3011

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

FRANCISCO DARBON

EX-INTERNO DE LOS HOSPITALES

1895 á 1898

SOBRE LA

ALGUNAS CONSIDERACIONES
APENDICITIS

(TÉSIS INAUGURAL)

BUENOS AIRES
IMPRENTA DE A. VILLAFAÑE
1898

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

FRANCISCO DARBON

EX-INTERNO DE LOS HOSPITALES

1895 á 1898

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE LA

APENDICITIS

(TESIS INAUGURAL)

BUENOS AIRES
IMPRENTA DE A. VILLAFAÑE
1898

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

(Art. 162 del Reglamento).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DOCTOR D. ENRIQUE E. DEL ARCA.

Vicedecano

DOCTOR D. PEDRO MALLO

Académicos titulares

DOCTOR D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
" " JOSÉ T. BACA
" " RAFAEL HERRERA VEGAS
" " PEDRO MALLO
" " JACOB DE T. PINTO
" " EUFEMIO UBALLES
" " JUAN R. FERNÁNDEZ
" " ENRIQUE E. DEL ARCA
" " PEDRO N. ARATA
" " MANUEL BLANCAS
" " ROBERTO WERNICKE
" " PEDRO LAGLEYZE
" " JOSÉ PENNA
" " LUIS GÜEMES
" " ELISEO CANTON

Académicos honorarios

DOCTOR D. ERNESTO ABERG
" " PABLO MARENGO
" " EDUARDO WILDE
" " MARTÍN SPUCH
" " TELÉMACO SUSINI

Secretario titular

DOCTOR D. LUIS M. ACUÑA

Prosecretario

DOCTOR D. ZENÓN AGUILAR

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía Descriptiva	Doctor	Juan José Naon.
Anatomía Topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiología General y Humana	»	Pedro J. Coronado.
Higiene Pública y Privada	»	Melitón González del Solar.
Patología General y Ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología Externa	»	Obdulio Hernández.
Patología Interna	»	José Penna.
Anatomía Patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriología	»	Carlos Malbran.
Medicina Operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y su Clínica	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y su Clínica.	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y su Clínica	»	Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Julián Aguilar. Antonio C. Gandolfo. Alejandro Castro.
Clínica Médica	»	Gregorio N. Chaves. Abel Ayerza. Luis Güemes. Francisco A. Sicardi.
Obstetricia y su Clínica	Doctor	Samuel A. Molina.
Medicina Legal	»	Eduardo M. Pérez.
Enfermedades genito-urinarias	»	Federico Texo.
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata.
» analítica	»	Atanasio Quiroga.
Física Médica	»	Jaime R. Costa.
Zoología Médica	»	Eliseo Cantón.
Toxicología	»	Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer.
Laringología, otología, rinología	»	Eduardo Obejero.
Farmacia Teórica	»	Juan A. Boeri.
Botánica Médica	»	Martín Spuch.
Farmacia Práctica	»	J. M. Irizar.
Botánica Médica	»	Adolfo Mujica.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernández.
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda.
Dentistería Operatoria	»	Leon Pereira.

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Anatomía Descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomía Topográfica	»	Avelino Gutiérrez.
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid.
Fisiología General y Humana	»	Vacante.
Higiene Pública y Privada	»	Enrique Revilla y Ric. Schatz
Patología General y Ejercicios clínicos	»	Gregorio Araoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica	Dres.	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Patología Externa	»	Pascual Palma. Daniel J. Crawel.
Patología Interna	Doctor	Marcial V. Quiroga.
Anatomía Patológica	»	José Badia.
Medicina Operatoria	»	Alejandro Posadas.
Enfermedades de mujeres y su Clínica	Dres.	Alfredo Lagarde. José F. Molinari.
Enfermedades de niños y su Clínica	»	Antonio F. Piñero. Facundo Larguía.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Francisco Barraza. Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José A. Estevez. José R. Semprum.
Enfermedades mentales y su Clínica	Doctor	Benjamin T. Solari.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Juan B. Justo. Diógenes Decoud.
Clínica Médica	»	Julio Méndez. Ignacio Allende.
Física Médica	Doctor	Juan J. Galiano.
Obstetricia y su Clínica	»	Luis F. Vila y Fanor Velarde
Medicina Legal	Dres.	Francisco de Veiga. Domingo S. Cavia.
Toxicología	Doctor	Juan Alba Carreras.
Química aplicada á la Medicina		Vacante.
Farmacia práctica		Vacante.
Botánica Médica	Doctor	Roberto Skolle.
Laringología, otología y rinología	»	Wenceslao Tello.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Enrique Pietranera.
Dentistería operatoria		Vacante.

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO HONORARIO

DR. TELÉMACO SUSINI

A mis padres

Señores Académicos:

Señores Profesores:

I

Los conocimientos adquiridos sobre la tiflitis y la peritiflitis, han experimentado, desde hace algunos años, un notable cambio. En la actualidad esta afección ha sido modificada, no solamente en su tratamiento, pasando por algunos casos del dominio médico al quirúrgico, sinó que su nombre mismo ha sido cambiado: la tiflitis ha llegado á ser la apendicitis. Modificación importante y feliz que indica la verdadera naturaleza de la afección y recuerda al médico en qué punto preciso debe llevar su intervención.

Ha contribuído grandemente á esta evolución, la sustitución de estudios anatomo-patológicos más precisos, una patogenia más clara, en fin la intervención prematura de los cirujanos en aquellos casos que anteriormente los médicos intervenían solo cuando el pus hacía su aparición en la pared abdominal.

Este movimiento de reacción ha llevado, más allá de lo justo, á Talamón, Dieulafoy, etc., á expresar que jamás se observaría la tiflitis primitivamente. Esto es algo exagerado, pues el estado actual de nuestros conocimientos permiten man-

tenerla en el cuadro nosológico al lado de la apendicitis. El cœcum puede estar inflamado primitivamente, como puede estarlo el resto del aparato digestivo por infección intestinal.

La apendicitis ocupa el primer puesto, porque hoy día es más conocida y mejor buscada. Además las investigaciones anatomo-patológicas, han puesto de manifiesto la rareza de las lesiones cœcales comparadas con las lesiones de la apéndice; como podemos juzgar por las cifras dadas por Matterstock: observando en el adulto 146 casos de supuración de la fosa iliaca derecha, encontró 132 veces la apéndice perforada y 49 peritiflitis, en niños, encontró en 37 casos la apéndice perforada.

Golbeck y Burne (1837) y Albers (1838) fueron los primeros que establecieron que todas las afecciones inflamatorias localizadas en la fosa iliaca derecha, reconocían como causa la inflamación del ciego y del tejido celular que creían rodeaba inmediatamente esta víscera.

La inflamación del ciego era determinada por la retención de la materia fecal que irritando la mucosa producía la reacción consiguiente. Se establecía la tiflitis estercoral la que podía terminar por resolución, ulceración y perforación: produciéndose la periflitis por simple propagación de la inflamación, la peritonitis, si la lesión se hacía en la pared anterior del cœcum y el flegmon iliaco, si la lesión estaba situada en la pared posterior.

Algunos y entre ellos Grisolle emitieron opiniones contrarias á la nueva teoría. En su historia de

los «tumores flegmonosos de la fosa iliaca», dice, «la acumulación de materia fecal en el cœcum, jamás ha producido accidentes inflamatorios: la tiflitis y la peritiflitis no existen.»

Numerosas fueron las observaciones en que constataban algunas veces lesiones de la apéndice y no obstante todo esto, la tiflitis continuó siendo aceptada como causa única y descripta por Niemeyer, Yaccoud, Lasegue, Paulier, etc.

Más adelante algunos trabajos aislados empezaron á protestar contra la opinión clásica, fundándose en razones de órden anatómico y quirúrgico.

Bardeleben (1850), Oppolzen (1863), With (1880 á 1884), Treves (1885), Tuffier (1887), Maurin (1890), demuestran ó confirman que el cœcum está rodeado por el peritoneo, sin relación directa con el tejido celular de la fosa iliaca.

Los cirujanos americanos, más tarde los ingleses, constatan por medio de laparotomias prematuras que la apéndice es la causa de los accidentes antes atribuídos á la tiflitis.

Uno de los primeros que contribuyó en este órden de ideas, ha sido Fitz profesor de Anatomía Patológica en la Universidad de Harward. Encontrando casi constantemente la apéndice y jamás el cœcum enfermo ó perforado, duda de la existencia de la tiflitis y está dispuesto á referir en lo sucesivo todo á la apendicitis.

Matterstock, Biermer, Mikulicz, Smith, Bull, Mac-Burney, Murphy, después de numerosas investigaciones llegan á las mismas conclusiones.

Las laparotomias prematuras efectuadas por los cirujanos norte-americanos, han contribuído grandemente á poner de relieve lo frecuente que son las lesiones apendiculares comparadas con las del cœcum y han permitido seguir paso á paso el proceso inflamatorio de la apéndice, describirlo desde su principio hasta el de su completa destrucción.

Muchos de estos cirujanos proponen, poniéndolo en práctica para todos los casos de apendicitis un tratamiento radical: la escisión de la apéndice inflamada.

Estos estudios, rápidamente, trascendieron en toda la Europa, y dieron lugar á un gran número de publicaciones interesantes.

Treves (Inglaterra) en 1888 presenta á la sociedad médica una memoria, en la cual refiere que los abcesos peritiflíticos son debido comunmente á la perforación de la apéndice y aconseja en los casos de apendicitis á repetición la escisión de la apéndice.

Hare aconseja el tratamiento médico con resultados excelentes. En Suiza se distinguen Kocher, Roux y Krafft.

Graser (d'Erlanger 1890) refiere tres casos de escisión de la apéndice con tres curaciones. Franckel se declara partidario del tratamiento médico para la mayoría de los casos y recomienda la intervención quirúrgica, en tiempo oportuno, cuando hay formación de pus ó peritonitis.

Furbringer guarda todas sus preferencias por el tratamiento médico.

Talamón (1890) por una série de artículos se

esfuerza en separar lo que corresponde á la medicina y á la cirujía, en la intervención contra los accidentes de la apendicitis. Describe el cólico apendicular y después de haber mostrado el mecanismo de la perforación de la apéndice, termina diciendo:

«Estas explicaciones justifican suficientemente, «creemos, la denominación nueva de apendicitis. «Pertenece á los cirujanos decidir si ellas justifi- «can al mismo tiempo la intervención operatoria «prematura, preconizada en todos los casos por los «cirujanos americanos.»

Reclus estudia cuidadosamente el modo de formación de los abcesos ó de la peritonitis consecutiva á la perforación de la apéndice, da indicaciones para el tratamiento de los accidentes en cada caso particular y concluye: «Se operará si las crisis se «repiten, si ellas parecen graves, si un pequeño tu- «mor existe, etc.»

Berger haciendo constar que frecuentemente la apendicitis ha curado por un tratamiento médico, aconseja la operación inmediata para los casos muy agudos. En los casos medianos le es muy difícil intervenir en los primeros días: y por convencido que uno esté, dice, de la excelencia de la intervención prematura, el diagnóstico no permite siempre obrar en el tiempo oportuno.

Luego, sería necesario mantenerse en una expectativa limitada y muy armada: intervenir sin esperar, todas las veces que se encuentre un tumor neto en la región del cœcum y todas las veces que los accidentes no vayan atenuándose.

Richelot, se muestra partidario de la intervención

rápida, particularmente en los casos de peritonitis generalizada y de apendicitis perforante aguda.

