956T

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

Facultad de Ciencias Médicas

APENDICITIS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
BIBLIOTECA
BUENOS AIRES

TÉSIS INAUGURAL

Presentada para optar al título de Doctor en Medicina

POR

MARCOS P. DEPETRIS

Ex-interno del Hospital de Niños
Preparador de Museo de la Facultad de Ciencias
Médicas de Buenos Aires

11216

BUENOS AIRES
"IMPRENTA NACIONAL" de CARLOS GALLARINI
Calle Cuyo 1273

1901

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

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. JUAN R. FERNANDEZ

Vice Decano

Dr. D. JOSÉ T. BACA

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » JACOB DE TEZANOS PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNANDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEIZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GUËMES
» » ELISEO CANTON
» » GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EDMUNDO NOCARD
» » EMILIO R. CONI

Secretario Titular

Dr. D. ZENON AGUILAR

Pro-Secretario

Dr. D. CÁRLOS ROBERTSON

956T

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedràticos titulares
Zoología Médica	Vacante
Física Médica	Doctor Jaime R. Costa
Química médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Martin Spuch
Química médica	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Juan José Naón
Patología General	» Roberto Wernicke
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología	» Pedro J. Coronado
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Cárlos Malbran
Higiene	» Meliton G. del Solar
Materia Médica	» Justiniano Ledesma
Medícina Operatoría	» Adalberto Ramaugé
Clínica ginecólogica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-Laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y sifilografica	» Baldomero Sommer
Patología Externa	» Obdulio Hernandez
Patología Interna	» Marcial V. Quiroga
Clínica Oftalmológica	» Pedro Lagleize
« Médica.	» Luis Güemes
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Julian Aguilar
» Neurológica	» José M. Ramos Mejia
» Médica	» Francisco Sicardi
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Gregorio N, Chaves
» Obstetricia	» Samuel Molina
Toxicología experímental.	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Manuel Blancas
» Médica.	» Abel Ayerza
» Génito Urinaria (hombre)	» Federico Texo
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Alejandro Castro
Clínica obstétrica	» Elisco Canton

Asignaturas		Catedráticos sustítutos
Zoología médica		Vacante
Física médica	Doctor	Juan J. Galiano
Química médica...	"	Francisco B. Reyes
Botánica médica.....	"	Lucio Durañona R. S. Kolbe
Química medica.....	"	Francisco P. Lavalle
Histología.....	"	Samuel de Madrid
Anatomía Descriptiva.....	"	Juan D. Piñero Joaquin Lopez Figueroa
Patología General.....	"	Gregorio Araòz Alfaro
Anatomía Topográfica.....	"	Avelino Gutierrez
Fisiología.....	"	Horacio Piñero
Atonomía Patofògica	"	José Badía
Bacteriología	"	Vacante
Higiene..... .	"	Enrique Revilla
Materia Médica.....	"	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Medicina Operatoria.....	"	Nicolás Repetto Adolfo Masí
Clínica ginecológica.....	"	Alfredo Lagarde José F. Molinari
Clínica Oto-rino-Laríngológica....	"	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
Clínica dermatológica y sifilográfica....	"	Maximiliano Aberastury
Patología externa...	"	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna.....	"	Vacante
Clínica oftalmológica.....	"	Francisco Barraza Teòfilo A. Moret
Clínica médica.....	"	Patricio Fleming
Clínica epidemiológica	"	Vacante
Clínica quirúrgica.....	"	Juan B. Justo
Clínica neurológica.....	"	José A. Estevez Jose A. Semprum
Clínica médica	"	Ricardo Colòn
Medicina legal	"	Domingo S. Cavia
Clínica quirúrgica	"	Diógenes Decoud Alejandro Posadas
Clínica médica	"	Julio Mendez Ignacio Allende
Clínica obstétrica.....	"	Fanor Velarde
Toxicología experimental	"	Juan Alba Carreras
Clínica pediátrica	"	Antonio F. Piñero Facundo Larguía
Clínica médica	"	Vacante
Clínica génito urinaria hombre	"	Pedro Benedit
Clínica psiquiátrica	"	Benjamin T. Solari
Clínica quirúrgica.....	"	Vacante
Clínica obstétrica.....	"	Vacante

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares	Cat: Sustitutos
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia	Dr. Adolfo Mujica	Vacante
Química inorgánica aplicada á la Farmacia	,, Miguel Puiggari	,,
Farmacognosia vejetal y animal	,, Juan A. Boeri	¡Juan A. Dominguez
Química orgánica aplicada á la Farmacia	,, Pedro N. Arata	Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)	,, J. Manuel Irizar	,,
Higiene	,, Ricardo Schatz	,,
Química analítica toxicológica	,, Atanasio Quiroga	,,
Ensayo y determinación de drogas	,, J. Manuel Irizar	,,

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos Titulares	Cat: Sustitutos
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distósico y clínica obstétrica	Dr. Juan R. Fernandez	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares	Cat.Sustitutos
Anatomía, fisiología, patología	Dr. Leon Pereira	Vacante
Cirujía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentaria medicina legal	,, Nicasio Etcheparehorda	Vacante

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO HONORARIO

Dr. D. Telémaco Susini

956 T

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Con la alegria consiguiente al que vé coronados sus esfuerzos de muchos años de labor y estudios asíduos, al par que con el temor propio del que conoce su insuficiencia en tan vasta y delicada ciencia, depongo ante vosotros que maestros ayer os veo hoy convertidos en jueces, este humilde trabajo, última prueba exigida por una prescripción reglamentaria á aquel que al pisar los dinteles de la vida lo hace alistado en la carrera, por demás noble de médico.

Al tentar esbozar ligeramente la vasta materia de la apendicitis, no se me ocultaba lo árduo de la tarea que emprendía, la escabrocidad de la senda á recorrer, además de los obstáculos que había de vencer, pero las frases oidas de vuestros lábios en las aulas, frases todas llenas de erudiccion y saber, unidos á vuestros consejos y ejem-

plos, me han alentado y servido de estímulo hasta llegar á dar cima á este débil ensayo sobre un punto de medicina. Por consiguiente, nada nuevo encontraréis en él ya que solo es el fruto de vuestra enseñanza abonado por las observaciones que he podido seguir durante mi largo internado en el Hospital de Niños.

El presente trabajo para la facilidad de la exposición lo dividiré en capítulos, que trataran sucesivamente dé la Historia, Anatomia, Etiología, Patogenia, Anatomía, Patológica, Bacteriología, Sintomas, Diagnóstico, Pronóstico y Tratamiento; en la descripcion de los cuales seré poco extenso, para poderme detener en las principales observaciones que he podido seguir en el Hospital.

Sin embargo, antes de retirarme de este templo sagrado de la ciencia, débo hacer una manifestacion que franca y expontánea brota de mi pecho, tributando una palabra de admiración y gratitud para vosotros mis ilustrados maestros, de reconocimiento para el Dr. Máximo Castro por los datos facilitados y en especial al Dr. Marcelo Viñas por sus consejos y material prestados, y de consideración y estima hácia el distinguido Académico Honorario Doctor D. Telémaco Susini que me dispensa la honra de colocar este modesto trabajo bajo los auspicios de su nombre.

