobre todo del conocimiento equivocado que entonces se tenía de la topografía de la serosa peritoneal. Se creía que el ciego incompletamente rodeado por el peritoneo, se encontraba por su cara posterior en inmediato contacto con el tejido celular. Las investigaciones anatómicas de Treves y Tuffir, nos demuestran que, salvo rarísimas excepciones, esta porción del intestino se encuentra completamente rodeada por el peritoneo.

Si bien no es posible admitir, como pretendía Ménière, que el tumor ilíaco sea debido á una inflamación del tejido celular peri-cecal, debemos considerar la *peritiflitis*, según Talamon, como « toda inflamación peritoneal ó extra-peritoneal, exudativa

ó supurada, que se desarrolla en la vecindad inmediata del ciego ó de su apéndice, y como una consecuencia directa de las lesiones de estos órganos».

Munchmeyer en 1860 y Béhier después, combatiendo la idea de Albers, no aceptan que la acumulación de las materias fecales en el ciego pueda ser la causa de la inflamación de la mucosa de este intestino y el origen de los accidentes inflamatorios y dolorosos de esta región.

Talamon cree que el sitio primitivo de la enfermedad se encuentra en el apéndice ilio-cecal.

Este autor rechaza en absoluto las pretendidas tiflitis estercolares.

Jalaguier no acepta este exclusivismo de Talamon, que pretende borrar de la nomenclatura médica la *tiflitis*, enfermedad cuya fisonomía clínica es, en no pocos casos, suficientemente característica para poder ser reconocida.

« La tiflitis debe ser considerada como una *enteritis*, ya simplemente inflamatoria y debida á la acción irritante de las materias fecales acumuladas en el ciego; ya de naturaleza específica, como en la *fiebre tifoidea*, *tuberculosis*, *disentería*, etc., en las que las ulceraciones pueden quedar localizadas á esta porción del intestino grueso, dando lugar á fenómenos de dolor, tumefacción, etc., que hagan pensar en la existencia de una apendicitis sin que se encuentren lesiones en el apéndice. »

Por último, los estudios emprendidos por los médicos y cirujanos norteamericanos han venido á

demostrarnos que en todos los casos graves ó benignos, el apéndice es siempre el sitio primitivo de la lesión.

El tratamiento curativo por medio de las intervenciones precoces, practicado el segundo ó tercero día de la enfermedad en supuestos casos de tiflitis y peritiflitis, les ha permitido constatar *de visu* que en todas las variedades de apendicitis, fueran benignas ó graves, el apéndice es el órgano que se ha encontrado primitivamente lesionado.

Como se ve, el rol que se le atribuía á la tiflitis en patología, considerándola como la causa única en la etiología de las inflamaciones localizadas en la fosa ilíaca derecha, corresponde hoy día á las lesiones del apéndice en la mayoría de los casos.

La tiflitis, cuya existencia está perfectamente demostrada por observaciones clínicas y anatómicas, es una enfermedad poco frecuente en relación con la apendicitis, pero que debe ocupar su lugar al lado de ésta en el estudio de las flegmasias cecales.

II

El apéndice vermiforme es un pequeño cordón, vestigio del pedículo de la vesícula umbilical del feto, unido á la parte posterior é interna del fondo del ciego; de una longitud media de 7 á 8 centímetros y del grosor de una pluma de ganso; hay casos sin embargo en que puede estar reducido á un pequeño tubérculo, y otros en que alcanza dimensiones enormes, 25 á 30 centímetros del volumen de un dedo.

Completamente rodeado por el peritoneo, el cual le forma un pequeño mesenterio, el apéndice se encuentra libre en la cavidad abdominal, presentando según su posición y dirección, diversas relaciones con los órganos vecinos.

Su rol en el organismo no es hasta ahora desconocido, y como muy bien dice el doctor Llobet, debemos considerarlo como un órgano de destrucción de la especie, puesto que no reporta ventaja alguna, produciendo en cambio muchos desastres.

Al estado normal, su cavidad comunica con la del intestino por un orificio semicerrado por un repliegue membranoso de forma semilunar, llamado válvula de Gerlach.

Los cuerpos extraños penetrando en la cavidad de dicho divertículo, pueden obrar directamente por acción traumática ó por la compresión de sus paredes y obstrucción de su orificio, dando lugar á una serie de accidentes en relación con el grado y extensión de las lesiones anátomo-patológicas.

La intensidad de este proceso variará según el grado de constricción y de obstrucción que el mayor ó menor volumen del cuerpo extraño haga sufrir á las paredes y orificio del apéndice, disminuyendo ó determinando por completo la circulación sanguínea y reteniendo los líquidos de secreción de su mucosa; pero no solamente estas condiciones son los únicos factores que determinan la inflamación y perforación del apéndice: es necesario hacer intervenir también la acción de los microbios que existen en el intestino y cavidad apendicular, que inofensivos al estado normal, se hacen patógenos y atacan los elementos cuya vitalidad se encuentra disminuída.

En los casos en que la inflamación se limita á las paredes del apéndice, este órgano aparece aumentado de volúmen, turgescente como en erección, del grosor del dedo pequeño ó del índice, y su cavidad se encuentra dilatada y llena de un líquido viscoso ó semi-purulento. La expulsión del cuerpo extraño que provoca este proceso en la cavidad del intestino por la contracción de las túnicas musculares del apéndice, dará lugar á la desaparición de los accidentes inflamatorios.

Esta inflamación se propaga frecuentemente por continuidad de tejido á la serosa vecina, produciendo una peritonitis de naturaleza fibrinosa, caracterizada por los mismos signos físicos de empastamiento, matitiz, etc., que una colección purulenta.

Pero si el cuerpo extraño permanece enclavado en la cavidad del apéndice, dará lugar á la ulceración, perforación y necrosis de este divertículo.

Esta perforación pasa, en algunos casos, desapercibida, pero generalmente ella es perfectamente visible, de forma redondeada, única ó múltiple; se produce en un punto distante y por debajo de donde se halla el cuerpo extraño, frecuentemente hacia la punta del órgano.

Según que el proceso apendicular evoluciona con lentitud ó rapidez, las lesiones peritoneales serán circunscriptas ó generalizadas.

En el primer caso, la inflamación lenta produce una peritonitis parcial, hace nacer adherencias, que una vez organizadas, aislan y protegen la gran cavidad peritoneal de las consecuencias de la perforación, cuando ésta sobreviene.

Si el proceso ulceroso evoluciona rápidamente y la perforación sobreviene antes que las adherencias hayan tenido tiempo de producirse, la peritonitis será bruscamente generalizada.

Además de que al estado normal la dirección y posición del apéndice, con relación al ciego, son lo más variables, la inflamación puede fijarlo en sitios diferentes, como por ejemplo, la pared abdo-

minal en el recto, vejiga, vagina, en el escroto, etc., dando lugar á que su perforación se produzca fuera de la localización clásica de la fosa ilíaca derecha y la colección purulenta que ella da lugar ocupe las posiciones más diversas.

Cuando el apéndice se dirige hacia abajo, libre ó adosado á la pared posterior de la fosa ilíaca, la colección purulenta á que da lugar su perforación ocupa la parte inferior de dicha fosa; el pus en este caso tiende á abrirse en la ingle.

La desviación hacia abajo y adentro da lugar á que el pus se acumule en la pequeña pelvis, entre el intestino y la vejiga, ó la vagina en la mujer, pudiendo abrirse el abceso en uno de estos órganos.

En virtud de las desviaciones hacia arriba y atrás del apéndice, se puede formar una colección purulenta en la región lumbar que muchas veces se confunde con un abceso peri-nefrítico. Otras veces el abceso peri-apendicular puede propagarse hasta el escroto.

Las dimensiones del foco purulento son extremadamente variables; en unos casos él puede encontrarse limitado á la región cecal, en otros se extiende á lo lejos remontando hasta los riñones y el hígado, ó descendiendo en la pequeña pelvis ó á la parte superior del muslo, como he tenido ocasión de observarlo. Sus paredes están formadas por productos plásticos y por el peritoneo espesado.

Su contenido es un pus de color blanco, sucio

ó amarillo verdoso, sumamente fétido, de olor fecal y mezclado con gases.

Se suelen también encontrar restos de materias fecales más ó menos endurecidas, cuerpos extraños y algunas veces hasta el mismo apéndice, bajo la forma de un cilindro más ó menos largo, de color gris verdoso ó negruzco, infiltrado de pus y cubierto de pseudo-membranas de color grisáceo.

III

La causa más frecuente y que podemos decir domina en la etiología de la Apendicitis, es la penetración de un cuerpo extraño en la cavidad del apéndice.