Dieulafoy en la actualidad participa de la misma opinión, y solo vé la salvación de un enfermo de apendicitis, en una intervención quirúrgica, recomendándola para todos los casos.

Por la exposición que precede, vemos que el tratamiento de la apendecitis (antes tiflitis) primero exclusivamente médico, ha estado á punto de caer enteramente en las manos de los cirujanos, especialmente con los americanos. Pero después del entusiasmo de los primeros momentos, estas cuestiones nuevas examinadas con más cuidado y calma, se opera pronto una reacción que contiene á los que no ven la vida de los enfermos solo en una operación sangrienta y que anima á los prudentes cuyo brazo para armarse espera indicaciones sólidamente establecidas.

Vemos por consiguiente, que un gran número de cirujanos rechazando la exageración de sus colegas americanos y otros que participan de sus ideas, se esfuerzan de establecer las indicaciones de la operación y las de la abstención.

II

La apéndice vermiforme es una dependencia del grueso intestino, situada durante la vida fetal en la extremidad del cœcum. En el adulto se situa en la parte postero-interna y por arriba de la extremidad del cœcum.

Confundida, durante la vida embrionaria con el

grueso intestino se retrae poco á poco, reduciéndose notablemente al nacimiento y queda perfectamente aislada.

Bajo el punto de vista fisiológico, parece que no desempeña en el organismo ningún rol, su utilidad sería nula, pero lo innegable, en verdad, son los peligros á que nos expone.

La longitud de la apéndice varía de 8 á 10 centímetros, con un ancho de 1 centímetro, está recorrido en toda su longitud por un canal muy pequeño cuya luz mide cuatro milímetros. El orificio que hace comunicar su cavidad con la del ciego, situado á uno y medio centímetros por debajo de la válvula ileo-cœcal está en parte cerrada por un repliegue de la mucosa, formándole una válvula, que se le ha denominado de Gerlach.

La situación que ocupa la apéndice en la cavidad abdominal, correspondería en la pared al medio de una línea tirada desde el ombligo á la espina iliaca antero-superior. Este punto llamado de Mac-Burney es donde el dolor existe con más intensidad.

La apéndice puede tener diversas direcciones que según éstas, permiten caracterizar un tipo descendente, un ascendente y dos laterales, uno interno y otro externo.

En la primer variedad la apéndice desciende en algunos casos sumamente raros, hasta la pequeña pelvis.

El tipo ascendente y posterior es el más frecuente, y la apéndice sube y costea la cara posterior del cœcum y del colon. En el tipo lateral interno la

apéndice puede alcanzar los alrededores del ombligo.

Estas situaciones diversas de la apéndice nos hacen comprender como, al juzgar por la localización del dolor, de la tumefacción y de la colección purulenta, puede ser confundida su inflamación con otras afecciones.

La apéndice flota libremente en la cavidad abdominal rodeado por el peritoneo y fijado á la fosa iliaca derecha por el meso-apéndice (Dieulafoy-Maurin), pero en 1/3 de los casos parece estar en contacto, en parte ó en totalidad, con el tejido celular retro-cœcal.

Furgueson en 200 observaciones, encontró 123 veces la apéndice libre en la cavidad peritoneal y provisto de un mesenterio propio y 77 veces en relación directa con el tejido celular sub-peritoneal por estar parcialmente recubierto por el peritoneo.

Este órgano está nutrido por la arteria apendicular, rama de la ileo-cœcal y ésta á su vez de la mesentérica superior. Los nervios provienen del plexo-mesentérico superior del gran simpático que permiten, según Fowler, explicar el dolor abdominal, generalizado cuando todavía el dolor originado en la apéndice no está en condiciones para hacerse local.

La extructura histológica de la apéndice es la misma de la del cœcum. Tiene cuatro capas, empezando de fuera á dentro, una túnica serosa, representada por el peritoneo, una túnica muscular, dispuesta en fibras longitudinales y circulares, una túnica compuesta de tegido conjuntivo, casi des-

provista de fibras elásticas y una túnica mucosa. recubierta de epitelio cilíndrico, de estroma adenoide con glándulas en tubo y folículos cerrados. Hacia la punta las fibras musculares y las glándulas, desaparecen progresivamente.

Conocida la individualidad anatómica normal de la apéndice, pasaremos en revista, rápidamente, las alteraciones patológicas y sus formas diversas.

Antes sólo eran conocidas las alteraciones graves de la apendicitis, pero, en la actualidad, las atrevidas intervenciones prematuras de algunos cirujanos, han permitido seguir todas las fases y modificaciones de estas lesiones.

Los estudios anatomo-patológicos efectuados por Letulle, Brun, Weinberg y otros, permiten decir que en toda apendicitis, tanto aguda como crónica, la lesión existe primitivamente en los folículos cerrados, invadiendo secundariamente los elementos glandulares. Los desórdenes que sufre la apéndice son explicados por su riqueza en folículos, las grandes dimensiones de los vasos linfáticos y las relaciones de sus túnicas.

La apendicitis aguda puede presentar en su evolución cuatro grados: hiperémica, supurativa, ulcerosa y necrosante.

Al segundo ó tercer día de iniciarse la enfermedad se observa que la serosa pierde su aspecto liso estableciéndose ténues adherencias, no resistentes, con las partes vecinas. La inflamación iniciada en la mucosa se propaga más ó menos ligero á través de sus paredes para interesar las capas peritoneales.

La apéndice, aumenta de volumen, se pone turgente como en erección, dilatado, sus paredes se espesan y su cavidad se llena de mucus-viscoso ó semi-purulento.

Los vasos de la mucosa y sub-mucosa están dilatados llenos de glóbulos rojos, los fondos de saco de las glándulas en tubo llenos de células gruesas, el tegido intersticial infiltrado de células embrionarias. Esta infiltración se continúa entre las fibras musculares extendiéndose luego á la serosa. Las células endoteliales de revestimiento están aumentadas de volumen conteniendo vacuolos, granulaciones, á veces están simplemente descamadas.

Estas lesiones pueden reabsorverse sin dejar trazas ó pasar á las otras formas.

En la forma supurativa, el folículo una vez destruído por la supuración, el pus se dirige hacia la mucosa ó hacia la profundidad. En este último caso sigue siempre el trayecto de los vasos linfáticos. La infección piogénica gana, así la serosa peritoneal, que contamina de una manera más ó menos grave pudiendo constituirse un abceso sub-peritoneal ó intra-peritoneal ó una peritonitis generalizada.

La apendicitis ulcerosa resulta de pérdidas de sustancias que son ante todo foliculares, posteriormente las ulceraciones pueden extenderse sin alcanzar las capas musculares del órgano.

En la apendicitis necrosante se forman rápidamente placas fibrinoides que destruyen sucesivamente la mucosa, la sub-mucosa, la musculosa y

llegan así al peritoneo produciendo una perforación. La topografía de las vías linfáticas de la apéndice explican á la vez la circunscripción posible del proceso necrosante y su progresión rápida hacia la serosa peritoneal.

Toda apendicitis perforante circunscripta es causada, parece, no por una simple ulceración sino por una infección necrosante.

La perforación puede ser única ó efectuarse en varios puntos más ó menos visibles.

El sitio de la perforación no guarda relación con el punto obliterado de la cavidad apendicular, corresponde al punto de la pared que ceda más rápidamente á la acción destructiva de los microbios.

Las apendicitis crónicas son igualmente foliculares al principio. Se reconocen dos formas: hipertrófica y atrófica.

La apéndice está aumentada de volumen en la primer forma, con paredes induradas, las glándulas de Lieberkulm aumentan considerablemente de volumen, también los folículos cerrados. La esclerosis del tejido conjuntivo de la sub-mucosa no falta jamás. Las capas musculares quedan normales, hipertrofiadas ó atrofiadas, según los casos.

En la forma atrófica, la apéndice está reducida á un muñon, los folículos y las glándulas no existen más.

En esta variedad se observa frecuentemente la retracción del canal apendicular.

En una como en otra forma, la superficie es rugo-

sa, adherente, á veces, con las ansas intestinales, epiploom ó la pared abdominal; otras veces está envuelto completamente por un tejido fibroso que hace sumamente difícil su extracción.

III

En su evolución la apendicitis conduce á complicaciones más ó menos graves, más ó menos frecuentes y á las que mencionaremos brevemente.

En los casos fulminantes, por decirlo así, aquellos que Talamon describe bajo el nombre de apendicitis aguda perforante (apendicitis necrosante) y en las apendicitis supurada de marcha rápida, la complicación que puede sobrevenir es la peritonitis generalizada, con irrupción de las materias fecales en la cavidad peritoneal tratándose de la primer forma.

Dieulafoy considera que la mayor parte de las apendicitis, sino todas, terminan por peritonitis generalizada. Sería una de las complicaciones más frecuentes. Por nuestra parte, diremos, ateniéndonos al número de enfermos que presentamos habidos desde fines del año 1897 hasta la fecha, que no es tan frecuente. No se encuentra ninguna que haya dado lugar á esa forma de complicación. (1) Pudiendo deducirse de esto una consecuencia lógica que no urge intervenir quirúrgica-

---

(1) En estos días he tenido conocimiento que el Dr. Llobet ha intervenido quirúrgicamente en un caso de apendicitis, con peritonitis generalizada d'emblée. El enfermo falleció.

mente tan prematuramente como lo quieren él y otros cirujanos para toda apendicitis en su principio.

Cuando el enfermo no muere á continuación de una apendicitis aguda, ó después de dos ó más ataques apendiculares ó que la perforación de la apéndice, ha sido precedida de una faz inflamatoria de marcha lenta, el peritoneo, en estos casos irritado, tiene tiempo para rodear á la apéndice de neo-membranas más ó menos sólidas, fibrosas, que la separan de la cavidad peritoneal protegiendo á esta de una infección generalizada.

Según la disposición anatómica de la apéndice, el foco purulento se produce en el tegido celular sub-peritoneal en relación con el de la fosa iliaca ó en el peritoneo inflamado.

No tiene gran importancia práctica el saber si la apéndice está ó nó fuera del peritoneo, cuando se tiene ocasión de observar las adherencias que se forman en su alrededor.

El peritoneo está siempre adherente al tegido celular infiltrado y cortando con precaución estas adherencias podremos llegar sobre el abceso, no siendo necesario para ello, abrir la cavidad peritoneal. Aún cuando la apéndice fuera intra-peritoneal, el abceso estará fijado á la fosa iliaca derecha, separado de la gran cavidad peritoneal por sus propias paredes.

La forma más frecuente parece ser la intra-peritoneal.

Maurin en un total de 94 abcesos de la fosa iliaca derecha ha constatado, dice, 80 peritonitis

enkistadas, 5 abcesos extra-peritoneales y 9 que comprendía las dos formas.

Weis llega á resultados parecidos: en 90 casos, habia 85 peritonitis enkistadas y 5 abcesos fuera del peritoneo.

Algunos, como Fitz, sostienen que todos los abcesos de la fosa iliaca derecha, son primitivamente intra-peritoneales. Estas conclusiones son algo exageradas, si recordamos la relación anatómica que puede tener, á veces, el peritoneo con la apéndice y la observación de Cornil y Lanelongue, referente á Gambetta, cuya apéndice en una extensión de 6 centímetros era extra-peritoneal, rodeado del tegido celular retro-cœcal.

Durante el acto operatorio es muy difícil diferenciar estas dos formas de abceso. En general se observa el epiploom, recubriendo la región inflamada de la fosa iliaca derecha, espesado, adherente á las ansas intestinales aglutinadas y neo-membranas más ó menos fibrosas, resistentes. Separando el todo con cuidado se llega á un abceso situado más ó menos profundamente, dividido ó nó en varias divisiones por membranas, que abierto da salida á un pus amarillo verdoso, á veces concreto y de olor nauseabundo.