Historia

La tiflitis y peritíflitis han sido consideradas hasta estos últimos años como causas únicas de las inflamaciones localizadas en la fosa iliaca derecha; hasta que las numerosas investigaciones emprendidas, ya sea fundadas sobre el resultado de las autopsias, ya sea en las constataciones hechas en las operaciones han indicado la importancia del apéndice en estas afecciones. Segun Maurin de 136 casos de supuracion de la region cecal, 35 eran limitados al apéndice, 5 al apéndice y ciego y 36 al ciego de los que solo 16 eran los verdaderamente comprobados.

Melier en el año 1827 (Journal de chirugie et de pharmacie) fué el que por primera vez descubrió el apéndice y á el atribuía la causa de la mayor parte de las supuraciones de la fosa iliaca derecha, proponia su excición, y á la coprostasia atribuía las lesiones inflamatorias perforantes y gangrenosas del apéndice.

Este trabajo quedó sin eco y la teoría errónea de la siflitis ha reinado universalmente hasta el año 1886, debido á los esfuerzos hechos en 1838

por Albers (de Bonn), despues por Bance y Ménier. Despues de 60 años de error y confusion volvió el renacimiento de la primitiva opinión de Melier gracias á los esfuerzos de Reginald Fitz en Norte América que publicó un trabajo en el año 1886 y lo completó con otra memoria publicada (en Boston med. and surg 1888) sobre las inflamaciones del apéndice y la intervencion quirúrgica precoz.

En Europa los primeros pasos dados á favor de la nueva doctrina fueron por Treves que en 1887 rececó á frio un apéndice y por Krafft que que en Suiza (1888) sostenía su tésis sobre el tratamiento quirúrgico de las apendicitis.

En las innumerables observaciones que se han hecho para llevar la cuestion al estado actual se pueden citar los nombres de Mac Burney, Matterstock, Kümmel, Sonnenburg, Mac Dougall, With, Roux (de Lausanne), Berger, Richelot, Tuffier, Reclus, Maurin, Talamon etc., Lafforgue (Thése de Lyon 1893), Rochaz (Thése de Lausanne 1895), Mlle Gardon (Thése de Paris 1896), Gramboular (Thése de Paris 1896 y los estudios recientes de Dieulafoy.

Anatomía

El apéndice cecal ó vermicular, llamado así por la semejanza que tiene á una lombriz, se destaca de la parte posterior é izquierda del ciego, un poco por debajo de la válvula de Bauhin; del tamaño de una pluma de ave y cuya longitud es de 9

centímetros. el término medio de los apéndices que he observado.

La dirección y relaciones del apéndice son sumamente variables; la más frecuente es el tipo ascendente que describiendo flexuosidades remonta la cara posterior del ciego y del colon; el tipo descendente, en que el apéndice se dirige hácia el pequeño bacinete, lo mismo que los laterales son más raros.

En el apéndice según Dieulafoy se puede constatar con bastante frecuencia la presencia de la válvula de Gerlach, que impide la penetración de las materias fecales en su interior; disposición que no he podido observar en ninguno de los apéndices que he examinado, apenas si he podido ver una válvula tan rudimentaria que no puede impedir en manera alguna la introducción de pequeños cuerpos extraños en el apéndice. El peritoneo recubre á este órgano y le forma el meso apéndice por donde pasan los vasos que van á nutrirlo, que son: las ramas de la arteria iliocólica formada por la anastómosis de la cólica derecha con la última rama izquierda de la mesentérica; y las ramas de la vena gran mesaraica. El apéndice está compuesto de tres túnicas; serosa, muscular y mucosa. La serosa formada por el peritóneo se encuentra separada de la muscular por la capa subperitaneal, rica en vasos sanguíneos y linfáticos. La muscular está formada por dos capas, la externa á fibras musculares longitudinales y á fibras circulares la interna. A la mucosa la forman: la submucosa, la muscular de la mucosa, la túnica propia

y la capa epitelial ó epitelio cilíndrico; la submucosa está á su vez formada por tres capas, la váscula nerviosa ó externa, la célula adiposa intermediaria y la capa folicular interna; la túnica propia compuesta por un estroma reticulado y por glándulas de Licberkühn.

Etiología

Es indudable que la edad tiene una influencia notable, como causa predisponente para el desarrollo de la apendicitis. Es entre los 10 y 20 años que se observa más frecuentemente, según lo prueban las estadísticas de Reg. Fits, Bamberger, Mll. Gordon, Matterstock, etc.

Reg. Fits en 228 casos da el siguiente resultado:

De 20 meses á 10 años....	22	casos
» 10 años á 20.....	86	»
» 20 » » 30.....	65	»
Despues de 30 años.....	55	»

Bamberger en 73 casos,

Menos de 2 años.....	2	casos
De 15 años á 20.....	20	»
» 20 » » 30.....	32	»
Despues de 30 años.....	19	»

Mll. Gordon en 79 casos,

De 2 años á 5.....	5	casos
» 5 » » 10.....	33	»
» 10 » » 15.....	35	»

Matterstock en 72 casos,

Menos de	2 años	.....	2	casos
De 2 años	á	5.....	10	»
» 5	»	» 10.....	25	»
» 10	»	» 15.....	35	»

Brun en 45 casos,

De 1 año	á	5.....	3	casos
» 5	»	» 10.....	20	»
» 10	»	» 15	22	»

Falaguier en 182 casos,

De 1 año	á	5.....	4	casos
» 5	»	» 10.....	42	»
» 10	»	» 15.....	64	»
» 15	»	» 20.....	25	»
Después de 20 años		.....	47	»

La apendicitis se observa más comunmente en el hombre que en la mujer, como lo he podido comprobar en mis observaciones; de 14 casos que presento, 9 pertenecen al sexo masculino, y 5 al sexo femenino. Matterstock en su estadística de 72 enfermos, 51 pertenecían al sexo masculino. Mll. Gordon en 79, 58 eran varones; y según la de Brun da 26 varones en 45 enfermos.

Roux de (Lausanne), Dieulafoy, Rendu, Brun, Jalaguier, Quenú, Faisans han sostenido que la apendicitis es frecuentemente hereditaria. Dieulafoy explica el hecho diciendo que la experiencia le ha hecho observar muy á menudo la apendicitis en muchos miembros de una misma familia, en colaterales ó descendientes y cita numerosos casos que demuestran el hecho. Esta herencia la encuentra

sobre todo en familias donde reina la gota, el artritismo, la litiasis urinaria y biliar.

Talamon entre otras admite la herencia anatómica; malformaciones congénitas del apéndice, esto es, un apéndice provisto de válvulas, de largo excesivo, torcido, acodado, flexuoso, etc.