Estos cuerpos extraños vienen del exterior ingeridos con los alimentos ó por descuido, ó toman su origen en el organismo mismo. Ellos deben ser de dimensiones bastante pequeñas para poder franquear el píloro y bastante duros para no ser destruídos por los ácidos del jugo gástrico. De formas variadas, los que vienen del exterior son ya puntiagudos y capaces por sí sólos de perforar las paredes del intestino, como por ejemplo, las espinas de pescado, los alfileres, fragmentos de huesos, etc.; ya redondeados como los núcleos de fruta, granos, vegetales, botones, municiones, etc.

Los que nacen en el organismo mismo, llamados cuerpos autóctonos, son siempre de forma redondeada, como por ejemplo, los cálculos biliares, los cálculos intestinales, los cálculos estercorales. Los ascárides lumbricóides por su número y aglomeración entran también en esta categoría.

La mayoría de las estadísticas nos demuestran que, entre estas distintas variedades de cuerpos extraños, los que con más frecuencia son el origen de los accidentes apendiculares, son las concreciones fecales. Reg Fitz, por ejemplo, nos refiere que en 152 casos observados por él, encontró que un 47 % los cuerpos extraños era concreciones fecales y solamente un 10 % eran cuerpos de otra naturaleza. Renvers también ha hecho análogas observaciones en 459 autopsias por lesiones tiflo-apendiculares, encontrando, 179 veces cálculos estercorales y únicamente 10 veces verdaderos cuerpos extraños. Estos cálculos estercorales nacen en la cavidad misma del apéndice, á causa de la solidificación de las materias fecales líquidas que hayan penetrado en ella ó se forman en la cavidad cecal, lo que es más frecuente. Talamon, estudiando la formación de estas concreciones, dice que « las partículas de materia desprendidas del bolo fecal se depositan en las anfractuosidades y hernias tunicarias que tan fácilmente se forman entre las bandas longitudinales de la capa muscular y toman la configuración de estas depresiones; desprendidas después de su nido primitivo, ellas se redondean, como bolitos entre los dedos, por los movimientos peristálticos del intestino. » Bajo influencias todavía poco determinadas, como contracción intempestiva del ciego, un esfuerzo violento, estos cuerpos extraños franquean la válvula de Gerlach é introduciéndose en la cavidad del apéndice dan lugar

á accidentes inflamatorios ó perforantes con todas sus graves consecuencias.

Las perturbaciones mórbidas que favorecen la formación de estas concreciones, así como su penetración en la cavidad apendicular, entran también en la categoría de las causas que predisponen al desarrollo de esta enfermedad.

Entre estos estados la constipación es considerada, por muchos autores, como la causa predisponente más frecuente de la apendicitis.

Sin embargo, las estadísticas no están de acuerdo con estas ideas. Reg Fitz, por ejemplo, dice que no ha encontrado la constipación en los antecedentes del enfermo más que 38 veces en 209 casos publicados con los nombres de *Tiflitis* y *Perityflitis*. En 257 casos de apendicitis perforante sólo se la ha notado 15 veces.

Si bien la constipación es un estado, por decir así, habitual de la mujer, la apendicitis, añaden, se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino. Por otra parte, sabemos que la constipación es una condición inherente á la vejez, y sin embargo esta enfermedad es consideraba como una excepción pasados los 40 ó 45 años.

La constipación ó la diarrea no son, para Talamon, más que efectos posibles de una alteración funcional del intestino grueso, caracterizada por una secreción defectuosa de su mucosa y por contracciones perezosas é irregulares de su capa muscular. Esta *colitis crónica* sería la causa más

ordinaria de la formación de las concreciones fecales.

Las enfermedades anteriores, como la *fiebre tifoidea*, *disenteria*, *tuberculosis*, etc., por las deformaciones que sus ulceraciones hayan podido dejar en la mucosa del intestino, se las coloca también entre las causas predisponentes de la apendicitis. Las cicatrices y bridas que se forman hacen difícil el funcionamiento regular de dicho conducto y facilitan la formación de las concreciones fecales que más tarde por una causa cualquiera pueden penetrar en la cavidad del apéndice y dar lugar á lesiones más ó menos graves.

Un ataque de apendicitis es también una causa que predispone á que se produzcan otros nuevos, no sólo porque el cuerpo extraño después de una primera penetración, dejando dilatada la cavidad del apéndice, facilita á cada momento la entrada de nuevas concreciones, sino también porque las lesiones flegmásicas determinadas por una primera crisis, persistiendo al estado sub-agudo, provocan por cualquier causa nuevos accidentes.

La frecuencia de esta enfermedad en las personas adultas hace de la edad una causa predisponente. Si bien ella se observa en los primeros años de la vida es muy poco frecuente; mucho más rara es en la vejez.

Fenwick, refiere que en un total de 59 casos sólo ha encontrado 2 casos de los 5 á los 10 años; 24 casos de los 10 á los 20 años; 25 de esta última

edad á los 30 años; 2 casos de los 30 á los 40; 5 de los 40 á los 50, y sólo 1 caso pasada esta última edad.

Esta predilección por la edad adulta, es debida indudablemente á que en esta época de la vida los individuos consumen mayor cantidad de alimentos, no siempre en buenas condiciones, y que con frecuencia se entregan á toda clase de excesos y de imprudencias, dando lugar á que sus digestiones sean difíciles y provoquen inflamaciones del conducto alimenticio que predisponen al desarrollo de la apendicitis.

Esta afección es también más frecuente en el hombre que en la mujer, en la proporción, dice Talomon, de 4 de los primeros por 1 de las segundas. En la estadística del Reg Fitz, encontramos que en 247 observaciones de apendicitis, 197 eran hombres y solamente 50 mujeres, ó sean 80 % de los primeros por un 20 % de las últimas.

Pravaz, de Lyon, en 392 casos ha encontrado que 295 correspondían al sexo masculino y solamente 97 al sexo femenino.

Respecto á esta predilección por el sexo, podemos repetir lo que hemos dicho para la edad.

Una condición etiológica á la que se atribuye una cierta importancia, consiste en las anomalías del apéndice, como por ejemplo, la longitud exagerada de este divertículo, sus desviaciones ó la ausencia de la válvula de Gerlach.

Talamon dice que las autopsias practicadas en

los casos de apendicitis, no nos demuestran que este divertículo tenga siempre una longitud exagerada. En cuanto á la dirección del apéndice (tan variable al estado normal) dice que es muy difícil saber cuál es la desviación que podrá favorecer su inflamación.

La ausencia de la válvula de Gerlach no tiene la importancia que se le quiere atribuir, dice Maurin, « porque lo que da lugar al peligro es también una condición de salud, las sustancias pueden salir más fácilmente por donde ellas han entrado ».

Los alimentos indigestos ó aquellos que hayan sido mal digeridos, son también causas predisponentes, por la acción irritante que ellos determinan sobre la mucosa del intestino, provocando movimientos anormales y perezosos de sus paredes que facilitan la penetración del cuerpo extraño en la cavidad del apéndice.

Los purgantes obrando por el mismo mecanismo que en las indigestiones, son también considerados como causa ocasional de apendicitis.

El enfriamiento, esta causa banal de todas las enfermedades, dice Talamon que debe ser colocada entre las que favorecen la penetración del cuerpo extraño en la cavidad del apéndice, por la actividad que él determina en las contracciones peristálticas del intestino.

Entre las causas de menor importancia se encuentran los traumatismos en la región abdominal, sobre todo la del lado derecho; como por

ejemplo los golpes, caídas de un lugar elevado, los esfuerzos violentos, como la acción de levantar objetos pesados, de saltar, de correr, etc.

El hecho del traumatismo, se dice, no es más que una excepción ó una coincidencia, y en la mayoría de las veces los síntomas se presentan de una manera imprevista y sin causa aparente.

Haciendo un resumen del estudio que acabamos de hacer sobre las causas que predisponen á la apendicitis, podemos decir que: son los cuerpos extraños, cualquiera que sea su naturaleza, pero en particular las concreciones fecales, los que determinan por su penetración en la cavidad apendicular, la serie de accidentes inflamatorios y dolorosos que se observan en la fosa ilíaca derecha.

IV

La sintomatología de la apendicitis ofrece á nuestro estudio múltiples y variadas manifestaciones en relación con el grado y extensión de las lesiones anátomo-patológicas.

No siendo pues posible formar un cuadro de conjunto de los síntomas de esta enfermedad, los autores se limitan á describir las diversas modalidades clínicas que caracterizan sus complicaciones.

Charcot, Bouchard, etc., describen tres formas, la *apendicitis simple*, caracterizada por una inflamación poco intensa que se termina por resolución; la *apendicitis sub-aguda*, que da lugar á una peritonitis localizada y á la formación de una colección purulenta circunscripta; la *apendicitis aguda perforante* con peritonitis generalizada.