Estos abcesos ocupan sitios los más diversos, de acuerdo con la dirección que ocupaba la apéndice antes de la enfermedad y de las adherencias antiguas ó recientes que se hayan establecido con las partes vecinas; constituyéndose las variedades ileo-inguinal, retro-cœcal, pre-rectal y peri-umbilical. La más frecuente está constituída por los ab-

cesos ileo-inguinales. La colección purulenta ocupa la fosa iliaca derecha haciéndose proeminente por encima del arco de Paupard. Muy raros son los abcesos pre-rectal y peri-umbilical que aparecen alrededor del recto ó del ombligo, correspondiendo respectivamente á la apéndice lateral interna y descendente en la pequeña pelvis.

El abceso retro-cœcal corresponde á los casos de apéndice ascendente y posterior. Se colecciona por detrás ó alrededor del cœcum, pudiendo puntear en la región lumbar por encima de la cresta iliaca ó en el espacio costo-iliaco de la pared abdominal. A veces desprendiendo la serosa, el pus se extiende por arriba hasta el diafragma, por abajo hasta el arco de Falopio.

Cuando estos abcesos se abren en la pared abdominal ó en el intestino, el resultado no puede ser más feliz; pero no sucede lo mismo cuando después de extenderse, perfora el torax, la vena-porta, la vejiga, ó penetran en la cavidad peritoneal: complicaciones sumamente graves.

Algunas veces en pleno ataque apendicular ó después de haber sido operados, se forman abcesos que no tienen relación de contigüedad con el foco principal, y debido á emigraciones microbianas.

Pueden aparecer en la pleura, el pulmón, cerebro, hígado, etc. La más frecuente de estas complicaciones y bastante grave, parecen ser las del hígado. La infección se produciría de este modo: los microbios cuya virulencia está exaltada, penetran en las venas de la apéndice, pasan luego á

las mesaraicas y llegando á la vena-porta por cuyas ramificaciones se extienden, penetran y se localizan en los lóbulos hepáticos, produciéndose muy pronto una hepatitis. Conocidas las lesiones de la apéndice, sus peligros y complicaciones podemos preveer, en algunos casos, la necesidad de un tratamiento quirúrgico.

IV

La inflamación de la apéndice ¿cómo se produce y qué causas influyen para determinarla?

Talamon fué el primero en explicarlo y su opinión es la que ha sido aceptada durante varios años. Admite que una concresión estercoral, convirtiendo la cavidad apéndicular en cavidad cerrada, es la causa productora de la apendicitis.

Los cálculos estercorales, formados en la última porción del cœcum, siendo la constipación el agente más común, por medio de las contracciones peristálticas y antiperistálticas del cœcum, vencerían la barrera representada en la apéndice por la válvula de Gerlach y penetrarían en su cavidad.

La penetración de un cálculo en la cavidad produciría el cólico apéndicular.

Enclavado en la parte superior del estrecho canal, si reune el cálculo condiciones suficientes de volúmen y consistencia, oblitera el orificio de la apéndice, comprime sus paredes y los vasos sanguíneos que dificultando la circulación disminuye la vitalidad del órgano.

Se produce también una acumulación de los

productos de secreción de las glándulas de la mucosa y distención consecutiva de la apéndice.

Los microbios que normalmente existen en la superficie de la mucosa, son inofensivos é impotentes contra las elementos sanos, pero cuando estos están privados de su líquido nutritivo, disminuída su vitalidad, los microbios pululan, avanzan poco á poco, inflaman, ulceran, destruyen y concluyen por perforar las paredes en uno ó varios puntos, si el peritoneo se infecciona sobreviene su inflamación general ó local.

Según Reclus la apendicitis aparece por la disposición especial de la apéndice. Siendo la apéndice un estrecho canalículo que desciende á lo largo de la fosa iliaca derecha, las materias contenidas en el intestino pasando á su cavidad, así como el mucus que sus paredes segregan tienen que luchar contra la gravedad para subir hasta el intestino. Estas diversas sustancias estancadas se hacen un excelente medio de cultivo para la pululación de toda la flora intestinal de los que son más comunes los colibacilos, los estreptococos y los estafilococos.

Esta exaltación virulenta de los gérmenes patógenos en un líquido orgánico estancado, dice, «es perfectamente conocida por todos, bastaría recordar el rol que desempeña en toda la patología urinaria.»

Bajo la acción de los microbios y de las sustancias infectadas se producirían descamaciones epiteliales que al menor traumatismo se convierten en ulceraciones de la apéndice iniciándose luego su inflamación.

En las regiones activas del intestino, donde las materias pasan sin detenerse, estas irritaciones curan pronto, pero que en la apéndice no tienen ninguna tendencia á cicatrizarse, más bien persisten y se eternizan. Pasa aquí lo mismo que en esos trayectos canaliculares supurantes.

Reclus no acepta, como dicen Dieulafoy y otros que la apendicitis sea una enfermedad «una é indivisible» sino que sería producida por una serie de causas, unas locales y otras generales.

La forma más frecuente sería la de las causas locales producidas por un cuerpo estraño, obliteración ó torsión de la apéndice.

Comprendería esta clase la casi totalidad de apendicitis por cavidad cerrada de Talamón y Dieulafoy, admitida por Reclus porque donde hay cavidad cerrada, aislamiento de líquido de la parte libre de la apéndice y el cœcum hay por consiguiente estancación.

La cavidad cerrada no sería en este caso más que un caso particular de su «teoría de la estancación».

Las causas generales obran sobre la apéndice consecutivamente, aquí la apendicitis es una complicación, puede decirse, de afecciones á veces benignas. Una inflamación del ciego, una colitis, que se haya propagado, ó una infección general que produzca una fluxión de sus paredes, determinan la apendicitis conforme á su teoría.

Hoy día parece que ninguna de estas dos patogenias de la apendicitis, comprende todos los casos. Se acepta con preferencia la de Dieulafoy

que tiene en su favor, para fundar su teoría, observaciones documentadas que han sido controladas y confirmadas por un grupo notable de experimentadores.

Resume su teoría en los siguientes términos: « La apendicitis ó si se prefiere los accidentes apen- « diculares y accidentes peritoneales, resultan de « la transformación de una parte del canal apen- « dicular en una cavidad cerrada en la cual se ela- « bora un foco de infección é intoxicación debido « á la exaltación de la virulencia de los microbios « aprisionados».

La apéndice puede ser convertida en cavidad cerrada por un cálculo, por una tumefacción ó retracción de sus paredes ó por su torsión, flexión, etc.; que una vez producida, estallan entonces los síntomas y accidentes caracteristicos de la apendicitis.

En la apendicitis calculosa, se encuentra generalmente el cálculo en la cavidad apendicular, siempre que no haya pasado á la cavidad peritoneal si se ha producido la perforación de sus paredes.

El cálculo, de diversas dimensiones, más bien alargado fusiforme, se encuentra casi siempre solo y cuando existen más presentan facetas. Su coloración es negruzca, de consistencia ya blanda, ya dura; en cuyo caso depende de su composición.

Los análisis de estos cálculos efectuados por Berlioz, Bulter, Pelet, Rochaz, etc., han demostrado que están formados por materia fecal y sales minerales sobre todo calcáreas, fosfatos, carbonatos de cal y trazas de sulfatos y cloruros, reunidos

estos diversos elementos en proporción variable, por el mucus que segregan sus paredes.

Estos cálculos se desarrollan, crecen lentamente en el canal apendicular, por la agregación sucesiva de nuevas capas de sustancia orgánica y mineral, disponiéndose en capas estractificadas, observadas en los cortes.

La forma de los cálculos, su tamaño y su disposición estractificada, indicio de un desarrollo lento, indican que solo pueden formarse en la misma cavidad de la apéndice y desautorizan lo dicho por Talamón de que estos cálculos (scybalos) se forman y se redondean en el cœcum para luego ser lanzados á la cavidad apendicular. Dificilmente se puede explicar como estas concreciones pueden penetrar, así formadas, por una abertura tan pequeña, provista además de la válvula de Gerlach.

La apendicitis obliterante determinada por un proceso agudo ó crónico, al decir de Le Dentu, Dieulafoy, Duplay, Reclus, es mucho más frecuente que la apendicitis calculosa y presenta la misma gravedad, síntomas y complicaciones.

En el proceso agudo la obliteración resulta de la tumefacción de la mucosa y sus paredes y en el crónico de una estrechez fibroide, progresiva de una parte de las paredes. Iguales síntomas y complicaciones tienen las apendicitis por torsión, flexión, etc.

La obliteración permanente ó pasagera del canal apendicular depende de la naturaleza del proceso que lo origina, y cualquiera que sea, el resultado es que la parte sub-adyacente á la obliteración se transforma en una cavidad cerrada.

Los microbios que ésta contiene, inofensivos al estado normal, como todos los microbios del intestino, colocados en un excelente medio de cultura, exaltan su virulencia y entrando luego en acción, prodúcese el ataque apendicular con todos sus accidentes y complicaciones, sin que para ello haya habido necesidad que las paredes desminuyeran su vitalidad.

Esta teoría fué pensada por Dieulafoy en su principio en vista de las experiencias efectuadas en 1895 por Klecchi.

Klecchi transformando experimentalmente una ansa intestinal en cavidad cerrada, vió producirse uno pululación de los microbios habituales del intestino que exaltando su virulencia determinaban una inflamación de sus paredes y consecutivamente una peritonitis.

Numerosas experiencias han confirmado sólidamente la teoría de Dieulafoy. Roger y Josué, practican la ligadura aséptica de la apéndice en un conejo respetando los vasos principales que la nutren. Después de algún tiempo sacrifican el animal y constatan que la parte situada por debajo de la ligadura, está transformada en una cavidad purulenta. Dedúcese de esta experiencia que basta encerrar los microbios de la apéndice para transformar los microbios inofensivos del intestino en agentes patógenos.

Las experiencias efectuadas por Rouville en 1896 confirman estas conclusiones.

Estas observaciones en las cuales se tiene el especial cuidado de respetar los vasos sanguíneos

de la apéndice y los casos numerosos de apendicitis obliterante por tumefacción ó retracción fibrosa de las paredes ponen en evidencia el error de Talamón que hace desempeñar un papel importante á la compresión de los vasos por el cálculo, sin atribuir á los microbios el verdadero rol que desempeñan.

Rouville en otras experiencias introduce en la cavidad de la apéndice de un conejo un tallo de laminaria y constata que los fenómenos apendiculares estallaban cuando la lámina la obstruía completamente convirtiéndola en una cavidad cerrada. Emplea luego sucesivamente tallos de vidrios, granos de plomo colocándolos en la luz de la apéndice sin que se manifiesten los síntomas de la apendicitis.

Luego la simple detención de cuerpos extraños ó de productos apendiculares no bastan como quiere Reclus para producir la apendicitis. Su teoría no permite explicar aquellos casos en los cuales la apéndice es ascendente, pues aquí la gravedad está en su favor, haciendo difícil la estancación.

Beaussenat tampoco consigue producir la apendicitis cuando solamente desminuye la luz de la apéndice. También se han efectuado estudios para conocer el grado de virulencia de los microbios contenidos en la cavidad cerrada.

Hartmam y Minot han comparado la virulencia de los microbios contenidos en la porción terminal obliterada con la porción permeable en relación con el cœcum.