La apendicitis es más frecuente en Escocia, América, Alemania, Suiza y parece provenir de la alimentación; exceso de comida, alimentación indigesta, exceso de carne que se deglute antes de haberla mascado suficientemente, etc. En los antecedentes de los enfermos de apendicitis se observan con frecuencia alteraciones del aparato digestivo. Broca, Reclus, Walther, Jalaguier traen casos en que la apendicitis ha sobrevenido durante el curso de entero colitis crónica; Courtois Suffit ha indicado como causa predisponente la constipación; y Brun, Bouchard, Le Gendre, la dilatación del estómago. Walther, Le Gendre, Dieulafoy citan casos de apendicitis que han sobrevenido durante el embarazo y después del parto.

Como causas ocasionales parecen demostradas, la influencia de una indigestión, enfriamiento, golpe sobre el vientre, absorción de bebidas heladas, esfuerzos violentos, menstruación, gripp neumonia, la introducción de cuerpos extraños en el apéndice, etc.

Patogenia

La naturaleza infecciosa de la enfermedad es admitida por todos pero el verdadero punto de partida de la infección ha sido sumamente discutida en estos últimos tiempos.

Sea cual fuere la opinión que se reconozca no se puede dejar á un lado la importancia de los cuerpos extraños. Talamon en 760 casos ha encontrado 450 veces cuerpos extraños, ó sea un 60 por ciento; Favre en 65 por 100 hace notar la precencia de cuerpos extraños. De estos cuerpos un reducido número son extrínsecos, esto es los cuerpos orgánicos ó inorgánicos que pasan por el intestíno después de haber resistido á la acción del jugo gástrico; semillas, fragmentos de hueso, alfileres, etc. Matterstock ha encontrado 12 veces en 69 casos, Kraft 4 sobre 10, y Ranvers 16 en 179. La mayor parte de los cuerpos extraños que se encuentran en el apéndice son intrínsecos y en general están constituidos por cancresiones estercorales (106 sobre 171, Le Guern). Estos son ordinariamente ovoideos, alargados, cilíndricos, formados de capas estratificadas, de coloración pardo grisácea, de consistencia ya blanda y friable, ya dura y consistente, con todos los grados intermediarios, según el predominio de las materias orgánicas ó de los elementos minerales. Estas cancresiones pueden ser únicas ó múltiples (22 sobre 63, Rochaz).

En cuanto á las concresiones estercorales, M. Talamon dá la siguiente explicación: que primitimente formados en el ciego penetrarían por una contracción de éste, bruscamente en el apéndice y de esto resultaría la primera causa de los accidentes; se tendría el simple cólico apendicular si el cálculo puede ser arrojado por el apéndice; de lo contrario habría enclavamiento del cálculo en el apéndice, obliteración y comprensión de las pare-

des del mismo. De la obliteración resulta una acumulación de los productos de secreción de la mucosa y distensión del apéndice; y de la compresión un trastorno en la circulación de los vasos contenidos en la pared y disminución de su vitalidad. Los agentes inofensivos que existen al estado normal en la superficie de la mucosa, se multiplican en el líquido estancado del apéndice obliterado, como en una cavidad cerrada; y los que antes eran saprofitos inofensivos adquieren virulencia, segregan toxinas y triunfan sin dificultad, de los elementos privados del líquido nutricio.

Rochaz no admite la proveniencia de los cálculos del ciego, y M. Dieulafoy dice que se forman en el apéndice, semejante á una litiasis biliar ó renar y que tienen el mismo origen de éstos. Estos cálculos son los que por su aumento de volúmen, obliteran el apéndice y lo transforman en cavidad cerrada; y como consecuencia los saprofitos inofensivos exaltan su virulencia y emigran hácia el peritoneo ó penetran en los vasos; produciendo ya sea una peritonitis aguda, ya sea una infección general, abcesos hepáticos, etc. Dieulafoy funda su teoria en los trabajos de Clado (1889) que había observado que los microbios del intestino estrangulado en un saco herniario penetraban en el peritonio al través de las túnicas del intestino sin perforación. Bennecken, Oker-Blom, Klecki, han hecho experiencias análogas. Contra estas teorías se han levantado Laverant, Poncet, Brun, etc.; este último ha demostrado que puede existir inflección sin obliteración del apéndice y que la

cavidad cerrada puede encontrarse sin infección. En un enfermo operado por el Dr. M. Castro de hernia inguinal, resecó el apéndice herniado y observó que se encontraba obstruido por cuatro cálculos estercorales, sin que se notara de parte del enfermo ninguna manifestación que hiciera sospechar lesión del órgano. En una autopsia del Hospital de Niños, el Dr. M. Viñas observó tres cálculos estercorales que obstruian la luz del apéndice; lo mismo en una autopsia que he practicado en el Hospital de Clínicas encontré un apéndice herniado estrangulado por bridas fibrosas adheridas al saco, sin que durante la vida hubiera fenómenos que hicieran sospechar alteraciones del apéndice.

Klecki en su estudio sobre la patogenia de la apendicitis dice que las alteraciones circulatorias pueden exaltar la virulencia de los microbios sin haber cavidad cerrada.

Entre los cuerpos extraños rara vez se encuentran cálculos biliares formados de colestearina. M. Richard ha observado un caso con azcaris; Still ha señalado la frecuencia de oxiuros en el apéndice y en un caso operado por el Dr. M. Viñas (obs. IX) de acceso periapendicular con perforación del apéndice se notó la salida de un azcaride del pus. Schwankhaus publicó un caso reciente de un niño de 13 años que murió á las 24 horas de un ataque de apendicitis, y en la autopsia encontró la cavidad abdominal llena de pus, el apéndice perforado y frente al cual, entre la masa intestinal y el peritoneo, vió una gruesa lombriz hembra; al exámen minucioso de las ansas intestinales no observó ninguna otra perforación.

Metchnikoff refiere que ha constatado en enfermos de apendicitis huevos de azcaride y de tricocéfalos en las materias fecales y que habiendo administrado vermífugos han desaparecido los ataques. Según él, estos parásitos ejercen una influencia ya sea directa mecánica, ya sea indirecta por los microbios que introduce en la mucosa. Si la apendicitis ataca á veces á muchos miembros de una misma familia, él dá la explicación de que en la familia tienen las mismas costumbres de comer legumbres crudas donde pueden llegar las deyecciones humanas. Si antes no era tan frecuente esta enfermedad, es porque había la costumbre de prescribir á los niños con mucha frecuencia los vermífugos.

Girard en un enfermo de 8 años atacado de peritonitis generalizada, en la convalescencia de una fiebre tifoidea encontró el apéndice, de apariencia sano, obstruido por dos tricocéfalos. Según Guiart los tricocéfalos y azcarides no juegan un rol particular en la etiología de la apendicitis y que la presencia de estos nemotodes en el apéndice constituye una rareza patológica. M. Letuble en 180 apéndices que ha examinado de enfermos de apendicitis, no encontró más que dos veces tricocéfalos.

Dejando aparte todas las teorias emitidas al respecto, lo indudable es que la infección es la causa de la apendicitis, y ella explica la patogenia de todas las variedades de apendicitis, ya sean de causas locales ó generales, ya sean consecutivas á una afección de las vías digestivas.