Reclus acepta también tres formas de apendicitis.

Talamon divide en cinco variedades clínicas las modalidades de esta enfermedad.

Es la clasificación que he adoptado en este trabajo, porque ella facilita más el estudio de los síntomas de la apendicitis en las diversas fases de esta afección.

La *apendicitis simple*, caracterizada por una serie de fenómenos reaccionales, provocados por la penetración de un cuerpo duro en el conducto estrecho y sensible del apéndice, es la primera variedad de la clasificación de Talamon.

Este estado principia generalmente de una manera brusca y repentina, por un dolor sumamente vivo, localizado en la fosa ilíaca derecha y acompañado de náuseas y vomitos.

Algunas veces precede al ataque un período prodrómico durante el cual el enfermo ha presentado malestar general, cefalalgia, pérdida de apetito, perturbaciones digestivas, etc.

Este dolor es fijo, constante, con irradiaciones á todo el abdómen, pero casi siempre su máximum está localizado al nivel de la región cecal, donde la menor presión lo exaspera y lo hace intolerable. Él es agudo, desgarrante, con paroxismos que arrancan gritos al enfermo. Partiendo de la fosa ilíaca se irradia hacia el pliegue de la ingle, hacia el pubis, el flanco derecho, órganos genitales, con retracción de las bolsas, etc.

Los vómitos se presentan desde el primer momento muy frecuentes: primero alimenticios, mucosos, toman después un carácter bilioso. En algunos casos, aunque esto es raro, se observan vómitos fecaloideos debidos únicamente á la paresia intestinal, sin que exista ningún obstáculo mecánico á la circulación de las materias.

Á la inspección, el vientre se encuentra retraído,

deprimido; sus paredes se presentan tensas y rígidas por la fuerte contractura de sus músculos.

La palpación es difícil, no sólo por el dolor intensísimo que ella despierta, sino también por la dificultad en vencer la resistencia de la pared abdominal.

Cuando el dolor y la tensión del vientre han disminuído después de 24 ó 48 horas del principio de los accidentes, se descubre en el sitio que éste tiene su mayor intensidad, una tumefacción de volumen variable, unas veces circunscripta, de contornos bien claros; pero más comúnmente es difusa, difícil de limitar. En el primer caso, la palpación nos da la sensación de una pequeña induración de forma alargada, muy sensible, que no es otra cosa que el apéndice inflamado y distendido por la acumulación de su líquido de secreción. Cuando la tumefacción toma el carácter de un empastamiento difuso sin límites precisos, doloroso al tacto y resistente, es debido á que la inflamación se ha propagado al peritoneo vecino por continuidad de tejido.

La percusión en general es mate, aunque en algunos casos sólo se puede encontrar un obscurecimiento del sonido. En lugar de la matitez algunas veces hay timpanismo; debido probablemente á la presencia de una cierta cantidad de gas proveniente de la descomposición del líquido mismo, ó también á la interposición de una ansa intestinal entre el tumor y la pared abdominal.

El enfermo se encuentra en un estado de decaimiento profundo, inmóvil en decúbito dorsal. Su fisonomía es característica, pálida, contraída.

El apetito ha desaparecido; la sed es muy viva. La fiebre en general poco elevada oscila entre 38° y 39°.

La constipación es casi constante á consecuencia de la paresia súbita del intestino, pero cede frecuentemente á la acción de los purgantes.

Todos estos accidentes evolucionan rápidamente, el dolor se calma, los vómitos desaparecen, la tumefacción disminuye progresivamente y la curación sobreviene al cabo de ocho á quince días de enfermedad.

Cuando la inflamación se limita á las paredes del apéndice ó que ella se complique de un cierto grado de peritonitis fibrinosa, cura siempre por nuestros medios puramente médicos. Esta variedad no sólo es la más benigna sino también la más frecuente entre todas las otras formas clínicas que vamos á estudiar.

La *apendicitis sobre-aguda perforante* se distingue de la anterior por la mayor intensidad y rapidez en la marcha de los síntomas, determinados por la instantánea difusión de la inflamación á toda la extensión de la *serosa peritoneal*.

Talamon divide en dos períodos la evolución de los accidentes en esta otra modalidad: el primero lo llama *apendicular*, no difiere absolutamente en sus manifestaciones mórbidas de la forma estu-

diada precedentemente; el segundo, llamado *peritonítico*, aparece cuando se produce la perforación del apéndice y el derrame de las materias en la cavidad del peritoneo.

Generalmente su principio es brusco, sin pródromos y señalado por la aparición de un dolor terrible, extremadamente penoso é insoportable, que en los primeros momentos es marcado por el enfermo en la fosa ilíaca derecha, pero que más tarde es muy difícil de localizar porque se irradia á todo el abdómen. Es continuo, con momento de exacerbación, aún en el reposo más completo.

La tos, el hipo, el vómito, todo redobla su intensidad; el menor movimiento, el más mínimo contacto lo exasperan.

Los vómitos son muy frecuentes, incesantes; las materias vomitadas en gran cantidad son primero mucosas, acuosas, después se transforman en un líquido verdoso, sumamente amargo, que caracterizan los vómitos porráceos. En casos excepcionales estos vómitos pueden ser fecalóideos. La intolerancia del estómago es extremada y todo lo que ingiere el enfermo, ya sean sólidos ó líquidos, es inmediatamente expulsado por el vómito.

Es frecuente que un hipo penoso los acompañe.

Á la inspección el vientre se encuentra enormemente aumentado de volumen; las paredes del intestino por su relajación paralítica son fácilmente distendidas por los gases que se desarrollan en su

cavidad á causa de las alteraciones que sufre su contenido.

Este meteorismo excesivo así como la extremada sensibilidad del vientre, hacen imposible el examen profundo de la cavidad por medio de la palpación.

La percusión es también muy difícil; da un sonido timpánico, pero toma un timbre metálico cuando existe líquido derramado en las partes declives de la cavidad abdominal; este mismo líquido puede ser origen algunas veces de matitez en las fosas ilíacas y en el hipogastrio.

El enfermo se encuentra inmóvil, acostado de espaldas con las piernas flejadas que le permiten relajar lo más posible sus músculos abdominales, para disminuir la intensidad de sus sufrimientos.

Con la cara pálida y cubierta de sudor, desencajada, los pómulos salientes, los ojos hundidos y circundados de una zona obscura, la nariz afilada, ofrece la fisonomía típica de los peritoníticos llamada cara hipocrática.

Los movimientos respiratorios son sumamente penosos, muy cortos y frecuentes, á causa de que ellos exacerban el dolor.

La sed es muy viva, insaciable; el apetito completamente nulo. La constipación es absoluta; el enfermo no echa por el ano ni materias ni gases.

La fiebre es elevada desde el primer momento, de tipo continuo con ligeras remisiones por la mañana; el termómetro oscila entre 39° y 40°.

El pulso es pequeño, muy débil, filiforme y sumamente frecuente; se cuentan hasta 120 y 130 pulsaciones por minuto.

La postración, el aniquilamiento se hacen cada vez más marcados, las extremidades se enfrían y el colapsus sobreviene casi siempre, de consecuencias fatales para el enfermo.

Esta variedad es la más grave, pues se termina siempre por la muerte.

En algunos casos el desenlace fatal se produce repentinamente, probablemente debido á la violencia del chock abdominal; en otros tarda dos ó tres días en producirse.

La *apendicitis aguda* con *peritonitis localizada* reproduce los síntomas del principio de la *apendicitis simple*.

El enfermo es atacado repentinamente de violentos dolores abdominales que, primero difusos, se localizan después en la fosa ilíaca derecha acompañados de vómitos frecuentes y abundantes, de contractura de las paredes del vientre, elevación de la temperatura.

Lo que distingue esta otra variedad clínica de las anteriores, es que pasada la primera crisis, después de 24 ó 48 horas de enfermedad, aparece en la región cecal una tumefacción más ó menos profunda y voluminosa.

Esta tumefacción cuyo origen corresponde á la inflamación parcial del peritoneo que rodea el intestino ciego, y el divertículo apendicular puede ser

de naturaleza fibrinosa, exudativa, y terminarse por resolución ó dar lugar á la formación de una colección purulenta.

Los signos que sirven para reconocer el abceso, varían según el período en el cual se le observa.

Á la palpación el vientre se encuentra sumamente doloroso, sobre todo en la fosa ilíaca derecha. Ella permite reconocer inmediatamente por encima del ligamento de Poupart, un empastamiento ya limitado á la región cecal, ya difuso, extendiéndose algunas veces á toda la mitad derecha del vientre, muy sensible á la presión y un poco resistente al tacto. Esta tumefacción, frecuentemente inmóvil, puede ser algunas veces susceptible de un ligero movimiento en masa.