En una y otra parte hallaron el colibacilo, pero

mientras los caldos obtenidos con el colibacilo proveniente de la porción permeable no han ejercido ninguna acción nociva en los cobayes inyectados, los caldos de cultura dados por el colibacilo de la cavidad cerrada se han mostrado muy virulentos matando en 36 horas un cobaye.

Dieulafoy y Caussade constataron en un caso de apendicitis obliterante agudo que poniendo en cultivos el colibacilo recogido en la parte libre del canal apendicular y haciendo con esos cultivos inoculaciones á cobayes, no se obtenían resultados. Al contrario las inoculaciones practidas con cultivos de colibacilos provenientes de la cavidad cerrada del mismo apéndice, produjeron abcesos, gangrenas, supuraciones generalizadas y la muerte de los animales. Experiencias en un todo de acuerdo con las afectuadas por Hartmam y Minot.

Además, la inoculación del líquido filtrado de cultivos de colibacilo, sacados de la parte libre de la cavidad apendicular no ha determinado ningún accidente. En cambio en tres cobayes inoculados con el líquido filtrado de los cultivos de colibacilos provenientes de la cavidad cerrada, dos murieron á los cinco y seis días después de la inoculación.

Los productos solubles segregados en la cavidad cerrada son, pues, tóxicos, mientras que los de la parte aún permeable de la apéndice parecen ser inofensivos.

En fin, de todas estas experiencias, resulta que la cavidad cerrada apendicular no solamente es un foco de infección, sinó también un foco de to-

xicidad. La apendicitis sería una enfermedad toxi-infecciosa.

Pero el terreno tiene un rol muy importante en lapatogenia de la apendicitis y nosotros pasaremos en revista las diferentes causas predisponentes ú ocasionales que han sido invocadas.

Roux, Dieulafoy, Talamon, Juffier, Jalaguier y Quenu, han señalado la influencia de la herencia que es innegable. La apendicitis ataca ciertas familias de preferencia. Pero las divergencias aparecen cuando se trata de interpretar esta influencia.

Dieulafoy hace notar que esta herencia se observa sobre todo en las familias donde reina la gota y el artritismo y hace entrar en ese grupo á la litiasis apendicular. Serían otras tantas manifestaciones posibles de la misma diatesis. Quenu habla en el mismo sentido.

Talamon invoca, para las apendicitis no calculosas, la persistencia en una misma familia de las malformaciones apendiculares congénitas.

La edad constituye una condición predisponente de primer órden. Se la observa en todas las edades, pero la juventud es atacada más amenudo que el adulto y éste más que el viejo. Según Fitz, el máximun de frecuencia sería de 10 á 25 años.

El sexo masculino, aparece en las estadísticas dando el mayor contingente.

Los trastornos intestinales, la constipación (Talamón), el régimen alimenticio, las comidas abundantes, parecen tener una cierta influencia en su producción. Según Roux y Gobaboff, estas influencias generales son, puede ser, la explicación de la

apendicitis epidémica de las cuales refieren ejemplos.

Se ha invocado aún el enfriamiento y el traumatismo.

En el caso núm. VIII parece que existe esta relación de la apendicitis y el traumatismo.

Las fatigas excesivas, los ejercicios violentos son aún invocados como causas predisponentes de la apendicitis, ellos obrarían disminuyendo la resistencia orgánica, preparando el terreno para la infección.

V

El grado de virulencia de los microbios encerrados en la cavidad apendicular y de la toxicidad de los productos elaborados, influyen grandemente en la manifestación de los accidentes apendiculares. Si la naturaleza por medio de los fagocitos consigue destruir esta virulencia y producción de toxina, las lesiones de la apéndice serán insignificantes. En caso contrario las lesiones serán mayores, pudiendo continuar la infección aún cuando la permeabilidad se haya restablecido. La apendicitis rara vez se inicia con prodomos, lo común es que aparezca bruscamente, en medio de una salud perfecta, sin que nada anteriormente lo hiciera sospechar.

El enfermo es atacado bruscamente de un dolor que jamás falta, dolor extendido al principio en todo el abdómen con localización máxima al rededor del ombligo y el epigastrio; no difiere del dolor

ordinario de los cólicos abdominales. Muy pronto, á veces desde el principio, se localiza en la fosa ilíaca derecha, dolor aumentado por una presión leve y muy especialmente en el punto de Mac-Burney.

El dolor es el síntoma más importante y que verdaderamente tiene un gran valor diagnóstico.

Este cólico abdominal sería el resultado de un acto reflejo, cuyo punto de partida estaría en el apéndice. Las toxinas elaboradas en su cavidad por los microbios exaltados en su virulencia, actuarían sobre las terminaciones nerviosas las que transmitirían la excitación al plexo mesentérico superior, produciendo el reflejo.

Disminuyendo, á las pocas horas, la intensidad del reflejo, el dolor se localiza en el punto donde el estímulo es contínuo, es decir, en la fosa iliaca derecha, en el punto que corresponde á la apéndice; pero aún de cuando en cuando suelen aparecer los cólicos abdominales muy atenuados y espesados. El dolor es más ó ménos intenso; depende de la gravedad del ataque.

Se acompaña, casi siempre de náuseas y vómitos alimenticios ó biliosos, debido á movimientos antiperistálticos ó contracciones del estómago, cuyo punto de partida sería también la irritación tóxica de la inervación simpática de la apéndice.

En ocasiones los vómitos son fecalóides, é indican que el proceso comprende todo el intestino y solamente el estómago ó el duodeno cuando son alimenticios ó biliosos.

El enfermo toma la posición decúbito-dorsal, está inmóvil con los muslos semi-plegados sobre el abdó-

men, Los músculos abdominales fuertemente contraídos, limitan los movimientos abdominales y obligan á que la respiración sea exclusivamente toráxica.

Aparece casi contínuamente la constipación y el timpanismo abdominal; resultado de la paresia intestinal que se establece consecutivamente al dolor.

Palpando el abdómen se constata una rigidez de los músculos abdominales, así como cierta hiperestesia que dificulta grandemente la exploración, en su principio á lo menos.

Se encuentra en ocasiones un pequeño tumor alargado, en la fosa iliaca derecha, del tamaño de un dedo grueso, dando la idea no del cœcum sinó de la apéndice tumefacta y espesada.

No siempre se acompaña de fiebre y cuando aparece llega á tener 38° á 39° de temperatura. Este tipo clínico que acabamos de describir, sería según Talamón, el cólico apendicular. Ahora, bien, no hay tal cólico, porque los cálculos no pueden pasear por el canal apendicular, se forman en situ y aumentan progresivamente. Aún más, el dolor, síntoma importante, se observaría también en los casos tan frecuentes de apendicitis obliterante y por torsión, flexión, en los cuales no hay ningún cálculo que circule por el canal de la apéndice.

« Estos dolores de las primeras fases de la apen-
« dicitis, dice Dieulafoy, así como los síntomas,
« tensión abdominal, defensa muscular, estado nau-
« seoso, constipación, vómitos alimenticios y bi-
« liosos, son la consecuencia de la transformación
« del canal apendicular en cavidad cerrada y de
« la toxi-infección que le sigue. Ocurre en la apén-

« dice, lo que pasa frecuentemente en la caja del « timpano transformada en cavidad cerrada por « obstrucción de la trompa de Eustaquio. Desde « el momento que la trompa de Eustaquio está obli- « terada, los microbios del oído medio, exaltan su « virulencia; la otitis aguda se constituye estallan- « do con ella esos dolores muchas veces tan vio- « lentos que irradian en diversos sentidos. La oti- « tis termina amenudo sin perforación del tímpano « y sin otros accidentes, siendo suficiente para « esto, que la trompa de Eustaquio se haga per- « meable, artificial ó naturalmente. El obstáculo, « una vez quitado el libre derrame de los productos « infecciosos suprime los peligros de la cavidad ce- « rrada. Pero si la obstrucción persiste, los micro- « bios aprisionados en la cavidad, exaltando su vi- « rulencia, pueden producir todos los accidentes. « Se producen, la perforación del tímpano análoga « á la perforación de la apéndice; la flebitis del seno « lateral y de la vena yugular, análoga á la flebitis « apendicular; la meningitis tan frecuente en los « niños análoga á la peritonitis apendicular; los « abcesos del cerebro y aún los abcesos á distancia « en el hemisferio cerebral del lado opuesto y en « otras regiones análogas á los abcesos á distancia « y á los abcesos del hígado tributarios de la apen- « dicitis.

Los accidentes son, pues, absolutamente análogos en la otitis aguda y en la apendicitis. Luego es la cavidad cerrada, su infección, que determinan los dolores abdominales, las náuseas, vómitos, contractura muscular refleja, así como los

síntomas de depresión y collapsus. Así queda constituído el ataque apendicular.

En muchos casos termina favorablemente. Al cabo de varios días, con vómitos más ó menos frecuentes, de síntomas dolorosos, de fiebre moderada ó nula, la constipación va disminuyendo, la fosa iliaca es menos sensible, la pared menos tendida, el plano muscular se defiende menos, en fin, la calma se establece paulatinamente y el enfermo cura de su ataque de apendicitis, curación que puede ser definitiva sin recidivas ulteriores.

Sin embargo, no siempre la evolución es tan favorable. La resolución inflamatoria se hace muy lentamente, la apéndice, después del período muy agudo del principio, es sentida durante mucho tiempo en la fosa iliaca derecha bajo la forma de un pequeño tumor del tamaño de un dedo, poco movible, sensible á la presión. La convalescencia es muy larga y el enfermo guarda por mucho tiempo el recuerdo de su apendicitis, queda algo constipado, las lesiones del apéndice evolucionan lentamente al estado crónico, rodeado de bridas peritoneales que le causan á menudo lijeros dolores abdominales.

Estas apendicitis mal apagadas, tienen en ocasiones nuevos accesos agudos, recidivan, por haberse producido una poussée inflamatoria, una nueva infección de sus paredes. Estas se repiten más ó menos frecuentemente, concluyendo á veces por producir una peritonitis enquistada, un abceso; terminación bastante común de estas formas de apendicitis.

Si los síntomas del ataque apendicular continúan acentuándose, suele producirse, según la gravedad del caso, al cabo de siete á quince días en la fosa iliaca derecha un tumor aparente, un empastamiento profundo, consistente, doloroso á la presión, fijo, formando una masa, producto de una peritonitis enquistada, localizada, por propagación de la infección ó por perforación lenta de las paredes.

Los fenómenos de reacción general aumentan, acentuándose á su vez los de la fosa iliaca derecha. El tumor se hace más evidente, más claro, pudiendo sentirse, á veces á la palpación la fluctuación.

Roux compara la impresión del tumor recibida á la palpación á «una sensación de resistencia semejante á la que dá un cartón mojado en agua caliente y reblandecido». Sentida esa sensación, Roux deduce la formación de pus y aconseja la intervención quirúrgica, la que se impone cuando la fluctuación es manifiesta.

Estos fenómenos generales y locales permiten diagnosticar la apendicitis sub-aguda con peritonitis localizada ó abceso peri-apendicular.

Cuando la inflamación del apéndice es de una marcha rápida ó se perfora ésta, se produce prontamente una peritonitis generalizada.

En esta forma de apendicitis muy rara, los vómitos primeros alimenticios no tardan en ser biliosos, verdosos y porráceos. Este síntoma unido á la hinchazón del vientre, á veces excesiva, y á los vómitos fecaloides hacen pensar en un extran-

gulamiento interno. El estado general se agrava progresivamente, el enfermo, fatigado, agotado, cae en un estado de postracción profunda. La cara se altera, sus rasgos se estiran. los ojos se hunden, rodeados de un círculo oscuro, su cuerpo se cubre de un sudor frío y viscoso. El vientre está muy doloroso, el pulso se pone pequeño, filiforme, el hipo aparece. Muere el enfermo después de 4 á 8 días, término medio, de evolución durante los cuales la temperatura se eleva á 39° y 40°.