Anatomía patológica

Apendicitis aguda. — Lesiones macroscópicas. —Lás lesiones que presenta el apéndice al principio del ataque son poco conocidas, pues nunca se interviene en ese período. Son dos las principales formas de lesiones que se encuentran: 1ª Apendicitis catarral supurada —Al principio el apéndice está aumentado de volumen, rígido violaceo, presenta la serosa lisa y brillante, y al corte la mucosa está tumefacta, equimosada en algunos puntos; más tarde la serosa pierde su brillo, se cubre en algunos puntos de un exudado que forma adherencias blandas con los órganos vecinos, los cuales ordinariamente presentan también huellas inflamatorias. Al corte se ven las paredes del apéndice friables muy espesadas, especialmente la mucosa que está tumefacta, recubierta por una capa viscosa de mucus blanquecino ó rojizo, y que obstruye casi complemente la luz del apéndice. El meso apéndice está espesado y muy vascularizado. Algunas veces las lesiones están limitadas al apéndice, pero en la generalidad de los casos el ciego y principio del colon presentan lesiones inflamatorias ó congestivas y lo mismo en la serosa alteraciones semejantes pero en grado menos avanzado que la que rodea el apéndice. Las lesiones descritas del apéndice pueden quedar en este grado y pasar al estado crónico, desaparecer ó formarse focos de supuración á la superficie de la mucosa, en el espesor de las paredes ó debajo del peritoneo. Estos focos

supurativos destruyen poco á poco las capas profundas de la mucosa y determinan la ulceración; estando la luz del apéndice llena de pus.

2ª APENDICITIS DESTRUCTIVA PERFORANTE GANGRENOSA. — Las perforaciones del apéndice son frecuentes: Matterstok en 43 casos encontró 29 perforaciones del apéndice, y 36 sobre 46 casos Mlle. Gordon.

El asiento predilecto de las perforaciones es cerca de la extremidad del apéndice y en una de sus caras, rara vez se encuentran próximas del ciego. Estas perforaciones pueden ser únicas ó múltiples, próximas ó separadas las unas de las otras, redondeadas, ovales ó lineales; á veces se encuentra un orificio puntiforme, otras una perforación de 6 á 7mm. de diámetro, y en otras, como he observado en el primer caso que presento, de necrosis circular de amputación completa de la extremidad del apéndice.

En la apendicitis gangrenosa las placas de esfacelo se ubican generalmente próximas á la extremidad del apéndice y pueden estenderse ya sea á una parte ó á la totalidad del apéndice. Estas partes gangrenosas están claramente delimitadas de las partes vecinas y sus bordes son irregulares festoneados. Esta forma de apendicitis á veces parece instalarse desde el princípio de la enfermedad con este carácter específico, otras veces la supuración y la ulceración le preparan el camino. Las formas de lesiones descritas de la apendicitis pueden encontrarse solas aisladas, ó unidas las diferentes lesiones en un mismo apéndice, preponderando las alteraciones de una ú otra forma.

Apendicitis crónica—Lesiones macroscópicas. Estas lesiones son mucho menos acentuadas que en la apendicitis aguda, sobre todo en las crónicas que no han tenido accesos agudos ó sub-agudos que no presentan más alteración que un ligero espesamiento é induración de sus paredes. Ordinariamente se encuentra el apéndice grueso, indurado é hipertrofiado. Los caracteres exteriores, en algunos casos difieren poco del apéndice normal, de serosa lisa brillante completamente libre en la cavidad peritoneal, en otras presenta adherencias laxas ó resistentes con las partes que lo rodean según la antiguedad del proceso.

Los vasos subserosos y del meso-colon son flexuosos, dilatados, y este último se espesa y retrae dando conjuntamente con las bridas las formas más extrañas al apéndice ya sea flexionándolo, incurvándolo, acodándolo é invadir de tal modo el órgano hasta hacer obliterar por completo á su cavidad. En algunos casos raros el apéndice se retrae de tal modo en un punto de su trayecto, que la extremidad del apéndice dilatada está unida al resto del órgano por un pequeño cordon fibroso. En otros casos la estrangulación del apèndice se hace por la retracción de una brida fibrosa que une el meso apéndice á un órgano vecino como he podido observar en un caso operado por el Dr. M. Castro y Dr. Viñas.

Al corte se ven las paredes más ó ménos espesadas, la mucosa tumefacta y en un corte transversal se ven unos pequeños puntos blancos de los folículos hipertrofiados. La cavidad del apéndice

estrechada y más comunmente dilatada, encierra á veces concresiones estercorales, cuerpos extraños, pus, muco pus, líquido seroso, sero sanguinolento, etc.

Histología —apendicitis aguda—La principal lesión es una infiltración inflamatoria de los folículos los que están aumentados notablemente de volúmen, con dilatación de todos los vasos del apéndice los que se encuentran llenos de glóbulos rojos; y según que las lesiones sean más ó ménos acentuadas, la infiltración puede quedar más ó ménos limitada á los folículos ó invadir la túnica propia, submucosa y muscular. Las glándulas de Lieberkühn tienden á desaparecer ó desaparecen en el seno de un corion espesado è infiltrado de celulas redondas; y el epitelio cilíndrico que reviste la luz del apéndice se descama irregularmente en algunos puntos ó en toda la extensión. En algunos cortes se ven cadenas de lencocitos que parecen dirigirse hácia la periferia del órgano, que según Macaigne serían verdaderas linfangitis á marcha centrífuga; y según Pibliet y Costés éstas linfangitis eferentes de la zona perifolicular son los agentes de diseminación de la lesión; así es que como penetrando la capa muscular, subperitoneal y serosa pueden llegar á infectar el peritoneo sin perforación del apéndice.

Esta forma de apendicitis que podríamos llamar catarral á veces no constituye más que el principio de evolución de otras formas, supurada, gangrenosa, ulcerosa, otras pasa al estado crónico y en otras termina por ulceración.

Existe otra forma que resulta de la destrucción y supuración de los folículos inflamados que abriéndose en la cavidad del apéndice, constituyen la apendicitis ulcerosa. Letulle describe una forma terebrante de la apendicitis y que es debida á la supuración de los folículos que se abren á la vez en la luz del apéndice y en la serosa peritoneal.

APENDICITIS CRÓNICA—Esta se caracteriza por la hipertrofia é hiperplasía, de los folículos, con esclerosis submucosa, por la hipertrofía ó atrofía de las glándulas por la hipertrofía de la mus cular; y por la transformación fibrosa progresiva ya local, ya de todas las túnicas de una parte ó de todo el apéndice.

Las lesiones de la apendicitis crónica son en el fondo las mismas que las de la apendicitis aguda; la foliculitis es la lesión fundamental, con la diferencia que el proceso es más lento y las alteraciones inflamatorias tienden á la organización fibrosa.

APENDICITIS TUBERCULOSA—Me limitaré á describir los órganos abdominales de una autopsia de la Sala 8 que he practicado el 28 de Marzo del presente año y que es la única lesión tuberculosa del apéndice que he observado. Esta autopsia es del Hospital de Clinicas y describiré todos los órganos abdominales por lo interesante del caso.