La palpación hace descubrir, en algunos casos, en la fosa ilíaca derecha, un sonido de gorgoteo bastante marcado, producido por la presencia de gases y de líquidos.

La percusión de esta región da un sonido menos timpánico que en las partes vecinas.

Cuando el tumor es profundo y en inmediato contacto con el músculo psoas, como en un caso que he asistido en el público, los movimientos de la pierna derecha provocan dolores agudísimos, que se extienden á todo el miembro, originados por la compresión de las ramas del plexo lumbar. En dicho caso la actitud del enfermo era sumamente característica; con el muslo en flexión sobre la pelvis y la pierna toda entera llevada en rotación hacia aden-

tro, tomaba instintivamente una posición que le permitía relajar su músculo psoas y hacer menos intensos sus sufrimientos.

Desde el primer momento el enfermo cae en un estado de postración extremada que lo lleva hasta la impotencia. Pierde por completo el apetito, sintiendo más bien adversión por los alimentos. La sed es muy viva.

La constipación es frecuente y pertinaz, pero cede á la acción de los purgantes ó de un simple enteroclismo; las deposiciones son siempre muy fétidas; el pulso es débil, casi filiforme y muy frecuente.

La temperatura es muy irregular. En el ejemplo antes citado ella oscilaba entre la normal por la mañana y 38°, 38° $^1/_2$ en la tarde. Algunos días la remisión matinal no era tan marcada ó casi nula; otras veces la fiebre alcanzaba á 39°, 39° $^1/_2$ en la tarde. En otros casos como en la observación núm. 1, la fiebre desaparece completamente por varios días, para recrudecer después y elevarse hasta 40° tomando un tipo remitente.

El estado general del enfermo se agrava cada vez más, la postración aumenta, los sudores sobrevienen muy abundantes, sobre todo en la noche. Los escalofríos, así como la irregularidad de la fiebre, señalan la presencia del pus en el organismo.

El meterorismo distiende enormemente las paredes del vientre. Sobrevienen ataques de síncope, de colapsus y el enfermo concluye por sucumbir

á consecuencia de la hecticidad, al marasmo que provoca una larga supuración.

Esta terminación puede ser modificada en los casos en que el enfermo es abandonado á las solas fuerzas de la naturaleza, por la abertura de la colección purulenta directamente en el intestino ó en la pared abdominal y expulsión al exterior del apéndice gangrenado.

Los casos siguientes son ejemplos bien claros de esta terminacion feliz.

El enfermo que antes he mencionado tenía el diagnóstico de *peritiflitis*. Á los 35 días de enfermedad apareció en el muslo derecho, á la altura del ángulo externo y superior del triángulo de Scarpa, un pequeño tumor de forma globulosa, fluctuante y sensible á la presión. Fué entonces que se hizo el diagnóstico de apendicitis. Como las condiciones del enfermo no permitían hacer una intervención seria por el estado de aniquilamiento en que éste se encontraba, los médicos prefirieron hacer la simple incisión del tumor. Practicada ésta, se dió salida á una gran cantidad de pus cremoso, de color amarillo verdoso, sumamente fétido, de *olor fecal* y mezclado con abundantes gases tambien fétidos. Á los dos días, al hacer la curación se encontró que el orificio de la herida se hallaba obstruido por una carnosidad, que se extrajo por medio de una pinza, de 7 á 8 centímetros de largo y cubierta completamente

de pseudo-membranas de color grisáceo; era el apéndice vermiforme. Este enfermo curó.

En otro caso que me ha sido referido por el doctor Andrés F. Llobet, el abceso se abrió en el intestino y el apéndice vermiforme fué expulsado íntegro en una de las deposiciones, el séptimo día de la enfermedad.

Este enfermo sucumbió, dice el doctor Llobet, algunos días más tarde con numerosos abcesos metastáticos del hígado. Esta terminación desgraciada es debida á la inflamación de los vasos sanguíneos, que en esta región se encuentran en contacto con la colección purulenta, y á la formación de embolias sépticas que arrastradas por la circulación van á formar en el hígado, bazo, pulmones, etc., nuevos y múltiples abcesos.

Otro caso de terminación feliz por la abertura del abceso al interior y sumamente curioso por los accidentes que sobrevinieron, me ha sido referido por el doctor Alberto Alberti, de San Nicolás, observado en el hospital de dicha ciudad. Se trataba de un hombre que después de un ataque de apendicitis, pasados 20 días más ó menos presentó un abceso en la fosa ilíaca derecha en inmediato contacto con la pared abdominal, que se propagaba hasta el escroto. Fué abierto por medio de una incisión que fué practicada por encima del canal inguinal, la cual dió salida á una gran cantidad de pus y gases sumamente fétidos, mezclados con materias fecales. Los movimientos de defecación se hacían

en los días subsiguientes por el orificio de la fístula que se formó desapareciendo los normales por el orificio anal. Pero á medida que la fístula se iba cicatrizando disminuía la salida de la materia fecal por este orificio y recuperaba proporcionalmente su circulación habitual por el ano. Este enfermo curó después de la cicatrización de su fístula.

Á estas terminaciones favorables debemos agregar aquellas que son de consecuencias fatales por los accidentes y complicaciones que pueden sobrevenir.

Además de la inflamación de los vasos sanguíneos por la contigüidad del pus, de que hemos hablado antes, puede también producirse la perforación de estos mismos vasos dando lugar á una hemorragia mortal.

Á causa de un esfuerzo de una maniobra intempestiva como una malaxación demasiado enérgica, puede producirse la rotura de la pared de exudados plásticos, formada alrededor del abceso y dar nacimiento á una peritonitis generalizada de consecuencias siempre fatales.

Esta forma clínica es menos grave que la perforante estudiada precedentemente y si bien ella puede curar espontáneamente, por las solas fuerzas de la naturaleza, hay casos que agravan el pronóstico por las complicaciones que pueden sobrevenir y que hacen necesaria la intervención operatoria inmediata.

La *apendicitis sub-aguda* está carecterizada por la

insidiosidad de las manifestaciones mórbidas en los diversos períodos de su evolución.

Se distingue de las formas estudiadas precedentemente por la manera irregular y engañosa con que el organismo reacciona á los accidentes inflamatorios del apéndice vermiforme.

Hay casos por ejemplo en que los síntomas generales son obscuros ó pasan desapercibidos, mientras que las lesiones locales presentan todos los caracteres ordinarios de la apendicitis y evolucionan de una manera rapidísima, como sucedió en el caso citado por Fitz. «Un marino en una travesía de Portland á New-York, sintió un dolor en la fosa ilíaca derecha. Tomó un purgante, y aunque siempre sufría, continuó su trabajo hasta la semana siguiente. Trece días después del principio de su enfermedad volvió á Boston y entró al hospital para hacerse asistir, pero murió al día siguiente.

«En la autopsia se encontró el apéndice gangrenado y un abceso en la fosa ilíaca derecha.»

La segunda variedad de esta forma de apendicitis, es aquella en que los síntomas generales, crisis repentina de dolores violentos, seguidos de náuseas, y vómitos, etc., se presenta con los mismos caracteres que en las formas francas y agudas, pero que en cambio los signos locales son obscuros y difíciles de contactar. La marcha de la enfermedad es sumamente insidiosa y los fenómenos que más llaman la atención son los escalofríos y la irregularidad de la temperatura.

Sólo al cabo de ocho ó quince días de en fermedad es posible, en algunos casos, reconocer por la palpación un empastamiento más ó menos difuso y doloroso á la presión de la región cecal.

La última variedad es aquella en que todo es engañoso. No hay ni principio claro, ni dolor, ni empastamiento en la fosa ilíaca que llame la atención. Los síntomas generales, así como los locales, evolucionan de una manera insidiosa.

La enfermedad se caracteriza en estas condiciones por perturbaciones digestivas, por dolores del vientre, por inapetencia, por un poco de hinchazón del abdómen.

No hay fiebre, y si ella existe, es poco elevada y sin carácter definido.

La palpación profunda de la región cecal es poco dolorosa.

Después de algún tiempo de enfermedad, sobrevienen abcesos febriles, de tipo irregular, precedidos de escalofríos que anuncian, dice Talamon, no la supuración, pues ésta existe ya desde mucho tiempo, sino la infección del organismo.

Esta forma clínica es no sólo grave por las dificultades que ofrece en el diagnóstico, sino también por las complicaciones mortales que puede producir la propagación de la supuración á los órganos y tejidos vecinos.