Determinadas las formas de apendicitis, estaremos en condiciones para esbozar su diagnóstico que en ciertos casos presentará en la práctica grandes dificultades.

Por espacio de mucho tiempo las afecciones del cœcum han sido confundidas con las del apéndice. En la *tiflitis* los síntomas generales, aunque menos graves, tienen puntos de semejanza con los de la apendicitis; el tumor es menos limitado, conservando siempre su forma cilíndrica. Pero el principio de la tiflitis verdadera primitiva, es más lento, progresiva, hace continuación á la cropostacia, emplea varios días para llegar á un estado confirmativo. El carácter de los síntomas generales son mucho menos marcados que en la apendicitis.

Si la inflamación sobrepasa los límites de las paredes cœcales, si se produce peritiflitis por propagación ó perforación, el diagnóstico será entonces de los más difíciles y á veces imposible sin conmemorativos. Pero aquí un diagnóstico dife-

rencial importa poco en ese momento, puesto que en los dos casos, el cirujano se halla en presencia de un abceso y su conducta será la misma cualquiera que sea el punto de partida de los accidentes.

El abceso ó flegmón profundo de la pared abdominal no puede prestarse á confusión.

La apendicitis puede confundirse con una ovaritis ó salpingitis del lado derecho. Richelot ha sacado un apéndice inflamado cuando creía hallar una inflamación de esos órganos, error que se explica fácilmente por los desplazamientos de la apéndice ileo-cœcal. Para diagnosticarla debemos tener en cuenta que las lesiones apendiculares son relativamente raras en la mujer. Presentarían algunos síntomas comunes: tumor doloroso de la fosa iliaca derecha, septicemia en caso de supuración, trastornos urinarios y gástricos. En cambio el principio del tumor del ovario ó de la trompa es gradual. provoca un dolor constante, la tensión de las paredes abdominales no es tan acentuada y el tumor estaría situado más bajo y adentro. Por el tacto vaginal se sentiría el ovario ó la trompa gruesa y dolorosa y se verificarían sus conexiones con el útero.

La psoitis se diferencia por estar el dolor situado profundamente, el muslo llevado hácia dentro en flexión sobre la cadera: no hay tumor verdadero.

El cólico hepático se caracteriza por el dolor muy intenso, contínuo ó intermitente, situado al nivel del hipocondrio derecho ó del epigastrio, por sus irradiaciones al dorso, al hombro derecho y la aparición del tinte ictérico.

El diagnóstico con el empiema de la vesícula biliar es, dice Deaver, Dieulafoy, así como con el cólico hepático en ocasiones, sumamente difícil.

El empiema de la vesícula biliar, mientras no existan adherencias, se reconocerá en que la vesícula distendida sigue los movimientos respiratorios. Por el contrario, es difícil distinguir la ruptura del empiema de la de un abceso apendicular. El diagnóstico se basará en lo posible, en los antecedentes y en la tensión de la parte superior del músculo recto abdominal del lado derecho. Hay que recordar siempre. que en la apendicitis el punto de mayor sensibilidad, está situado en el medio de una línea extendida del ombligo á la espina iliaca antero superior derecha, mientras que en las afecciones de las vías biliares el punto más sensible corresponde habitualmente á la unión de los dos tercios superiores con el tercio inferior de una línea trazada del ombligo al cartílago de la novena costilla.

El cólico nefrítico es más fácil de distinguirlo de la apendicitis. El enfermo tiene dolor lumbar que se atenúa á la presión, si irradia á lo largo del ureter, aliviándose por la micción; el testículo se retrae: no hay tensión de la pared abdominal, ni empastamiento de la fosa iliaca derecha, y la orina presenta modificaciones características.

Las histéricas pueden presentar un cuadro de síntomas que simulan perfectamente la apendicitis. Los estigmas histéricos permiten diferenciarlos.

La peritonitis apendicular ha sido confundida, dicen, con una oclusión intestinal. Deberemos

recordar que en la peritonitis apendicular generalizada, la dilatación, el timpanismo del vientre son menos considerables, que el metorismo es igual en todas las regiones del abdomen, que la fiebre se instala desde el principio, mientras que en la oclusión intestinal, los accidentes son marcados por la hipotermia, la fiebre luego es mucho menos violenta, el timpanismo está repartido desigualmente en el abdomen y no se expulsa por el ano ni gases ni materias fecales.

La peritonitis consecutiva á lesiones de otros órganos será reconocida por el estudio de los antecedentes.

En fin, las colecciones purulentas de la apendicitis deberán ser diferenciadas de los abcesos de la región en particular de los abcesos perinefríticos.

VI

Cualquiera que sea la benignidad actual de la laparotomía general ó parcial, parécenos excesivo, como lo preconizan algunos cirujanos, establecer como regla la abertura del vientre para toda crísis de cólico abdominal seguida de un dolor vivo en la fosa iliaca derecha. Si sólo juzgamos por ciertas estadísticas, esta intervención prematura sería racional, pero fijándose bien vemos que eran apendicitis particularmente graves.

No debemos olvidar que frecuentemente las apendicitis han curado por un tratamiento médico.

Además la gravedad del caso depende de la forma de apendicitis que se presenta.

La forma de peritonitis generalizada es naturalmente la más grave, pero no tan frecuente como se afirma.

No es necesario acumular cifras para demostrar en esos casos la necesidad de operar. El deber del cirujano está netamente trazado, la laparotomia inmediata es la única probabilidad de vida que queda al enfermo: ella se impone.

No está ahí la más gran dificultad. Si todos los autores están de acuerdo sobre ese punto del debate, las divergencias aparecen cuando se trata de trazar los límites de la intervención en las otras formas de apendicitis.

Si se pudiera prever al principio la gravedad probable y la marcha ulterior de la afección, el problema sería de los más simples. De manera que uno se encuentra en presencia del dilema siguiente: ó bien operar inmediatamente, conforme el diagnóstico de apendicitis se establece como lo hacen los cirujanos americanos especialmente, y entonces se corre el riesgo de hacer una operación en suma bastante grave, por una afección que habría curado perfectamente por medios médicos; ó bien esperar para operar que los accidentes se declaren, y entonces puede caerse sobre una apéndice necrosado y perforado, acompañado de peritonitis enkistada ó generalizada.

En presencia de las divergencias de los autores y de las cifras estadísticas contradictorias que proveen, en presencia, sobre todo, de los casos relati-

vamente numerosos de apendicitis curados expontáneamente por resolución ó evacuación del pus, después de intervención médica ó quirúrgica; creemos que en la apendicitis aguda simple se deberá emplear el tratamiento médico, en todo tiempo preconizado contra esta afección y la intervención quirúrgica inmediata y sin retardo debe ser dada como regla general en las formas de abceso localizado, peritonitis enkistada y peritonitis generaiizada.

El enfermo que tenga un abceso intra ó subperitoneal consecutivo á una apendicitis, puede vivir más ó menos tiempo.

Depende de la agudeza del proceso y del volúmen de la colección purulenta su reabsorción y desaparición completa.

En general, el paciente sufre, está imposibilitado para todo trabajo, y en los casos menos graves es comparable á las mujeres atacadas de afecciones crónicas de los anexos del útero.

La situación del enfermo es grave, á cada instante su vida está amenazada, luego es necesario librarlo del foco purulento con el cual la vida es incompatible.

Los peligros á que expone la operación son menores que los que provienen directamente de la lesión dejada en su sitio. Las observaciones de curación se multiplican cada día y se calculan en un 87 por 100.

Las dificultades serán siempre menores que aquellas que no detienen al cirujano en ciertas salpingectomías.

En resúmen, deberemos quitar la bolsa purulenta ó á lo menos abrirla ámpliamente y drenar. La cirugía obra de esta manera en todos los otros órganos. La apéndice, si se presenta en el campo operatorio, deberá ser resecado y no ir á buscarlo cuando existen adherencias, pues se corre el peligro de producir una infección general del peritoneo.

¿En qué momento debemos ir en busca del abceso? Hasta hace algunos años, los cirujanos esperaban para intervenir que el pus punteara en la pared abdominal, por encima del arco de Paupart; durante este tiempo el enfermo podía sucumbir, y morían, en efecto, á menudo.

La lógica y los autores con ella, parecen estar de acuerdo hoy día para aconsejar la intervención prematura. Desde el momento que se sienta la fluctuación profunda, desde que se encuentre en la región iliaca la tumefacción dolorosa y empastamiento del abceso peri-apendicular, se obrará sin retardo.

Roux en veintiún casos de abcesos peri-apendiculares, tratados algunos medicalmente, ha tenido seis curaciones incompletas, de los cuales, uno con fístula persistente, ocho con enorme abceso de la pelvis y cuatro sujetos á recidivas; nueve veces la terminación por peritonitis, curando uno por operación y ocho murieron: en los otros seis casos hizo incisión iliaca en busca del foco purulento; las seis veces había pus y los seis enfermos curaron. Al respecto, Roux, dice: «Como la medicina « interna no posee ningún medio eficaz para impe- « dir seguramente la perforación del abceso en el

« peritoneo, yo aconsejo la intervención inmediata « una vez diagnosticada. »

Reclus aconseja también la incisión rápida en estos casos.

Por lo que concierne á la apendicitis á recaídas, seremos breves. Es un hecho observado que la mayoría de los que sucumben á los accidentes apendiculares, tienen casi todos antecedentes de ataques de apendicitis. Algunos mueren al segundo ó tercer ataque si no se interviene quirúrgicamente. Suprimiendo en esta forma de apendicitis la causa del mal, se obtendrá la curación definitiva. Treves, Kraff, Deaver, Reclus y otros recomiendan todos la operación.

Esta podrá ser hecha en el intérvalo de los accidentes; el cirujano, no encontrando pus, no riesga infectar el peritoneo; tendrá solamente que luchar contra las adherencias á veces bastante sólidas y exindir la apéndice.

VII

Según la forma de apendicitis el modo de tratamiento varía: trataremos de estudiarlo en cada uno de ellas.

1° *Apendicitis simple, en su principio.*—Hemos rechazado para la mayor parte de estos casos, junto con algunos cirujanos, el tratamiento quirúrgico, á lo menos en los primeros días, al principio, cuando no han aparecido aún los signos que exigen una operación y sobre la cual hemos ya hablado. Aquí la medicina recobra sus derechos.

En este tratamiento uno se esfuerza de facilitar la reabsorción de los productos inflamatorios ó favorecer la formación de adherencias que impidan la invasión brusca de la infección á la serosa peritoneal.

Para conseguir este efecto, nos parece que ante todo debe procurarse la inmobilización del intestino.

Al respecto, luego, hay que rechazar el empleo de los purgantes. Algunos quieren combatir la constipación que acompaña tan á menudo esta enfermedad, y olvidan que esta constipación, causa ó efecto del accidente, es por el momento un estado saludable que se debe respetar.

Dicen que librando al intestino de su contenido, se facilita la descongestión del órgano y se disminuye la infección intestinal, se hace su antisepsia. Es muy cierto y existen curaciones obtenidas por este medio, pero no debemos olvidar que las estadísticas están en favor de aquellos en el cual el tratamiento ha tendido á inmovilizar el intestino. No hay que confundir el tratamiento de la enteritis con el de la apendicitis. Luego los movimientos del intestino siendo el agente esencial de la marcha de las materias fecales, y debiendo, por consiguiente, favorecer la perforación é infección peritoneal, será necesario, creemos, detener esos movimientos ó á lo menos disminuir su fuerza y frecuencia prescribiendo ópio.