ABDOMEN—En el hipocondrio derecho se vé una insición horizontal que comprende todo el espesor de la pared, de bordes recubiertos de líquido amarillento y que contiene un tubo de drenage de vidrio del tamaño del dedo indice que llega hasta

el fondo de una cavidad cilíndrica situada en la cara superior del hígado cerca de la base de 2 cent. de diámetro y 5 de profundidad, de paredes friables y recubiertos por el mismo liquido. La capsula de Glison á este nivel se encuentra adherida al peritoneo de la pared. La superficie del hígado presentan 3 saliencias hemisféricas, cuyas partes medias presentan una coloración amarillenta y corresponden la que está colocada en la base del hígado á una cavidad del tamaño de una naranja llena de pus; las otras cavidades más pequeñas del tamaño de una mandarina tienen el mismo contenido. Se observa además otra cavidad en el espesor del parenquima del tamaño de una nuez, á contenido purulento del que se hacen cultivos y dan el estafilococo dorado.

Intestinos—El ciego y 1ª parte del colon ascendente presentan en las partes laterales algunas adherencias fibrosas, que los unen á los órganos vecinos y á la pared abdominal. El gran epiplon retraido y adherido al ciego, encontrándose éste aumentado de volúmen, indurado; en el lado derecho presenta la superficie amamelonada, violacea recubierta por un escudado fibrino purulento que lo adhiere al peritoneo parietal. Apéndice del largo de 5 cent. variedad posterior, oculto entre las adherencias del ciego, está tumefacto grande, de serosa lisa y brillante; encontrándose los vasos del mesocolon y mesoapéndice inyectados. Al corte del apéndice se observa su cavidad dilatada, sus paredes espesadas y mucosa tumefacta tapizada por un escudado purulento; separando este escu-

dado se ven 2 ulceraciones del tamaño de una moneda de nikel de 5 centavos, de superficie y contornos irregulares; observándose en los bordes nódulos amarillentos del tamaño de una cabeza de alfiler,

El ciego al corte presenta sus paredes sumamente espesadas de 1.5 cent. en algunos puntos. La cara interna amamelonada vegetante recubierta en parte por un exudado rojo negruzco.

En las valvas de la valvula de Baubin se ven dos ulceraciones semejantes á las descritas en el apéndice. En el principio del colon ascendente se observan úlceras semejantes y que varían del tamaño de una arveja á la de una moneda de nikel de 20 cent. mas próximas las unas de las otras y de tamaño mayor á medida que se acerca del ciego. En el resto del colon ascendente se ven nódulos amarillentos que varían del tamaño de una cabeza de alfiler á la de una arveja distantes los unos de los otros.

Lesiones extraperitoneales

Como el apéndice está libre en la cavidad peritoneal las lesiones consecutivas á la apendicitis, estarían casi siempre en su principio localizadas en el peritoneo y solo después invadirían el tegido celular de la fosa iliaca. El flemón subperitoneal según Fitz se encuentra en un 5 por ciento de los casos. Este flemón puede estar localizo en la fosa iliaca, alrededor de los riñones, ó generalizarse invadir detras del ciego, del colon, del hígado hasta el

diafragma ó mas aún como en un caso citado pór Jalaguier que había llegado á formar una colección subpleural. Otras veces se extiende lateralmente, llega á la columna y á la articulación sacro iliaca, ó la colección desciende sigue el psoas y hace saliencia en la parte superior del muslo ó en el canal inguinal y llega hasta las bolsas y en otras forma una colección alrededor de la vegiga ó del recto.

PERITONITIS LOCALIZADA.—Segun que el proceso inflamatorio y ulceroso de la lesión apendicular que se propaga casi siempre al peritoneo, evolucione con mas ó menos lentitud; se produce una peritonitis circunscrita ó generalizada. Brun encontró en 45 casos que 29 eran enquistadas y según Mlle Gordon 35 enquistados sobre 79 casos. La peritonitis puede ser fibrinosa ó adhesiva y purulenta. Generalmente el abceso peritoneal se encuentra alrededor del ciego, á veces en la escavación pelviana y rara vez en el resto de la cavidad peritoneal. El abceso se forma algunas veces del exudado de la peritonitis fibrinosa por la transformación purulenta y casi constantemente á consecuencia de una perforación del apéndice. Falsas membranas mas ó menos resistentes segun la antiguedad del proceso rodean al ciego, al ilión y forman una barrera entre el apéndice, su colección periapendicular y la cavidad peritoneal. La colección está formada por un líquido purulento, espeso mal ligado, amarillo ó rojo oscuro de olor fecaloideo, cuya cantidad al principio no está en relación con la tumefacción producida por los exudados fibrinosos que la circunscriben. La peritonitis enquistada perio-

pendicular generalmente no forma mas que una colección, algunas veces son varias próximas ó separadas las unas de las otras.

Complicaciones.—Una de las mas interesantes son los abcesos del hígado con pileflebitis de la vena porta como es el caso de la 1ª observación que presento. La pleuresía es una complicación bastante frecuente de la supuración peritoneal ya sea que la colección llegue hasta el diafragma y lo perfore, ya sea á distancia por la via linfática. Existen algunas veces con la pleuresía abcesos pulmonares y más rara vez existen estos sin pleuresia anterior y son entónces pequeños y multiples debidos á una infección general. También han sido observados parotiditis, flebitis, orquitis, perforaciones de los órganos que se encuentran en contacto de la supuración periapendicular y hasta se han citado casos los que son de exesiva rareza de ulceraciones de las arterias.

Peritonitis generalizada.—Esta peritonitis difusa puede ser formada por fuentes multiples independientes (peritonitis supurada á fuentes múltiples de Nelaton) ó bien generalizarse á toda la cavidad peritoneal. En el primer caso las ansas intestinales tensas, vascularizadas, de coloración violacea unidas por adherencias separan unas cavidades de las otras. La peritonitis generalizada es debida sobre todo á lesiones gangrenosas del apéndice; en otras lo que es mas raro sin perforación del órgano, y en otras después de hacerse una peritonitis localizada esta se propaga y extiende mas ó menos rápidamente á toda la serosa. Un pus blanco

lechoso fétido, mezclado á capas de fibrina inunda el peritoneo y se acumula en el pequeño bacinete, fosa iliaca y en los flancos.

Para terminar con la anatomía patologica citaré la peritonitis septica en que la cavidad peritoneal esta inundada por un líquido opaco, que Jalaguier lo compara con un caldo enturbiado, sin falsas membranas ni adherencias. Las ansas intestinales que sobrenadan en este líquido se presentan apenas vascularizadas y poco tensas. Esta forma de peritonitis es la de evolución mas rápida y fatal.

Bacteriología

En 6 exámenes bacteriológicos del contenido de apéndices normales los cultivos me han dado el siguiente resultado:

1er caso, bacilo coli y estafilococos dorados.

2° caso, bacilo coli y estafilococo blanco.

3° caso, bacilo coli y diplacocos.

4° caso, bacilo coli, estreptococos y diplococos.

5° caso, bacilo coli.

6° caso, bacilo coli, bacilo de Eberth y estafilococo dorado.