Las *apendicitis crónicas* ó de *recaídas*, es la última forma clínica que estudia Talamon. Está caracterizada por la sucesión de ataques inflamatorios del

apéndice, algunas veces complicados de peritonitis circunscripta, separados por intervalos de calma más ó menos completa.

El mecanismo y la evolución de los accidentes, son análogos á los de la apendicitis simple.

Las alternativas de constipación y de diarrea determinadas por las graves perturbaciones que sufre el intestino en su funcionamiento, así como las condiciones favorables en que queda el apéndice para la penetración de nuevos cuerpos extraños, no tardarán en producir nuevas crisis.

Estos ataques sucesivos por la propagación de la inflamación al peritoneo vecino, no tardarán en producir adherencias alrededor del ciego y del apéndice, formando una verdadera pared que aisla estos órganos de tal manera, que si más tarde se produce la perforación del apéndice, ésta no tendrá las consecuencias graves señaladas en otros casos.

El intervalo, intensidad y frecuencia de estas crisis, es sumamente variable. Unas veces aparecen con regularidad cada semana, cada mes, ó cada dos meses; otras veces, á una serie de ataques sucede un intervalo de uno, dos y tres meses sin que sobrevengan nuevas recaídas. Su duración más ó menos es de 8 á 10 días; sin embargo, hay casos en que los accidentes evolucionan con mayor rapidez.

Cuando la crisis ha terminado el enfermo se mejora rápidamente, si bien no siempre de una manera completa, en cuyo caso continúa á quejarse de un cierto malestar en la fosa ilíaca derecha con persis-

tencia del dolor en esta región, sobre todo á la presión. Sus digestiones son difíciles.

Si bien esta variedad de apendicitis no tiene la gravedad de las formas estudiadas anteriormente, concluye por hacer insoportable la vida de la enferma, ante la amenaza constante de nuevas recaídas.

El diagnóstico de la apendicitis no presenta dificultades en las formas francas y bien definidas de esta enfermedad.

Es naturalmente muy importante, tanto más porque el tratamiento debe estar basado en todos los casos en el concepto claro de la condición patológica.

Es frecuente que se confunda este estado mórbido con la *tiflitis estercoral*, pero los antecedentes del sujeto así como la evolución de la enfermedad, nos darán datos precisos que nos permitirán evitar el error.

En la tiflitis, los síntomas dolorosos no tienen la intensidad ni el principio brusco de la apendicitis; los vómitos no son tan frecuentes ni la temperatura es tan elevada. Además, en la tiflitis estos accidentes sobrevienen generalmente después de un período prodrómico durante el cual el enfermo ha sufrido perturbaciones digestivas con alternativas de constipación y de diarrea.

En esta última enfermedad, la tumefacción ilíaca es perfectamente bien limitable, de forma alarga-

da, se extiende oblicuamente hacia el ligamento de Poupart, siguiendo la misma dirección del ciego; condiciones que no las encontramos en la apendicitis.

El estado general del paciente no es tan alarmante como en esta última enfermedad.

Este diagnóstico se impone todavía más cuando en los antecedentes del enfermo encontramos que se han producido otros ataques de apendicitis.

Cuando el dolor es el único síntoma dominante y el examen por nuestros medios de investigación se hace difícil ó imposible; cuando el enfermo no sabe darnos datos precisos sobre su enfermedad, ¿es posible confundir un ataque de apendicitis con una crisis de *cólico hepático* ó de *cólico nefrítico?*

En el cólico hepático el dolor es más estomacal y localizado en la región hepática con irradiaciones hacia la punta del omóplato de la espalda derecha; la sensibilidad es extrema bajo el reborde costal y el punto fijo doloroso se encuentra al nivel de la vesícula biliar.

En la apendicitis, por el contrario, el dolor es más abdominal, localizado en la fosa ilíaca derecha y con irradiaciones á los órganos genitales y miembros inferiores.

Los vómitos son más frecuentes, más tenaces en el cólico hepático que en la apendicitis.

La persistencia del dolor en la fosa ilíaca derecha, así como la rigidez de las paredes abdominales, la fiebre y demás síntomas concomitantes

nos permitirán hacer el diagnóstico de esta enfermedad.

En el cólico nefrítico la aparición de los accidentes es igualmente brusca como en la apendicitis; los dolores son muy agudos é irradiados á la ingle, órganos genitales, miembros inferiores, pero su mayor intensidad se encuentra al nivel de la región lumbar, mientras que en la apendicitis su sitio es en la región cecal. Los vómitos son frecuentes, las perturbaciones en la micción, como por ejemplo, tenesmo vesical, anuria, etc., son análogas en una y otra enfermedad.

El error desaparece una vez que los síntomas especiales de la apendicitis se localizan en la fosa ilíaca derecha.

Como frecuentemente la crisis de apendicitis sobreviene poco después de una comida abundante, es posible que se la confunda con una simple *indigestión*, sobre todo en los niños que aun no saben precisar el sitio de sus dolencias.

Los fenómenos mórbidos que caracterizan la indigestión no sólo no tienen la intensidad de los que determina la apendicitis, sino que ellos desaparecen en pocas horas, mientras que en esta última enfermedad se les ve persistir y hacerse sumamente serios.

Con la *oclusión intestinal* se ha confundido también la apendicitis, sobre todo la forma *perforante* con peritonitis generalizada.

En la oclusión intestinal el dolor es menos agudo

y de carácter intermitente: los vómitos son más tardíos en aparecer, pero más frecuentes, más rebeldes á nuestros medios de tratamiento; y por último, la constipación es más absoluta que en la apendicitis.

Para Talamon, el verdadero signo que distingue estas dos enfermedades nos es suministrado por el examen del vientre: «En la oclusión, dice, hay siempre meteorismo muy pronunciado, mientras que en los casos de peritonitis por perforación del apéndice el vientre está más bien excavado, duro, intenso por la contractura de sus paredes musculares.

Respecto de la temperatura como medio de diagnóstico, dice Peyrot, que «en la peritonitis ella se eleva siempre á 39° y aun hasta 40°; mientras que en la oclusión intestinal desciende ó no pasa de la normal y si sobreviene fiebre, es debido á complicaciones peritoneales.» Esta proposición no es exacta, pues no es raro encontrar una peritonitis difusa determinada por un abceso ilíaco con descenso de la temperatura.

La temperatura no tiene por lo tanto el valor que le atribuían los autores como signo diferencial entre estas dos enfermedades.

Algunas veces es posible encontrar el sitio de la oclusión, pero esto es poco frecuente.

Se ha confundido la apendicitis con la *fiebre tifoidea*. En esta última enfermedad el dolor ilíaco es menos intenso, la temperatura tiene

una marcha completamente distinta que en la apendicitis, en la que ella cae pronto, se hace irregular y es poco elevada. Los vómitos, como síntoma premonitor, son más frecuentes en la fiebre tifoidea. La aparición de las manchas lenticulares es otro signo característico de esta última afección. Además, el estado de los pulmones, bazo y corazón nos servirán también como medios diferenciales entre estas dos enfermedades.

De la *peritonitis tuberculosa*, parcial y localizada en la región cecal, se distingue la apendicitis por la marcha y evolución de los accidentes completamente distintos en una y otra enfermedad. En la peritonitis el dolor es mucho menos vivo y la tensión de las paredes abdominales menos marcada. Desde el primer momento ella toma un carácter crónico. Sin embargo, es necesario observar al enfermo con toda minuciosidad, buscando en otros órganos la especificidad de las lesiones que se encuentran en la región cecal.

En los casos en que el apéndice por su desviación abajo y adentro se encuentra inmediatamente en relación con la trompa, puede su inflamación ser confundida con una *salpingitis supurada*. El dolor en esta enfermedad se localiza en la región de los anexos y tiene un carácter cólico llamado *salpingiano*, y su terminación es marcada generalmente por la evacuación de una cierta cantidad de muco-pus.

La menorragia es un síntoma casi constante de las lesiones de la trompa.

Con un *hematocele* también se ha llegado á confundir la apendicitis, pero los signos objetivos que nos revelan el tacto y la palpación bi-manual, nos permiten distinguir la localización del tumor formado por el derrame sanguíneo con sus caracteres físicos correspondientes.

Por otra parte, el estado anémico del enfermo, la supresión de las reglas, agregados la desviación uterina y fenómenos consecutivos de compresión de la vejiga y del recto, nos demostrarán la existencia del hematocele.

Hasta ahora me he ocupado exclusivamente en establecer los caracteres diferenciales entre la apendicitis y otras enfermedades que tienen síntomas parecidos, pero tanto para el médico como para el cirujano, es de suma importancia una vez establecido el diagnóstico de la apendicitis, saber á qué modalidad clínica pertenece para llenar las indicaciones exigidas.