El ópio al mismo tiempo calma al enfermo. Tranquilidad favorable que debe ser buscada.

Se administra de 15 á 30 centígramos de ópio,

por dósis de 1 á 2 centígramos más ó menos, espaseadas según la disminución del dolor, el estado de la pupila y la abundancia de las orinas.

Se ha empleado también la revulsión bajo todas sus formas. Estas diversas prácticas son de una eficacia contestable, además por su acción sobre la piel pueden dificultar la intervención operatoria, si se hace necesaria.

Acompañará á la administración del ópio, la aplicación de hielo, permanentemente sobre el punto doloroso borrado en la fosa iliaca. Tiene la ventaja de disminuir el dolor y obligar el reposo en el decúbito-dorsal.

El enfermo debe hacer el mínimum de movimientos y será sometido á dieta.

En resúmen, el tratamiento médico de la apendicitis puede reducirse así: reposo en cama, dieta, empleo del ópio á altas dósis, vejiga de hielo.

Cuando la calma se haya establecido, la alimentación será sóbria, de alimentos muy digestivos. Se emplearán las enemas ó los purgantes, si el enfermo no defeca expontáneamente y borrado cuando no haya ningún síntoma alarmante.

Practicado así, el tratamiento médico, preconizado por Roux, Talamon, Monod, Legueu, Treves y la mayor parte de los cirujanos ingleses, da muy amenudo más de lo que se piensa, excelentes resultados, sea para obtener la curación completa, sea para favorecer la intervención quirúrgica.

Se ha hecho una objección seria á los partidarios del tratamiento. Que después de una curación completa en apariencia, algunas lesiones persisten

en la apéndice y alrededor de él, que favorecen la producción de una nueva crísis. Nosotros, y todos, podemos decir que la recaída no es siempre fatal, que la intervención quirúrgica, como es habitualmente practicada, no suprime siempre la apéndice y, por consiguiente, ella no pone tampoco el enfermo al abrigo de nuevas crísis. Lo esencial es hacer frente al peligro actual, sin pensar tanto en lo porvenir. Después se tendrá tiempo de decidir si se reseca ó no á frío la apéndice.

Pero siempre debemos estar á la espectativa, prontos á intervenir siguiendo las indicaciones del momento.

2º *Apendicitis supurada.*—Si las primeras tentativas han fallado y aparece esta segunda forma, entonces hay que hacer una terapéutica activa. A una afección quirúrgica, se debe oponer un tratamiento quirúrgico. La única capaz de dar un resultado satisfactorio, sin esperar la presencia netamente percibida de pus, teniendo presente simplemente los signos racionales de su formación: es necesario incindir, abrir ámpliamente y temer siempre de no intervenir á tiempo.

Antes de empezar los medios para descubrir el pus, debemos preguntar si en los casos dudosos estamos autorizados, como lo han hecho muchos cirujanos, hacer al nivel del abceso sospechado punciones exploradoras. Muchos cirujanos han respondido por la afirmativa. Nosotros creemos como muchos otros que es una práctica eminentemente peligrosa: ella puede infeccionar el peritoneo que tendrá que atravesar si adherencias no se han es-

tablecido entre la pared y el peritoneo peri-apendicular ó cœcal; la aguja puede atravesar el intestino y muchas veces no sacar pus, cuando este es muy poco ó repartido en varios abcesos distintos, pequeños.

En los casos dudosos y sirviéndonos de guía la existencia del tumor, considerado como indicio de supuración, creemos como muchos otros, que debe conducirse como si se estuviera seguro de la presencia de pus.

¿De qué manera y cómo podemos llegar sobre el abceso?

Cuando el abceso hace proeminencia en la pared por encima del ligamento de Poupart, es suficiente hacer una incisión simple por encima del arco, seguido de drenaje y lavajes.

Es para los casos de abcesos limitados al rededor del cœcum, de la apéndice ó de peritonitis circunscriptas en el mismo punto que los cirujanos han buscado la mejor vía, la más fácil y segura.

Para estos casos todos los cirujanos rechazan la incisión mediana que siempre abre la cavidad peritoneal y que rara vez da campo suficiente para limpiar bien la fosa iliaca y resecar la apéndice amenudo adherente.

Se prefiere la incisión lateral: por ella se llega directamente sobre el abceso, permite amenudo no abrir la cavidad peritoneal, disminuyendo así las probabilidades de infección.

Dos incisiones han sido propuestas: la de la ligadura de la iliaca externa y la de la iliaca primitiva.

La incisión de la iliaca externa permite evitar con seguridad el peritoneo, pero tiene el inconveniente de limitar mucho el campo operatorio, cuando se trata de casos en que hay varios abcesos pequeños ó está profundamente situado ó cuando se quiere resecar la apéndice, Reclus, Roux, Legueu, Monot prefieren hacer la incisión en la parte media de la fosa iliaca derecha, en el punto más proeminente. Hacer la incisión de la ligadura de la iliaca primitiva. La observación en efecto, prueba que en la inmensa mayoría de los casos se ha abierto por esta incisión el foco principal y se ha caído á veces, sobre la apéndice que se ha resecado con facilidad.

Este procedimiento expondría, puede ser, más á la abertura de la cavidad peritoneal, pero en la gran mayoría de los casos, las adherencias son suficientemente extendidas para que dicha incisión no la abra.

Esta incisión llamada de Roux es la que se hace más comunmente: se hace la incisión de la arteria iliaca primitiva prolongada sensiblemente hacia á fuera, hacia la región lumbar, de una longitud de 15 á 18 centímetros; pues se deberá operar profundamente. Se corta hasta llegar al peritoneo, se incinde éste con cuidado y en algunos casos ya da salida al pus. Luego se busca las cavidades secundarias que puedan haber para ponerlas en comunicación, con el abceso abierto ó con la abertura simple. Abierto el abceso y evacuado se lava y se drena.

La apéndice será resecado cuando éste se presen-

te fácilmente. Si las adherencias son resistentes ó no se la encuentra, todos aconsejan, se le deje en su sitio.

Esto nos parece perfectamente racional, pues se evita que con las exploraciones y rupturas, se haga una probable infección general del peritoneo.

En el supuesto que no se descubra el abceso, es prudente hacer lo que aconseja Quenu, Gerster en los casos que el abceso está profundamente situado y se ha abierto la cavidad peritoneal, proteger las partes con gasas y luego habrá todas las probabilidades que se vacíe en la herida más bien que en el peritoneo.

3º *Apendicitis á recaídas crónicas.* — En las poussée agudas se la considera como la apendicitis simple, y si hay supuración se la trata como una apendicitis supurada.

Todos los cirujanos están de acuerdo en aconsejar en estos casos la resección de la apéndice á frío. Se hace la incisión de Roux ó Jalaguier, llegado á la cavidad peritoneal, se busca la apéndice, encontrado con más ó menos facilidad es resecada á 1/2 centímetros de su ligadura, cauterizándose el muñón.

Con ayuda de catguss se aplican sus bordes.

4º *Apendicitis complicada de peritonitis generalizada.*—El tratamiento de esta forma no tiene nada de especial.

Sin perder un instante, pues, las horas del enfermo están contadas, el cirujano hará la laparatonia por medio de una incisión mediana, única incisión que permite explorar toda la cavidad perito-

neal, librarla de los cuerpos extraños que ella pueda contener, en fin y sobre todo desinfectarla por medio de lavages con agua hervida ó boricada.

En estos casos la apéndice estando casi siempre perforado, esfacelado, no puede pensarse aun en los casos los más favorables, obliterarlo por sutura la perforación, los bordes están muy friables, para que la sutura preste utilidad. La apéndice deberá ser quitado todo entero. Tal es la opinión de la mayor parte de los cirujanos. Sin embargo, algunos prefieren, máxime si hay predominio de síntomas locales, hacer la incisión lateral derecha, y si hay alguna duda sobre la generalización de la infección. Al mismo tiempo se levantarán las fuerzas del enfermo con ayuda de excitantes diversos.

CONCLUSIONES

La apendicitis puede presentarse bajo cuatro formas principales, que requieren su tratamiento respectivo:

1° Apendicitis aguda simple.
2° Apendicitis supurada.
3° Apendicitis con peretonitis generalizada.
4° Apendicitis crónica á recaídas.

1° En la apendicitis aguda simple, el tratamiento al principio será médico; pero el cirujano se mantendrá en una espectativa muy armada pronto á intervenir á la primera indicación seria.

2° En la apendicitis supurada la intervención quirúrgica se impone; lo más prematuramente posible. La incisión se hará en la fosa iliaca derecha sin ir en busca de la apéndice, si se presenta resecarlo. Evacuar el pus.

3° En la apendicitis con peritonitis generalizada la laparotomia, lo más amenudo mediana, deberá ser hecha lo más pronto posible, con resección de la apéndice.

4° En la apendicitis crónica á recaídas, la intervención se impone también si hay supuración y á frío se aconseja la resección de la apéndice. La incisión será lateral derecha.

Antes de terminar permítaseme manifestar mi agradecimiento á todos los que con sus consejos y enseñanzas científicas han contribuído á hacerme más fácil este trabajo modesto y á mi padrino de tesis Doctor Telémaco Susini por el honor que me dispensa acompañándome en este acto.

Buenos Aires, Agosto de 1898.

FRANCISCO DARBON.

OBSERVACIONES

I

José Camaño, 19 años, español, soltero, panadero, entra á la casa de Aislamiento en Enero 25 de 1898.

Este enfermo, cuyos antecedentes hereditarios son buenos, manifiesta que anteriormente después de las comidas, sentía dolores en la fosa iliaca derecha y que estos algunas veces eran seguidos de vómitos y que entonces quedaba bien.

Hace 4 días después de comer siente dolores en la misma región, sumamente intensos, acompañados de un estado nauseoso con vómitos una que otra vez. A la noche grandes dolores de cabeza, temperatura, calambres en el miembro inferior y una sensibilidad tal del vientre que no podía soportar el peso de las sábanas. Ligera constipación.

Al ingresar á la casa presenta un aspecto sumamente anémico, piel fría, con persistencia del pliegue de la piel, diarrea abundante, gran postración y los demás síntomas anteriormente citados. Pulso pequeño y rápido. Fosa iliaca sumamente dolorosa con un punto de localización máxima, timpanismo exagerado, casi no se puede palpar. Se le hace inyecciones de cafeína. Toma un baño ca-

liente de 35°, se aplica hielo en el vientre y toma 0,50 centígramos de calomel que le producen dos deposiciones. Tiene 38° de temperatura. En la noche insomnio continuo á causa del dolor.

Al día siguiente se le administra 0,02 centígramos de ópio cada 2 horas, que ha seguido tomando hasta el 31 de Enero.

Día 27. Continuase aplicando el hielo, el dolor va disminuyendo.

Día 29 y 30. Enema de 400 gramos (agua y glicerina.) La temperatura 37°, ya no hay dolor.

Día 31. Se suspende todo tratamiento, no hay dolor, temperatura normal.

Febrero 1°. Empieza á comer y el enfermo se siente cada día mejor y es dado de alta en Febrero 4 del 98 con sus funciones digestivas normalizadas.

II

Luis Alfredo Labiel, 17 años, argentino, soltero, jornalero, entra á la Casa de Aislamiento en Febrero 5 de 1898.

Antecedentes hereditarios é individuales. Buenos.