M. M. Achard y Broca en 20 casos de apendicitis estudiados bacteriológicamente han encontrado:

bacilo coli	7	veces
id con estreptococos	5	»
id id neumococo	1	»
id id estaficolococo blanco	1	»
id id estreptococo y estafiloco	1	»
id id saprofitos	2	»

estreptococo y bacilo aereogeno . . . . . 1 veces
estafilococo dorado . . . . . 1 »
bacilo indeterminado . . . . . 1 »

En los exámenes bacteriológicos de las 14 observaciones que presento me han dado el siguiente resultado:

1ª Observación.—Estafilococo dorado, bacilo coli, diplococo y bacilo indeterminado.

2ª Obs.—Culturas de aerobios bacilo coli y diplococos. Culturas anaerobios diplococos. Inoculado el diplococo aerobio produjo la muerte al chanchito á la 14 horas. inoculado el diplococo anaerobio produjo la muerte á las 12 horas. Las culturas hechas del líquido del peritoneo de la sangre y del hígado de los 2 chanchitos han dado el mismo gérmen.

3ª Obs.—Bacilo coli y diplococo. Inoculados ambos en el peritoneo de dos chanchitos no les produjeron la muerte.

4ª Obs.—Bacilo coli, inoculado el chanchito murió á los 3 días.

5ª Obs.—Bacilo coli y estreptococo. Inoculado un chanchito con el bacilo coli muere á las 16 horas. Inoculado el estreptococo no le produjo la muerte.

6ª Obs.—Bacilo coli, estreptococo y estafilococo dorado. inoculados los 3 gérmenes á tres chanchitos no les ocasionaron la muerte.

7ª Obs.—Bacilo coli, diplacoco y bacilo indeterminado. Inoculado un chanchito con el bacilo coli muere á los 3 días.

Inoculaciones hechas con el diplococo y el bacilo indeterminado no produjeron la muerte á los chanchitos.

8ª Obs.—Bacilo coli y estreptococos. El chanchito inoculado del bacilo muere á las 24 horas el inoculado con el estreptococo sobrevive.

9ª Obs.—Bacilo coli, estreptococo y estafilococo blanco. Inoculado el bacilo coli, el chanchito muere á los 6 días. Las inoculaciones hechas con el estafilococo y estreptococo no producen la muerte.

10ª Obs.—Los cultivos no dan gérmenes.

11ª Obs.—Las culturas de aerobios y anaerobios dan estreptococos y que inoculados á chanchitos no le producen la muerte.

12ª Obs.—Bacilo coli, estreptococo, estafilococo dorado. El chanchito inoculado con el bacilo coli muere á las 26 horas; el chanchito inoculado con estreptococos sobrevive y el inoculado con estafilococos muere á los 3 días.

13ª Obs.—Bacilo coli que inoculado á un chanchito muere á las 10 horas.

14ª Obs.—Diplococo que inoculado á un chanchito le produce la muerte á las 36 horas.

Síntomas

Las diversidades de síntomas que se óbservan en la apendicitis las reasumiremos en 5 principales:

1° Apendicitis simple.—Empieza generalmente brúscamente sin prodrómos por un fuerte dolor en el abdómen localizado en la fosa ilíaca derecha y más acentuado en el punto de Mac Burney. Las nauseas, vómitos no son constantes. La tempe-

ratura raramente pasa de 38°5, pudiendo quedar en la normal con aumento de pulsaciones como en un caso que he observado en el Hospital de Niños.

El dolor en el periodo de estadío es constante con paroxismos agudos que arrancan gritos á los enfermos, rara vez es sordo y necesita la palpación para revelarlo. El dolor á veces localizado primeramente en la fosa iliaca derecha se difunde á todo el abdómen, pero conservando su punto máximo en el punto de Mac Burney; en otros primitivamente difuso se localiza más tarde en la fosa iliaca derecha.

Despues de 2 ó 3 dias los síntomas generales se acentúan poco á poco, el vientre se pone abovedado, la facies se alteran, un estado de postración invade al enfermo, en la fosa iliaca se nota cierta renitencia, una tumefacción circunscrita y limitada más generalmente sin límites fijos y de volúmen variable. Los vómitos y constipación se acentúan á la par, aquellos primeramente alimenticios se vuelven biliosos y porraceos.

A estos síntomas pueden sucederle una remisión y sobrevenir la curación del enfermo ó despues de una remisión de vários dias los fenómenos pueden agravarse y pasar la apendicitis á otra forma.

2° APENDICITIS CON PERITONITIS ENQUISTADA— Empieza generalmente por dolores, vómitos, temperatura que puede llegar á 40° y á 130 pulsaciones, abovedamiento del vientre; síntomas más acentuados que en la forma anterior, y que van

acompañados de embarazo gástrico. lengua saburral, constipación. A los 2 ó 3 días se siente un empastamiento profundo de la región, muy doloroso á la presión; y á los 5 ó 6 dias si el abceso se forma se puede sentir ó no renitencia ó fluctuación según su localización superficial ó profunda. La temperatura puede permanecer elevada ó sobrevenir una remisión engañadora, descender el termómetro á 37° ó 37°5, lo mismo que los dolores; y las pulsaciones que pasan de 110 son las únicas que revelan la gravedad de la afeccion.

Cuando los fenómenos de infección amenazan á la vida, los síntomas generales se agravan, los escalofrios y la fiebre aumenta, el termómetro acusa grandes oscilaciones, el enfermo se adelgaza rápidamente, toma un tinte terrosó; los ojos se hunden, la lengua se seca, la constipación se acentúa. ó bien alternativas de constipación y de diarrea invaden al enfermo, Abandonado á sí mismo esta forma lo más frecuente es que la colección purulenta aumente progresivamente y lleve el enfermo á la muerte ya sea por infección general, por peritonitis generalizada ó por supuración visceral.

Rara vez la evolución de la apendicitis es màs favorable y termina por la curación abriéndose el abceso en el ciego, instentino delgado, colon, recto vegiga y al exterior. Como complicación aunque poco frecuente la pileflebitis de la vena porta con abcesos areolares del hígado como en la 1ª observación que presento.

3° Apendicitis con peritonitis generalizada purulenta.—Esta forma empieza ordinariamente por

dolores vivos expontáneos localizados con mayor intensidad en la fosa iliaca derecha, rara vez en la izquierda, màs generalizados que en las formas precedentes; acompañados de vómitos repetidos alimenticeos, biliosos, porraceos y á veces fecaloideos, que la hacen confundir con un estrangulamiento interno, y de constipación tenáz. El pulso es débil y frecuente, la temperatura suele ser elevada, á veces hipo anormal y en otras hay una verdadera disociación entre el pulso y la temperatura; la respiración es anciosa el abdómen duro, tenso, abovedado, la palpación del apéndice dolorosa é imposible, el semblante presenta una alteración profunda y la muerte sobreviene á los 5 ó 6 dias.