En los primeros momentos de una ataque de apendicitis, es indudablemente muy difícil saber si él corresponderá á la variedad simplemente inflamatoria ó á la perforante.

La apendicitis simple se distingue de las otras formas porque una vez pasada la primera crisis el dolor se alivia, los vómitos desaparecen y la tensión de las paredes del abdómen disminuye. La temperatura baja á la normal y por último, las

funciones del intestino se establecen y el enfermo vuelve á la salud.

La forma perforante se caracteriza por la persistencia y agravación rápida de los síntomas del principio. Los signos de una peritonitis aguda generalizada se hacen predominantes. Estos accidentes evolucionan rápidamente hacia una terminación generalmente mortal.

La *apendicitis aguda* con peritonitis localizada, se distingue de las anteriores por la presencia en la fosa ilíaca derecha de una tumefacción más ó menos voluminosa y cuyos caracteres clínicos hemos ya estudiado.

Los escalofríos, la irregularidad de la fiebre, los sudores, etc., caracterizan por otra parte la existencia de la colección purulenta.

Se emplea entre nosotros; lo hemos visto usar la *punción exploratriz* como medio de diagnóstico para determinar en estos casos la presencia del pus.

Es un medio que, como sabemos, es de uso diario en distintas enfermedades con el mismo objeto; pero en la región cecal puede tener sus inconvenientes por la presencia en este sitio de numerosos vasos sanguíneos, ansas intestinales del uréter, ciego, etc., que pueden ser heridos y llegar á producir accidentes muy serios.

Además, no siempre es posible llegar hasta la colección purulenta y en este caso ser causa de errores gravísimos.

Roux, combatiendo este medio de diagnóstico,

dice que «es algunas veces peligroso, muy á menudo sin resultado y casi siempre inútil».

La apendicitis sub-aguda se distingue por la variabilidad en el comienzo de la enfermedad como en la evolución de los accidentes. La insidiosidad es lo que caracteriza esta variedad; los síntomas generales ó locales son obscuros y mal definidos. Su terminación es variable y sin regla determinada y muchas veces de una manera imprevista.

La *apendicitis crónica* es una modalidad caracterizada por la repetición de las crisis separadas por intervalos durante los cuales el enfermo vuelve á la salud.

VI

El tratamiento de la apendicitis se divide en médico y quirúrgico.

Se discute por los autores sobre la oportunidad en la aplicación así como las ventajas de uno y otro sistema curativo.

Antiguamente los médicos se concretaban á una simple espectación y no intervenían sino cuando el pus saltaba á la vista, basados en que en la mayoría de los casos esta enfermedad tenía una terminación feliz.

Los operadores *à outrance*, entre los que se encuentran los norteamericanos, preconizan la intervención quirúrgica precoz, practicada en las primeras 24 á 48 horas de la enfermedad, y en todos los casos, sean ellos benignos ó graves, con el fin de evitar las graves consecuencias que pueden sobrevenir si se da lugar á que se produzca la perforación del apéndice.

Si bien la urgencia de la operación está justificada en los casos de apendicitis sobre-aguda con peritonitis generalizada, porque ella es la única probabilidad de salud que queda al enfermo, no

está autorizada la intervención cuando la perforación del apéndice no ha sido demostrada, siendo preferible á esperar que la naturaleza obre produciendo adherencias que aislen y protejan los órganos y tejidos vecinos.

Como muy bien dice el doctor Llobet, el médico debe colocarse en el terreno de la lógica, observando con calma al enfermo y procediendo según lo aconsejen las circunstancias, y no obrando sistemáticamente como lo pretenden los norteamericanos al operar todos los casos de apendicitis que se les presenten.

Por lo tanto, el principio de un ataque de apendicitis, sobre todo en la forma parietal simple ó con peritonitis fibrinosa parcial, el tratamiento debe ser puramente médico, por el empleo de calmantes, evacuantes, antiflogísticos locales, etc.

La primera indicación es calmar el dolor con el objeto de disminuir el peristaltismo intestinal y las consecuencias reflejas provocadas por la irritación del apéndice; se usan los opiáceos en forma de píldoras de extracto tebáico, de 1 á 2 centígramos cada una, ó de inyecciones de clorhidrato de morfina de 1/2 á 1 centígramo cada una.

Contra los vómitos se emplea la poción Rivière, simple ó cocainada, el champagne helado, haciendo conservar pedazos de hielo en la boca, etc.

Los síntomas dolorosos y de tumor localizados en la fosa ilíaca derecha, se combaten por el empleo, *loco dolenti*, de sanguijuelas, vejigatorios y más pre-

ferentemente por la aplicación constante de una bolsa de hielo en dicha región.

Es conveniente administrar un purgante suave como el calomel ó el aceite de ricino, á fin de facilitar la evacuación de las materias fecales acumuladas en el cólon; los autores prefieren este último, porque dicen que arrastra más fácilmente las materias endurecidas; algunos lo emplean á pequeñas dosis dadas cada media hora hasta conseguir el efecto; yo lo he usado á la dosis de 30 gramos, dándolo en dos veces con pocos minutos de intervalo.

Uno ó dos enteroclismos de agua boricada ayudarán á desembarazar el intestino; en los días siguientes si el vientre permanece renitente, se emplearán lavativas antisépticas. La desinfección se hace por medio del naftol β, benzo-naftol, salicilato de bismuto, etc.

El enfermo debe permanecer en cama guardando la inmovilidad más completa posible, porque muchas veces el menor esfuerzo puede ser causa de una nueva crisis.

La alimentación debe ser exclusivamente líquida: leche, caldo, etc.

Estos medios bastan generalmente para conseguir la curación.

El manual operatorio generalmente empleado es la *incisión simple*, la *incisión lateral* y la *laparotomía* sobre la línea media.

La incisión simple es indicada en los casos que

por una razón ú otra el enfermo ha sido abandonado á las solas fuerzas de su naturaleza y el absceso llega á puntear bajo la piel.

La incisión lateral se practica con frecuencia en la fosa ilíaca. Se traza una incisión de quince á diez y ocho centímetros de longitud siguiendo la línea para la ligadura de la arteria ilíaca externa.

Se incinden los tejidos capa por capa hasta llegar á la fascia ilíaca, se detiene la hemorragia y se abre el peritoneo en la parte superior y externa de la herida dando salida al pus; se explora con los dedos el fondo de la cavidad con mucho cuidado á fin de no romper las adherencias y la pared de la bolsa; se extraen los cuerpos extraños y restos de materia fecal que pueden encontrarse; se hacen irrigaciones con agua boricada ó simplemente hervida; se reseca el apéndice, se coloca un tubo de drenage, se sutura la herida y se aplica algodón y un vendaje de cuerpo. En los días siguientes á la operación, se cambia la curación haciendo lavajes antisépticos más ó menos abundantes según la cantidad de pus.

El doctor Llobet se declara partidario de la incisión sobre la línea blanca, «no sólo, dice, porque con ella se consigue un campo operatorio más extenso, sino también porque con este proceder se expone menos al enfermo á las eventraciones, posibles cuando la incisión es lateral.

«Si la apendicitis es de la variedad de recaídas, cree prudente intervenir practicando la laparoto-

mía á fin de resecar el apéndice dejando al paciente libre de ataques sucesivos.

« Como un medio preventivo en todos los casos que ha practicado la laparotomía, por tumores del vientre ooforo-salpingotomias, operaciones por hernias, etc., dice haber aprovechado la oportunidad para resecar el apéndice, librando de esta manera al individuo de un órgano considerado como de destrucción de la especie, que no reporta ventaja alguna y produce en cambio muchos desastres. »

OBSERVACIÓN I

Apendicitis aguda con peritonitis parcial

C. G., de 15 años de edad, bien reglada, sin antecedentes mórbidos, se presentó al estudio del doctor Penna quejándose de un dolor no muy intenso al nivel de la región hepática, con irradiaciones que se extendían por arriba hasta el cuarto espacio intercostal derecho (línea axilar) y por abajo hasta la fosa ilíaca del mismo lado.

Este dolor se había mostrado dos días antes hallándose la enferma en el colegio y sin poder ser referido su origen á una causa conocida. Sin embargo, las maestras del colegio por su cuenta le habían propinado, para combatirlo, uno ó dos purgantes de aceite de castor.

En el momento del examen no había fiebre, y como el dolor se acentuaba particularmente en la región torácica, fué en los órganos de esta cavidad donde se procuró hallar la causa de la enfermedad, no pudiendo descubrirse por los diversos medios de exploración empleados, la lesión que se sospechaba. La exploración del hígado y del vientre dió también un resultado negativo.