Hace 4 días después de trabajar y traspirar mucho sintió repentinamente una puntada muy fuerte en la fosa iliaca derecha que persistió sola como dos horas y luego se generalizó á todo el vientre. Hizo cama, sus dolores aumentaban continuamente, quería defecar y no podía. Así pasó dos días y dos noches con insomnio y fiebre, hasta que el tercer día llega á Buenos Aires.

Los dolores á su entrada al Hospital, persisten. Presenta el vientre bien redondeado y levantado, dolores en cualquier punto que se le toque, pero sobre todo en la fosa iliaca derecha. Hay timpanismo marcado, mucho más al nivel del colon transverso y descendente donde hay gorgoteo. No tiene vómitos, ni hubo. Tiene 39° de temperatura que á los dos días de entrar llega á su normal continuando esta así hasta el fin.

Se le aplica hielo al vientre. Toma un baño caliente de 35° y calomel 0,50 centígramos; produciéndose cuatro deposiciones.

Día 6. Continúa el hielo al vientre, se dá ópio 0,02 centígramos cada 3 horas, 38° de temperatura, dolor más atenuado. Día 7. Opio y hielo. Día 8. Opio y hielo y un enema de 400 gramos (agua y glicerina). Día 9. Opio y hielo, el dolor ha desaparecido. Día 10. Se suspende todo tratamiento, no manifiesta ningún dolor á la palpación no se percibe nada en la fosa iliaca derecha. En los días siguientes la mejoría se acentúa rápidamente y sale de alta curado el 16 de Febrero de 1898.

III

Vicente Damián, 37 años, italiano, casado, zapatero, entra á la Casa de Aislamiento el 21 de Febrero de 1898.

Hace 15 días sintió en la fosa iliaca derecha un dolor que en la noche desapareció. A los dos días apareció de nuevo, extendiéndose á todo el abdomen; los dolores no eran muy fuertes y no le impe-

día trabajar. Se apercibe que cuando quería defecar no podía. En los días siguientes los dolores aumentaron, tuvo vómitos, fiebre, el vientre algo hinchado, hubo deposiciones.

Presenta á su entrada, el vientre sumamente timpanizado; doloroso á la presión, especialmente en el punto de Mac-Burney. No tiene vómitos hay cefalea, temperatura 39°.

A la palpación se nota en la fosa iliaca derecha una pastosidad muy pequeña algo alargada.

Se le aplica hielo en la fosa iliaca derecha. Toma calomel 0,50 centígramos y se le dá un enema de 500 gramos (agua y glicerina). Tiene tres deposiciones y la temperatura baja á la normal.

Día 23. Hielo al vientre, continúa. Día 24 la temperatura vuelve á 39°. Se le dá un enema de 500 gramos. A la noche la temperatura desciende á la normal, el dolor ha disminuido. Día 27. Se retira el hielo, se suspende el tratamiento; no hay dolor; las deposiciones son periódicas. El enfermo sigue mejorando y es dado de alta curado, 2 de Marzo de 1898.

IV

Rita Resabal, 13 años, argentina, soltera, entra á la Casa de Aislamiento el 8 de Marzo de 1898.

Sin antecedentes de importancia. Hace 5 días sintió repentinamente en la fosa iliaca derecha, un dolor agudo, acompañado de vómitos. No ha movido el vientre desde hace tres días.

Se nota á la palpación en la fosa iliaca derecha,

una lijera pastosidad, pequeña, alargada, muy dolorosa á la presión. El resto del abdomen timpanizado y en la fosa iliaca derecha una sub-matitez. Temperatura 39°. Hay un estado nauseoso muy marcado; al tomar una taza de leche tuvo un vómito que no se ha repetido. El dolor es perfectamente localizado en la fosa iliaca.

Se aplica hielo en la fosa iliaca dolorosa; toma 0,40 centígramos de calomel y se le da un enema de 400 gramos que producen dos deposiciones de 1 1/2 litro en todo, con partículas sólidas. Día 9. Enema de 500 gramos; deposición de un litro descontando la enema. El dolor es menos fuerte.

Día 10. Enema de 500 gramos se producen 4 deposiciones, temperatura 38°.

Día 11. Enema 500 gramos, varias deposiciones. Temperatura 38°.

Día 12. Temperatura 37 1/2°, el dolor ha desaparecido, se retira el hielo. A la noche 37°.

En los días siguientes la temperatura continúa normal, el dolor no aparece. La palpación de la fosa iliaca derecha no da nada; las deposiciones se hacen diariamente; renace el apetito y sale curada el 18 de Marzo de 1898.

V

Constantino Carmelo, 22 años, argentino, soltero, idóneo de Farmacia, entra á la Casa de Aislamiento en Mayo 12 de 1898.

Antecedentes. Buenos. Empezó su enfermedad hace 3 días con dolor peri-umbilical que se irradia-

ba hacia todos los lados y á gran distancia. Estos dolores eran continuos y no han cesado aún. No ha movido el vientre desde que ha empezado la enfermedad. Hace dos días tiene vómitos. Ha tomado un purgante de calomel que no le ha hecho nada. Tiene borborismos á lo largo del colon ascendente por arriba de la fosa iliaca derecha, en el transverso y descendente. Por la palpación se nota en la fosa iliaca derecha cierta resistencia de las paredes abdominales que dificulta la exploración y que da la sensación de un cuerpo duro. En esa se localiza el dolor máximo. Por la percusión se nota relativa obscuridad. Hay temperatura, 38°. Al entrar se le aplica hielo en la fosa iliaca derecha. A la noche se le hace un enema de 500 gramos que lo mantiene cinco minutos, produciéndose dos deposiciones de una sustancia verdosa, con grumos en suspensión y bastante mucus. Tuvo un vómito bilioso. Se le alivia mucho el dolor.

Al día siguiente á la mañana se le hace otro enema de 500 gramos y defeca como 1 litro de la misma deposición anterior. La temperatura desciende á 37°. El dolor ha disminuído mucho más. A las 11 a. m. tiene un vómito. A las 6 p. m. toma calomel 0,50 centígramos. Se le saca el hielo, durmiendo bien durante la noche.

Día 14. Presenta un lijero tinte ictérico y vómitos biliosos. Se coloca de nuevo el hielo. La temperatura llega á 38°,6. El dolor muy disminuído.

Día 15. Temperatura normal. El dolor persiste, atenuado.

Día 16. Temperatura 39°. Gorgoteo generalizado del colon. Enema 500 gramos, hay deposiciones.

Día 17. Temperatura normal. No hay dolor. Se retira el hielo. No mueve el vientre.

Día 18. Calomel 0,50 centígramos una deposición. Temperatura 37°.

Día 19. Enema 300 gramos, una deposición. Temperatura 37°,2.

Día 20. El enfermo se encuentra bien, vuelve el apetito y mejora notablemente en los días siguientes sin accidentes de ninguna clase. La palpación de la fosa no revela nada. Sale curado en Mayo 22 de 1898.

V I

Juan González, 25 años, español, soltero, jornalero, entra el 25 de Enero de 1898 al Hospital Rawson, sala 11. Hace 3 días sintió repentinamente, después de hacer un esfuerzo, dolor en el lado derecho del abdómen generalizándose luego en toda su extensión. Fué aumentando el dolor, en los días siguientes y el vientre estaba tan doloroso que no podía soportar el peso de las cobijas.

Desde que empezó el dolor no ha movido el vientre, antes sus deposiciones se hacían con regularidad. Ha tenido náuseas y vómitos. El día antes de entrar al Hospital el dolor se acentuó especialmente en la fosa iliaca derecha. Tenía fiebre y dolor de cabeza.

El vientre está algo elevado, timpánico á la per-

cusión en todo el abdómen, menos en la fosa iliaca derecha donde el sonido es más obscuro. A la palpación, la pared abdominal está tendida, dificultando la exploración. El vientre está doloroso y en la fosa iliaca derecha hay un punto donde el dolor es mayor á la presión. Pulso pequeño y frecuente. El enfermo está completamente postrado, con una coloración terrosa. Temperatura 39°.

Se le hacen inyecciones de cafeina; aplícase hielo en la fosa iliaca dolorosa. Se le administra 0,02 centígramos de ópio cada 2 horas.

Se continúa esta medicación por espacio de diez días durante los cuales todos los síntomas se van atenuando; la temperatura desciende ya al cuarto día. El 1º de Febrero toma un purgante de 0,60 centígramos de calomel que le producen 3 deposiciones abundantes, sumamente fétidas.

Al día siguiente se le hace un enema. Sale de alta curado en Febrero 7 de 1898.

VII

Leontina D. de Larguet, 50 años, francesa, casada, 9. domésticos, entra en Febrero 15 de 1898 al Hospital Rivadavia, en la sala 4ª ocupando la cama núm. 5.

Antecedentes hereditarios. Buenos.

En Enero de 1897 tuvo una enfermedad que le obligó á guardar cama durante 15 días; sufriendo de ligeros dolores en el vientre, que no eran muy intensos, ni contínuos. Después de la enfermedad le quedó un dolor en la región iliaca derecha, á

veces con irradiaciones á la región epigástrica y región lumbar. Este dolor lo ha tenido con ligeras intermitencias durante todo el año, que aumentaban, así como el volumen del vientre cuando comía. Manifiesta que desde entonces era perezosa del vientre. Hace 8 días los dolores que solía sentir aparecieron con notable intensidad, imposibilitándola para dormir. No tuvo vómitos; el apetito desapareció; quedó constipada. Tenía fiebre y aveces sudores.

En la fosa iliaca derecha presenta una tumefacción, rubicunda, muy dolorosa. A la palpación se siente un tumor inmóvil, liso, pastoso; ligeramente mate á la percusión en ese punto y timpanizado en el recto del abdómen. Pulso bueno. Temperatura 38°. Es operada por el Dr. Caballero el 16 de Febrero de 1898.

Se le hace una incisión en la región iliaca derecha, en la parte más proeminente. El epiploom y los intestinos se presentan muy adherentes, se reseca el epiploom y separando cuidadosamente las adherencias superficiales se llega á la apéndice que no puede ser desprendido en vista de sus adherencias sólidas. En su proximidad se evacúa una cavidad conteniendo unos cinco gramos de púS. Curación antiséptica y drenaje. Sale curada en Marzo 10 de 1898.

VIII

Umberto Bollo, 8 años, argentino, entró en Mayo 23 de 1898 al Hospital de Niños.

Antecedentes hereditarios. Sin importancia.
Antecedentes personales. A los 2 años tuvo sarampión y á los 5 coqueluche. Siguió sano hasta hace tres meses, en cuya época sintió fuertes dolores de vientre durante siete días que curaron con enemas y cataplasmas, luego se enfermó del estómago. A veces era algo constipado, si bien esto no era contínuo. Hace 15 días recibió varios golpes en la región hipogástrica, y desde ese momento quedó enfermo, apareciéndole lijeros dolores en el vientre, con vómitos y constipación, síntomas que han ido acentuándose hasta el momento actual.

Estado actual. Presenta en la fosa iliaca derecha una tumefacción roja. A la palpación se siente un empastamiento al rededor de un foco que se percibe fluctuación.

Dicha región es sumamente dolorosa y mucho más se acentúa ésta en un punto situado á cinco centímetros hácia arriba y adentro de la espina iliaca. No hay vómitos, pero sí inapetencia y fiebre. No ha tenido deposiciones desde hace dos días.