4° APENDICITIS CON PERITONITIS SÉPTICA DIFUSA —Esta es la forma más grave y fatal; la muerte sobreviene á veces con una rapidéz excesiva á las 36 ó 48 horas, sin que el enfermo pierda su lucidéz y calma; teniendo las facultades intelectuales habitualmente intactas y sin que el menor sufrimiento haga desvanecer la ilución del enfermo.

Esta forma se anuncia por vómitos que suelen ser raros y poco abundantes, por dolor ordinariamente localizado en la fosa iliaca derecha y no tan agudo como en las formas precedentes. La diarrea es frecuente, la respiración acelerada, la temperatura baja á las 24 ó 36 horas, á veces es hipo anormal miéntras que número de pulsaciones aumentan, se hacen débiles é irregulares; la lengua es saburral, el vientre poco abovedado, tinte ter. roso. La palpación y percusión poco dolarosas son á menudo negativas.

5° APENDICITIS CRÓNICA Á REPETICIÓN.—Despues de un ataque apendicular franco, que todos los sintomas han desaparecido durante un tiempo más ó menos largo; sobreviene un nuevo ataque más ó menos semejante al primero. Otras veces queda algun sintoma por desaparacer despues de la primera crísis, cuando sobreviene una nueva. Estas recidivas se observan 15 en 100 según Reg-Fitz, 25 según Krafft y 32 según Richardson.

Diagnóstico

Cuando la apendicitis se presenta con sus síntomas habituales y estos son observados desde un principio, el diagnóstico es ordinariamente fácil; pero cuando al dolor localizado en punto de Mac Burney, á la tumefacción y fiebre síntomas clásicos de la apendicitis. se añaden otros nuevos, falten algunos ó revista un carácter anómalo; puede traer dudas en el ánimo más experto.

La observación 1ª á pesar de la proligidad del exámen, el diagnóstico lo dió la autopsia; semejante á otros casos que he visto en la necropsia sin que se hubiera sospechado de que se tratara de esta afección durante la vida.

Cuando predomina el elemento dolor puede confundirse con el cólico hepático, nefrítico, saturnino, enteritis muco membranosa, enteralgia, embarazo gástrico, fiebre tifoidea y estrangulación intestinal.

Para evitar el error se tendrá en cuenta no solamente la evolución de los accidentes sinó tambien

el asiento del dolor. El cólico hepático y nefrítico son muy raros en los niños; además el dolor del cólico hepático está localizado bajo el reborde costal, se irradía hácia la espalda y es acompañado de vómitos frecuentes y repetidos. El cólico nefrito es más intenso y se irradía hacia la ingle y el testículo, ambos no están acompañados de fiebre lo que es común en la apendicitis.

En la enterocolitis muco menbranosa el dolor es más difuso; y si tiende á localizarse, lo hace hácia la fosa iliaca izquierda. El principio no es generalmente tan brusco y en la apendicitis existe habitualmente una zona superficial de hiperestesía En las enteralgias no hay fiebre el dolor viene por accesos, pasados los cuales no queda punto doloroso y hay timpanismo sin contracturas de la pared. En el embarazo gástrico que puede ser confundido con un principio de apendicitis, no hay dolor localizado, y los síntomas desaparecen rápidamente.

El estrangulamiento intestinal empieza bruscamente sin fiebre, después sobreviene un colapso con enfriamiento general, falta absoluta de deposiciones y de gases, meteorismo y abovedamiento del abdomen muy pronunciado; y á veces se dibujan las ansas intestinales debajo de la piel, lo que nunca sucede con la apendicitis.

Cuando predomina la tumefacción la apendicitis puede confundirse ya sea con un abceso perinefrítico, con una colecistitis ó con cualquiera afección de la pelvis; según que el apéndice y la colección que lo acompaña sea de variedad posterior ó descendente.

Pronóstico

El pronóstico en general es más grave en el niño que en el adulto. El pronóstico es sumamente variable; y es una cuestión muy difícil de resolver fundándose en las estadísticas que son completamente distintas, según que provengan de un clínico ó de un cirujano.

Mlle Gordon sobre 77 casos, da 52 curaciones y 25 muertos; Brun sobre 45 casos, da 32 curaciones y 13 muertos; Furbringer da una mortandad de 10 por ciento y Fowler de 15 por ciento.

Con respecto á las formas de la enfermedad debe considerarse benigna la apendicitis simple y la periapendicitis localizada, como grave la apendicitis generalizada y como gravísima la peritonitis séptica.

Tratamiento

El problema del tratamiento de la apendicitis es uno de los que en estos últimos tiempos ha dado lugar á las más vivas controversias. Klen dice, que la primera indicación para el médico en presencia de una apendicitis, es llamar á un cirujano; para Dieulafoy no hay tratamiento médico en la apendicitis y sin embargo la mayor parte de los cirujanos aceptan el tratamiento médico en las formas simples.

Como tratamiento médico los revulsivos, los vegigatorios, las sanguijuelas son contraindicadas;

los purgantes y enemas son peligrosos; y el verdadero tratamiento eficaz que suele bastar para la curación ó por lo menos dejar preparado el terreno para el tratamiento quirúrgico es la inmovilización completa, hielo permanente sobre el vientre y dieta absoluta. El enfermo guardará cama y para apagar la sed se le darán algunas cucharadas de agua de Vichi ó de café cada 2 horas y si fuera posible lavar solamente la boca con agua de Vichi. Se procurará la inmovilización del intestino por el opio, administrándolo en los niños bajo la forma de extracto tebaico en poción de 5 á 10 centig. según la edad del enfermo; lo mismo se podrá obtener la inmovilización del intestino con inyecciones de morfina.

Si á las 48 horas no hay mejoramiento del estado general y disminución del empastamiento doloroso y limitado de la fosa ilíaca, el tratamiento quirúrgico es indicado. Cuando las lesiones son enquistadas la incisión de Roux basta y cuando la peritonitis es general es necesario hacer la laparotomía mediana seguida de un abundante lavage de agua hervida.

La mayor parte de los cirujanos resecan á frío el apéndice del enfermo que haya tenido uno ó dos ataques de apendicitis á pesar de no ser la operación del todo inotensiva.

Sin embargo la operación es indicada cuando los enfermos después de un ataque de apendicitis conservan ciertos dolores, ligero impedimento y una induración persistente en la fosa ilíaca.

OBSERVACION I

Santiago Codanelli, 12 años, entra á la Sala 1ª el 15 de Agosto de 1899.

Esta observación la más interesante y que ha sido el móvil que he tenido para la elección del material de mi tesis, la describiré con todos los detalles.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales—Ha sido muy sano siendo esta la primera enfermedad, que se inició el día 5 de Agosto, con vómitos frecuentes y mucosos, fiebre alta, anorexia, dolores en el vientre y principalmente localizados en la fosa iliaca derecha.

Estado actual—Bien desarrollado y en buen estado de nutrición. Temperatura 38°4, pulso regular, frecuente y de buena tensión; lengua saburral blanca en el centro y roja en los bordes, inapetencia, estado soporoso é indiferente.

Aparato respiratorio—A la palpación no presenta ninguna particularidad.