No existía interrupción en el curso de las materias fecales, ni timpanismo ni vómitos; por el contrario, las funciones digestivas marchaban bien y toda la enfermedad parecía resumirse en dolores musculares de origen probablemente reumatóides.

Pero al día siguiente el dolor aumentó de intensidad; la temperatura subió por la noche á 39°5, el pulso se tornó frecuente, aparecieron pequeños escalofríos, malestar general, sed, anorexia y por último dificultad en los movimientos de la pierna derecha, pues su extensión exageraba el dolor que ya podía localizarse perfectamente á lo largo de la región lumbar derecha y fosa ilíaca correspondiente. No había timpanismo abdominal; los músculos del plano anterior del vientre estaban algo rígidos y la palpación bastante difícil; aumentando el dolor no revelaba la existencia de tumor ni empastamiento.

Como tratamiento, se prescribió un purgante salino y aplicaciones constantes de hielo en la región de la fosa ilíaca derecha.

El quinto día, á contar desde el comienzo, continuó la fiebre 39° a. m., 39°6 p. m.; pulso arriba de

100, respiración frecuente, piel del rostro hiperemiada; se produjeron en la noche cuatro deposiciones indiferentes; el dolor era menos agudo en la fosa ilíaca derecha y flanco del mismo lado; los movimientos del muslo sobre la pierna eran más fáciles; igual tratamiento.

Sexto día: el mismo estado, temperatura 38°3 a. m. y 37°5 p. m.; constipación desde el purgante; más dolor y un ligero empastamiento profundo ocupa la fosa ilíaca: se continúa con el hielo localmente, se administra una lavativa con agua hervida y glicerina, y se instituye la antisepsia gastro-intestinal por medio del benzo-naftol.

Sétimo día: nuevo ascenso térmico, 39°5 a. m. y 38°9 p. m.; el dolor es intenso, el empastamien to más notable, grande imposibilidad para mover la pierna que se mantiene fija en semi-flexión; náuseas, mucha cefalalgia, ligeros escalofríos; se aplican sobre la región del ciego seis sanguijuelas y se deja sangrar una hora, después se continúa con el hielo y la antisepsia.

Después de esta emisión sanguínea los síntomas locales se aminoran, el empastamiento se disipa en parte, las deposiciones se producen espontáneamente, pero siempre con lentitud, necesitando recurrir con frecuencia á los laxantes y enemas; la fiebre desciende también rápidamente. El undécimo día continúa la mejoría y vuelve el apetito. En cuanto al dolor ilíaco, es casi inapreciable, lo mismo

que el empastamiento, y la enferma parece entrar de lleno en la convalecencia.

Sin embargo, y en previsión de la recaída ó recidivas muy cercanas de que esta enfermedad se suele acompañar, el Dr. Penna no permitió á su enferma que se levantara ni que tomara alimento sino con mucha precaución.

Cinco días se pasaron en este estado, cuando sin causa apreciable se presentaron de nuevo los mismos síntomas del principio, y esta vez con mayor violencia.

La recaída tuvo lugar á los 17 días del principio de la enfermedad: la temperatura llegó á 40° por la mañana y en la tarde; el pulso se volvió frecuentísimo; el dolor manifestóse nuevamente, pero con un carácter de agudez extrema y con irradiaciones á la región umbilical; sobrevinieron náuseas y vómitos, y el vientre se elevó un poco dando un sonido timpánico.

Se prescribió el mismo tratamiento del principio: purgante, hielo, y á más antipirina para combatir el dolor y la fiebre.

Al día siguiente continuaba el mismo estado y los síntomas de peritonitis local se pronunciaban al mismo tiempo que un empastamiento difuso y profundo extendido desde el arco de Poupart hasta unos ocho centímetros por encima, siguiendo la dirección del cólon ascendente, volvía á dibujarse nuevamente; flexión del muslo; temperatura 39°2 a. m. y 40°1 p. m. Escalofríos frecuentes, pulso 120, gran

postración. Todo anunciaba el establecimiento de la supuración y el principio de una peritonitis.

En esta situación, el Dr. Penna declaró al padre de la niña la gravedad de su estado, indicando la necesidad de una intervención quirúrgica, señalando como causa probable la existencia de algún cuerpo extraño.

Con tal motivo, se solicitó el concurso de los doctores Alejandro Castro y Ricardo Guerrico, quienes confirmaron el diagnóstico de apendicitis supurada con peritonitis circunscripta. Fué recién entonces que se llegó á saber que días antes del principio de la enfermedad esta niña se habia tragado involuntariamente un botón de los que se usan en los botines de señora.

La urgencia de la intervención era bien notoria y cualquier demora hacía peligrar la vida de la paciente. En consecuencia, y previas las prácticas de la antisepsia y cloroformización, el doctor Castro practicó una punción exploratriz encima del ligamento de Falopio y poco por fuera de su tercio medio, extrayendo una pequeña cantidad de pus. Inmediatamente después hizo una incisión paralela al ligamento crural, de unos diez centímetros de extensión, y como á dos centímetros de distancia, teniendo á la espina ilíaca anterior y superior sensiblemente en el medio; profundizó luego lentamente la herida hasta caer en un saco cuya pared interna estaba formada por el ciego y del cual salía un pus fétido mezclado á gases de olor fecal. La explo-

ración de la cavidad no permitió descubrir el apéndice, probablemente destruído en parte y su resto aglutinado al ciego. Se efectuó un lavado prolijo y se colocaron dos gruesos tubos de drenage, terminando por aplicar una curación antiséptica, bastante algodón y vendaje de cuerpo.

La fiebre cesó desde ese día y con ella los demás síntomas de infección. Por espacio de diez días se hicieron dos curaciones diarias. La fístula intestinal dejaba salir grandes cantidades de materia fecal, pero poco á poco se fué estrechando hasta cerrarse completamente 25 días después.

OBSERVACIÓN II

Apendicitis sobre-aguda perforante

N. N., alemán, de 25 años de edad, solicitó la asistencia médica del doctor Penna por una enfermedad rápidamente desarrollada y que en dos días le había llevado á un estado gravísimo.

Este sujeto refería que dos días antes, por la mañana, había sido víctima de una indigestión; que repentinamente se había recordado durante la noche con un dolor violento del vientre, cuyo máximum el enfermo localizaba hacia el lado derecho del hipogastrio; que los dolores cólicos habían sido intensísimos y acompañados desde los

primeros momentos de vómitos alimenticios que después se tornaron en acuosos sin carácter especial; por último, que con el fin de tratarse había tomado un purgante, el cual fué también eliminado por vómitos; que hubo en ese día una deposición normal espontánea y desde entonces constipación absoluta; que la noche la pasó muy mal á causa del dolor y los vómitos incesantes.

El hábito exterior que ofrecía este enfermo, dice el doctor Penna, era clásico: cara hipocrática, ojos hundidos y rodeados de un círculo obscuro, nariz afilada, piel cubierta de un sudor pegajoso, ansiedad extrema, ninguna posición convenía y la cambiaba con frecuencia para atenuar su sufrimiento, voz disminuída, casi afónico, insomnio desde el principio, lengua seca, sed intensa, vómitos biliosos y porráceos los últimos, enfriamiento general, pulso filiforme, orinas disminuídas, vientre elevado, timpánico, y el dolor abdominal imposibilitaba un examen prolijo: sin embargo, la palpación hacía sospechar, más bien que demostrar claramente una tumefacción difusa sobre la región del ciego, donde el dolor era más agudo; los vómitos habían concluído por tomar un carácter fecaloideo: en tal situación, el doctor Penna, después de llenar las indicaciones dominantes, solicitó el concurso de otro colega. Dos horas después el enfermo fué visto en consulta con el doctor Beek, y se diagnosticó un estrangulamiento intestinal resolviendo transportarlo al hospital alemán para

practicar la laparotomía en condiciones regulares. El enfermo falleció esa misma noche mientras pretendía escribir una carta.

Practicada la autopsia se encontró: una peritonitis generalizada supurada, con pseudo-membrana de color blanco amarillento que aglutinaban el paquete intestinal, el cólon descendente, transverso y ascendente hasta el ciego, que se encontraba aplanado y en colapsos sin contener materia fecal ni gases; el apéndice vermicular gangrenado y ulcerado estaba en libre comunicación con el peritoneo donde había derramado sus productos; el ciego con su mucosa tumefecta y las túnicas muscular y serosa infiltradas por el pus, pero sin ningún obstáculo mecánico que estrechara su luz; nada de invaginación, de encarcelamiento, torsión etc., en ningún sitio del intestino. Se había realmente tratado de una apendicitis sobre-aguda perforante.