Tratamiento operatorio. Es operado por el doctor Castro en Mayo 24 de 1898. Siguiendo la línea paralela para ligar la iliaca externa se incinde la piel en la extensión de cinco centímetros y se llega á la fosa iliaca derecha, donde se descubre en medio de adherencias una cavidad que abierta dá salida á un púss espeso y cremoso. Se constata que el abceso está junto á la apéndice cuya escisión no se efectúa por ser difícil aislarla. Curación antiséptica y drenaje. Sale curado en Junio 20 de 1898.

IX

Francisco Fernández, 24 años, español, casado, lonero, entra en Mayo 4 de 1898 al Hospital San Roque á la sala de cirugía.

Antecedentes hereditarios. Buenos.

Antecedentes personales. Son buenos, es una pensona sóbria y de vida sosegada. Hace 8 días sintió dolores no muy intensos, en todo el vientre, que empezaron á la hora después de comer; duraron con igual intensidad toda la noche. A la mañana siguiente los dolores disminuyeron, dedicándose ese día al trabajo. Pero á la noche, se hicieron muy intensos, con tendencia á localizarse y que se efectuó de una manera franca, al día siguiente, en la fosa iliaca derecha. No ha sufrido anteriormente ningún trastorno gastro-intestinal, el apetito siempre ha sido bueno. No ha tenido vómitos, ha movido el vientre con facilidad.

Estado actual. Presenta en la región iliaca derecha, en el espacio comprendido entre el ombligo y la espina iliaca antero-superior un tumor alargado, duro, rodeado de una zona de pastosidad especial, doloroso á la palpación, hay fiebre, inapetencia, ningún trastorno gastro-intestinal. Operado por el Dr. Avelino Gutiérrez en Mayo 5 de 1898.

Incisión sobre el tumor hasta el ciego que se encuentra indurado en su extremidad, en una de sus abolladuras longitudinales se vé el intestino delgado desembocar, el ciego está sano. De la extremidad del ciego parte una masa dura que se

prolonga hácia atrás, formada por neo-membranas, fibrosas, adherentes entre sí y en el fondo de ella se encuentra un abceso. En este caso se puede constatar que el abceso es peri-apendicular. Curación antiséptica. Gasa. Sale curado en Junio 8 de 1898.

X

Miro Ozzone, 26 años, italiano, soltero, panadero, entra en Mayo 13 de 1898, al Hospital de Clínicas á la sala número 2, ocupando la cama número 8.

Antecedentes hereditarios. Buenos.

Antecedentes personales. A los 5 años tuvo fiebre gástrica. Hace 15 días tuvo alternativas de diarrea y constipación sin vómitos y conservando el apetito. Hace 7 días empezó á sentir lijeros dolores en todo el vientre, localizándose á veces en la fosa iliaca derecha. A momentos estos dolores eran algo más fuertes, pero sin embargo, se dedicaba á su trabajo, se puso algo seco de vientre. El día 12 se hicieron más fuertes y se repetían con más frecuencia. El 13 á la noche, en el momento en que iba á empezar su trabajo, sufrió un dolor agudísimo, repentino, en la fosa iliaca derecha que le hizo perder el conocimiento. Tuvo vómitos, fiebre, sudores y escalofríos.

Exámen actual. Presenta en la región mencionada una tumefacción pronunciada, muy dolorosa á la presión, sobre todo en un punto limitado. Hay fiebre y constipación. La pared abdominal está

inmóvil y presenta á la palpación una cierta rigidez.

Es operado en Mayo 16. Desde el día de su entrada hasta la fecha se le aplica hielo en la fosa iliaca.

Se incinde la piel de la fosa iliaca y demás planos; se llega á la cavidad abdominal constatándose adherencias del peritoneo sólo en la parte posterior, hácia adelante estaba libre. Al nivel de la apendice y profundamente situado, se encuentra un foco de púS, al que se le dió salida. No se extirpa la apéndice por no encontrarse en el campo operatorio. Se hace el drenaje de modo á impedir que el púS vaya hácia abajo y adelante.

Mayo 20. No hay dolores ni temperatura.

Mayo 22. Sube la temperatura á 39°.

Mayo 25. Se vé que la curación está mojada por un líquido verde-amarillento. Temperatura 39°,4.

Mayo 29. Prévio análisis se supo que el líquido proviene del intestino (perforación). Temperatura alta 39°,6.

Junio 2. Fallece y á la autopsia se encuentra la apéndice engrosado, rodeado de adherencias sólidas, perforado, adherido á la fosa iliaca y junto á la perforación un enterolito. Peritonitis fibrino-purulenta. En la parte superior del hígado una cavidad purulenta en comunicación á través del diafragma, con la parte interna del pulmón que también presenta las lesiones de una pleuresía fibrino-purulenta. En los demás órganos no hay nada de importante.

XI

Ricardo Barry, 50 años, inglés, soltero, rentista, entró en Noviembre de 1897 al Hospital de Clínicas. Sala 8, cama 25.

Hace 4 años tuvo una enfermedad que empezó de una manera brusca con dolor é hinchazón de la fosa iliaca derecha, con vómitos y estado nauseoso, con timpanismo muy marcado, erutos y expulsión de gases por el ano. Fuertes cólicos intestinales seguidos de varias deposiciones diarreicas al día.

Desde entónces siempre ha sentido dolores en el vientre, á veces alternativas de constipación y diarrea, hasta que hace 8 días sintió dolor agudo en la fosa iliaca derecha que le apareció bruscamente.

Se acompañó de tumefacción ó mejor, hinchamiento progresivo hasta formar tumor visible y palpable, con un estado nauseoso muy incómodo, pero no acompañado de arcadas ni vómitos. El dolor que acusa en la fosa iliaca en el sitio del tumor es tan intenso, que el peso mismo de las ropas de la cama se lo aumenta. Al día siguiente de sentirse enfermo tomó un purgante que le produjo varias deposiciones en ese día y en los 4 sub-siguientes, pasados los cuales no ha vuelto á mover el vientre.

Desde el primer día dice haber sentido fiebre y algunos sudores. Tiene sed é inapetencia. No ha sentido cólicos intestinales, ni en el intérvalo, ni durante las deposiciones. Expulsa gases por el ano y tiene eruptos contínuos.

Estado actual. En la fosa iliaca derecha presenta un tumor saliente liso, que ocupa todo el espacio comprendido entre la espina iliaca antero-superior y el ombligo. A la palpación es sumamente dolorosa, hay un ligero edema de la pared en ese sitio y algo de rubicundéz. La percusión superficial es oscura, la profunda es casi mate. El es liso y fluctuante. La región alrededor del tumor está pastosa. El resto del abdómen tempanizado. Es operado en Noviembre 10 de 1897. Se hace una abertura paralela al ligamento de Poupart entre el ombligo y la espina iliaca antero-superior. Se cae sobre una colección que contiene una regular cantidad de pus, de olor fuertemente fecal. No se encuentra la apéndice. Vaciada y lavada la cavidad se colocan dos tubos de drenaje. Sale curado en Diciembre 22 de 1897.

XII

Santiago Montes de Oca, 24 años, argentino, soltero, jornalero, entra al Hospital Rawson. Sala 10, cama 8, en Setiembre 26 de 1897. La historia es poco más ó ménos la de la observación XI; pero aquí en el tercer ataque, de este último hácia tres meses atrás, siempre estaba enfermo.

Es operado en Setiembre 28. Apendicitis supurada. Toilettes y drenaje. Sale curado en Diciembre 8 de 1897.

XIII

Manuel Sierra, 33 años, español, soltero, jornalero, entra al Hospital Rawson, sala 10, cama 26, en Enero 21 de 1898.

La historia es semejante á la observación IX. Si bien con dolores más fuertes y temperatura alta 39°, $^1/_2$. El estado general malo. Es operado en Enero 22 de 1898.

Se hace la incisión de Roux y se dá salida á una gran cantidad de pus fétido. La apéndice se presenta expontáneamente en el campo operatorio, ligeramente aumentado de volúmen, la superficie algo rugosa. Se liga la apéndice, resecándola luego, y se cauteriza el muñón. Curación y drenaje. A los 15 días de la operación la temperatura se eleva, apareciendo los síntomas de peritonitis. Fallece.

XIV

Juan González, 24 años, argentino, soltero, peón, entra en Febrero 24 de 1898 al Hospital Rawson, sala 10.

La manera de empezar la apendicitis y los demás síntomas, se parecen á los de la observación IX y á la anterior. Tanto este caso como el anterior han sido operados por el Dr. Beguerestain. Es operado en Febrero 25. Se hace la incisión de Roux, salen algunos gramos de un pus fétido y se presenta la apéndice libre, teniendo el mismo

aspecto que la del caso anterior. Se reseca el apéndice y se cauteriza el muñón. Curación y drenaje. Sale curado en Marzo 29 de 1898. En esta apéndice como en la otra la mucosa estaba notablemente tumefacta y no se encontraron ni cálculos ni estrechez de su luz, en ningún punto. Se supuso que debía haber habido torsión ó flexión de la apéndice ó que la permeabilidad se estableció por degurgitación de la apéndice después de la resección.

XV

Leandro Leguizamón, 52 años, argentino, casado, peón, entra en Enero 12 de 1898 al Hospital Rawson, cama 2ª, sala 3ª, atendido por el doctor Inurrigarro y á cuya deferencia debo estos datos.

Su enfermedad empezó hace 18 días con dolor brusco persistente en la fosa iliaca derecha, vómitos, cefalea, vientre timpanizado, mucha fiebre.

En los días siguientes todos estos síntomas se acentúan y aparecen en la fosa iliaca derecha una tumefacción sumamente dolorosa.

Se presenta el enfermo en un estado de suma prostración, sudores, pulso pequeño, palidez extrema. El vientre timpánico, muy doloroso. En la fosa iliaca se nota una tumefacción roja, de contornos limitados, grande, y en cuyo centro, á la palpación, se siente perfectamente la fluctuación. Fallece á las pocas horas de haber entrado. A la autopsia se constata un gran abceso de la fosa iliaca derecha en medio del cual nadaba la apén-

dice de un color pardo, aumentado de volúmen, adherido todavía por su base el cœcum. Abierto en toda su longitud se encuentran dispuestos en su cavidad tres cálculos alargados, duros. Las paredes tumefactas presentan en una parte, una perforación. El abceso estaba netamente limitado por membranas que lo reparaban de la cavidad peritoneal. Hay las lesiones de una peritonitis purulenta.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

El pronóstico de la escarlatina debe ser reservado.

La intubación reemplaza ventajosamente en casi todos los casos de croup diftérico, á la traqueotomia.

La bronco-neumonia en los niños de corta edad, es siempre grave.

Buenos Aires, Agosto 6 de 1898.

Nómbrase á los señores Académicos Dr. Rafael Herrera Vegas;: Profesor Titular, Dr. Alejandro Castro y Profesor Suplente, Dr. Diógenes Decoud para que constituídos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta Tésis.

MALLO.

Luis M. Acuña,

Secretario.

Buenos Aires, Agosto 24 de 1898.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la Tésis presentada por el ex-alumno, Francisco Darbon:

«En el local de la Facultad, á 22 de Agosto de «1898, reunidos los que suscriben encargados de «dictaminar respecto de la admisibilidad de la Té- «sis presentada por el ex-alumno Francisco Darbon «que versa sobre «Algunas consideraciones sobre «la apendicitis», resolvieron admitirla. Con lo que «terminó el acto.—Firmado: R. Herrera Vegas.— «Alejandro Castro.—D. Decoud.—Firmado: *Ze- «nón Aguilar*, Pro-Secretario.»

Luis M. Acuña,
Secretario.

Agosto 24 de 1898.

Entréguese al interesado esta Tésis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

Mallo.

Luis M. Acuña,
Secretario.