OBSERVACIÓN III

Apendicitis aguda con peritonitis por propagación

F. López, mujer, casada, de 30 años de edad, argentina, de ocupación cocinera, fué remitida á la Casa de Aislamiento el 9 de Agosto del año 1892 como atacada de fiebre tifoidea.

Profundamente debilitada por trabajos continuos,

esta enferma hacía remontar su mal á unos ocho días más ó menos.

Comenzó con escalofríos, fiebre, gran postración que la obligó á guardar cama; al mismo tiempo sintió un fuerte dolor al vientre sin poder precisar su sitio con exactitud. Después de cuatro días, estos síntomas cesaron en parte y pudo levantarse, pero pronto se iniciaron de nuevo con igual intensidad, acompañados de vómitos frecuentes.

Cuando fué examinada por el doctor Penna el día 10 de Agosto, se encontraba bastante postrada, tenía fiebre y había pasado la noche sin dormir, los vómitos habían continuado y eran francamente biliosos. Un ligero tinte ictérico cubría su piel, siendo más manifiesto en las conjuntivas.

Había sed, anorexia, constipación, y la lengua estaba cubierta de un barniz saburral.

El vientre estaba elevado, timpánico; la región del hígado y epigastrio algo dolorosas y la palpación abdominal despertaba un dolor intenso generalizado; no había tumor ni empastamiento. Sin embargo, una exploración detenida revelaba la existencia de un pequeño derrame en la cavidad peritoneal, el cual cambiaba con la posición. El pulso era frecuente y pequeño. Se diagnosticó peritonitis y se hizo un tratamiento apropiado. En el resto de ese día y la noche persistieron los mismos síntomas, principalmente los vómitos biliosos; la temperatura descendió.

Al día siguiente se encontraba más abatida, el pulso era más pequeño; el derrame había aumentado y dos punciones exploratrices hechas sobre ambas fosas ilíacas, demostraron la existencia de pus.

No quedaba duda sobre la realidad de una peritonitis. ¿Pero cuál era su causa? Se sospechó naturalmente que se trataba de un proceso secundario, sobre el cual no ilustraba suficientemente, ni el estudio del caso, ni los antecedentes vagos que la enferma daba. En vista de la relativa frecuencia de las lesiones intestinales y de las vías biliares en la génesis de las inflamaciones peritoneales, el diagnóstico osciló entre una apendicitis ó una lesión de la vesícula biliar.

En consecuencia, el doctor Penna y el doctor Semprun determinaron practicar la laparotomía, la cual no llegó á efectuarse porque después de trasladada la enferma al cuarto de operaciones, el pulso se había perdido completamente, no pudiendo lograr, con el empleo de las inyecciones estimulantes de éter, cafeina, aceite alcanforado, levantar la actividad de ese corazón que por momentos cesaba de latir. En efecto, la muerte sobrevino dos horas después.

La autopsia enseñó una peritonitis supurada generalizada con pseudo-membranas que adherían el paquete de los intestinos delgados. El apéndice vermiforme estaba libre y casi de un centímetro de diámetro sobre unos ocho de longitud;

su color era gris negruzco, sus paredes estaban tumefactas y comprimiéndolo surgían por numerosos puntos pequeñas gotitas de un pus denso. El ciego en su superficie externa presentaba la misma lesión, siendo más intensa en la parte correspondiente á la cara interna y posterior, vecina á la inserción del apéndice. En algunos sitios la incisión del peritoneo mostraba pequeños abcesos miliares entre esta túnica y la muscular.

Había una verdadera infiltración de pus de las paredes del fondo de saco cecal y del apéndice, sin notarse una franca perforación.

Por la cara retro-cecal la infiltración subía unos seis centímetros, pero en el tejido celular subyacente no se observó ni infiltración ni colección purulenta.

Abierto el intestino la mucosa estaba muy roja, tumefacta, y en el punto de inserción del apéndice había un pequeño abceso del tamaño de un pequeño guisante.

La superficie interna del apéndice con igual carácter; debajo de la válvula de Gerlach un pequeño enterolito cretáceo obturaba su calibre y debajo de éste el apéndice estaba lleno de un liquido muco-purulento denso, con copos pseudo-membranosos; no había perforación.

Nota. — Las historias precedentes me han sido generosamente facilitadas por mi distinguido ex-profesor de Patologia Interna, doctor José Penna.

OBSERVACIÓN IV

Apendicitis aguda

N. N., 33 años de edad, italiano, de profesión marinero, entró al Hospital de Clínicas el 6 de Diciembre de 1892, por un tumor de la región ilíaca derecha. Sin antecedentes hereditarios. Cuando niño, refiere que tuvo malaria, pero sanó y hasta la edad de 24 años no volvió á enfermarse. En esta época tuvo un chancro duro, al que sucedió un bubón que supuró durante dos meses.

Hace tres años tuvo en ambos lados del cuello un abceso indolente, sin fiebre, y que al cabo de dos meses se abrió por sí mismo dando salida á un pus de color blanco sucio; en veinte días quedó curado. El año anterior había tenido un abceso en la axila que se abrió espontáneamente, cerrándose á los tres meses.

En el mes de Octubre de dicho año, dice, que mientras trabajaba sintió un fuerte dolor en la región lumbar que se irradiaba hasta la fosa ilíaca derecha y parte interna del muslo. Este dolor aumentó gradualmente hasta el quinto día; era continuo y refiere además que sentía calor. Consultó un médico que le recetó una bebida, pero el dolor seguía aumentando, y en estas condiciones entró al hospital.

Al examen del vientre se encontró un tumor en la región ilíaca derecha, sumamente doloroso á la presión; temperatura 39°7.

Continúa el dolor espontáneo en dicha región. La fiebre baja al otro día á 37°5. Se le administra ópio al interior, hielo sobre la región dolorosa y dieta: La fiebre se mantiene entre 39° en la noche y 37°5 por la mañana; el dolor continúa y se hace el diagnóstico de peritiflitis.

El 26, se opera haciendo una incisión lateral, la que da salida á una gran cantidad de pus; como accidente operatorio, se produjo una gran hemorragia en napa debida probablemente á la ruptura de pseudo-membrana la que se cohibió con gran trabajo.

La temperatura descendió á la normal, los dolores desaparecieron y el enfermo comenzó á reponerse. Se le cura todos los días y siempre sale pus en abundancia.

El 2 de Enero, la temperatura subió repentinamente; el pus no salía, se habían hecho inyecciones de naftol alcanforado; el 12 se opera de nuevo por el mismo procedimiento anterior y se da salida á grandes masas de pus coagulado, probablemente á causa de las inyecciones de naftol.

La temperatura desciende y el enfermo siente de nuevo notable mejoría.

Un mes después se le da de alta por insubordinación, con un trayecto fistuloso; dos meses después vuelve por su fístula. Se le hace un raspado y sale completamente curado.

FRANCISCO N. ROBLES

Buenos Aires, Septiembre 28 de 1894.

BIBLIOGRAFÍA

Semaine Medicale—1891, 1892, 1893.

Fort—Anatomía y Disección, 1880.

Orth—Man. della diag. anat. patol., 1881.

Ziemssen—Patologia é Terapia Médica Speciale, vers. itali. Berté, 1880.

Fenwich—Lesione Cliniche, vers. italiana, por De Martini.

Reclus—Manuel de Path. Int., 1889.

Dieulafoy—Manuel de Path. Int., 1888.

Tillaux—Traité de Chirurgie Clinique, 1889.

Duplay et Reclus—Traité de Chirurgie, 1892.

Talamon—Appendicite et Perityphlite, 1892.

Charcot, Bouchard—Traité de Medicine, 1892.

Pierre et Mercier—Manuel de Path. Infantile, 1892.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

No es posible actualmente hacer un tratamiento sistemático de la fiebre tifoidea.

II

La histerectomía vaginal es el mejor tratamiento del cáncer del útero.

III

Las endocarditis agudas son siempre de naturaleza microbiana.

Buenos Aires, Octubre 2 de 1894.

Sírvanse dictaminar respecto de la admisibilidad de este trabajo, los señores Académico Dr. Eufemio Uballes, Profesor Dr. Julián Aguilar y Profesor Suplente Dr. Juan B. Justo.

LEOPOLDO MONTES DE OCA

L. M. Acuña

Buenos Aires, Octubre 18 de 1894.

La presente tesis está de acuerdo con las prescripciones reglamentarias.

Debe, pues, ser admitida.

Eufemio Uballes

Julián Aguilar

Juan B. Justo

Buenos Aires, Octubre 28 de 1894.

En vista del informe que antecede, entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida en acto público.

LEOPOLDO MONTES DE OCA

L. M. Acuña