Sonoridad normal en toda su extensión á la percusión; y á la auscultación se nota una respiración ruda en ambos pulmones y uno que otro ral subcrepitante diseminado.

Aparato circulatorio—En buen estado de funcionamiento.

Abdómen—A la ínspección, ligeramente abovedado; á la palpación se siente algo resistente en toda su extensión, la presión es dolorosa en la región hepigástrica, inmediatamente por debajo del apéndice xifoides. El hígado aumentado de volúmen se deja palpar, sobrepa-

sando unos dos traveses de dedo el reborde costal; el bazo aumentado de volúmen es igualmente accesible á la palpación. En la fosa ilíaca derecha no se siente gorgoteo, ni acusa dolor, el enfermo, á la presión. A la percusión se nota un timpanismo exajerado en el epigastrio y una submatitez en los flancos.

Las deposiciones son líquidas, de mal olor, de color amarillo oscuro y frecuentes, variando dicha frecuencia de 6 á 7 por día.

El enfermo tiene fuertes escalofríos, que duran hasta 2 horas, con temblor general de todo el cuerpo, rechinamiento de los dientes, palidez muy pronunciada y abundantes sudores después de terminado el acceso. Estos escalofríos se han repetido 2 veces en una noche y otras 2 durante el día. Mientras el enfermo acusa estos escalofríos, el termometro debajo de la axila marca 39°8 de temperatura. Estos escalofríos aparecieron el 17 por la noche, el segundo día de su entrada al Hospital.

El día 18 tiene un escalofrío que dura desde las 10.30 a. m. hasta las 11.30 a. m., con 39°5 de temperatura durante el acceso de frío.

Como tratamiento se prescribe una medicación antiséptica con benzonaftol y bicarbonato de soda, baños á la temperatura de 28° cada 3 horas y dieta lactea.

Agosto 19. El enfermo se siente mejor, la temperatura ha bajado à 37°6 en la mañana y 38° por la tarde. La anorexia persiste, las deposiciones no han cambiado de aspecto.

Agosto 23. Continúan los escalofríos, repitiéndose á intervalos irregulares; después del acceso sobrevienen sudores, con sensación de bienestar. La temperatura sigue siendo irregular, con varias oscilaciones diarias, y que no se acomoda á ningún tipo definido; el día 21 la temperatura ha llegado á 41°5. Tiene de 1 á 2 vómitos alimenticios por día, la anorexia es completa, polidipsia, deposiciones líquidas de mal olor y en número de 5 á 6 por día; vientre elevado y sensible á la presión, sobre

todo en los hipocondrios y en la región epigástrica. El hígado, sensiblemente doloroso ha aumentado de volúmen, sobrepasando ahora cuatro traveses de dedo del reborde costal.

Agosto 24. Hígado muy doloroso, mucho más sensible á la presión que el día anterior; el borde anterior se palpa fácilmente, sobrepasando 4 dedos el reborde costal. A la palpación se nota, en el lado derecho, á la altura del ombligo y entre las líneas paraesternal y mamaria, un tumor duro resistente, de superficie lisa, regular, doloroso á la presión y móvil. El bazo doloroso al exámen, aumentado de volúmen, se palpa fácilmente. El abdómen en el resto de su extensión se presenta ligeramente elevado y timpánico.

Agosto 25. Continúa en el mismo estado que el día anterior con pulso frecuente, regular, temperatura 38°6 por la mañana, vientre elevado, doloroso y timpánico á la percusión; la sensibilidad al dolor se ha acentuado y es más intensa que en los días anteriores en el hipocondrio derecho. Por debajo del borde del hígado, á la altura del ombligo y á la derecha de éste se siente á la palpación un tumor duro, muy movible, doloroso á la presión y que está independiente del hígado; es el mismo tumor que se palpaba en la observación del día anterior, presentándose ahora más grande y de forma cilíndrica.

Por debajo del apéndice xifoides donde existía desde su entrada, un punto doloroso pero no bien localizado; se siente palpando ahora otro cuerpo duro muy sensible y de una sensación idéntica al anteriormente citado.

En el hipocondrio izquierdo, casi en contacto con el bazo y de donde hace éste prominencia, se toca un tumor de caracteres semejantes á los anteriormente descriptos, siendo más pequeño. La diarrea que se había moderado, ha vuelto á aumentar con un aspecto casi seroso. Los escalofríos no se han repetido; la lengua ha perdido en parte el barniz saburral que la recubría, presentándose roja y seca.

Desde hoy el enfermo se queja de dolor expontáneo y generalizado á todo el abdómen, aumentando con los movimientos é inspiraciones profundas, siendo entonces màs acentuado en el epigastrio. Se observa además desarrollo venoso en la piel del hipogastrio. Hay anorexia, labios secos y pálidos, palidez en toda la superficie cutanea. Se le administra sulfato de quinina á la dósis de 1 gramo por día y tónicos.

Durante los primeros días de su entrada en el Hospital, se sospechó en una fiebre tifoidea; pero con el resultado negativo de la sero reacción de Widal, que se repitió en tres días consecutivos hizo desistir de este diagnóstico é inclinarse á la existencia de un acceso hepático. Se hace pasar al enfermo al servicio de Cirujía y examinado bajo cloroformo por el Dr. Castro para darse más exacta cuenta de los signos suministrados por la palpación, se nota: que el hígado se encuentra realmente aumentado de volúmen no deformado, y que los tumores arriba mencionados estaban completamente movibles y separados del hígado. Se hace al mismo tiempo con una pequeña jeringa punciones en diversos puntos del hígado y solo por debajo del apéndice xifoides, la punción dá un líquido sanguinolento rojo oscuro. Con este líquido se hacen siembras en caldo y en agar-agar dando los cultivos estafilococos dorado, bacilos coli y diplococos.

Agosto 28. Con el resultado del exámen bacteriológico se decide la operación. Se hace la paratomía mediana supra umbilical, y al abrir el peritonio, llama la atención la salida de una gran cantidad de líquido ascítico, citrino transparente. El hígado aumentado de volúmen presenta numerosos puntos blanco-amarillentos muy próximos los unos de los otros y variando en tamaño desde el de una cabeza de alfiler, hasta la de una nuez. El mesocolon transverso está espesado y existe entre sus dos hojas un acceso del tamaño de una naranja pequeña, que se abre, se seca el pus con tapones y se coloca un drenage con gaza, suturando una parte de la herida abdomi-

nal. A las 48 horas se cambia de curación; el estado general no ha cambiado, la ictericia se ha acentuado.

Septiembre 1º. 34 respiraciones y 135 pulsaciones.

Septiembre 2. Embriocardia, descenso de la temperatura y muerte á las 11 p. m.

Septiembre 23. Se practica la autopsia y dá el siguiente resultado:

Diagnóstico anatómico—Equimosis subpleurales. Congestión y edema pulmonar, miocarditis aguda, abcesos múltiples del hígado, peritonitis fibrino purulenta generalizada, peritonitis fibrosa adhesiva parcial, apendicitis, perforación del apéndice, trombo pieloflebitis del sistema porta.

Caracteres generales – En mal estado de nutrición. Rigidez cadavérica no aparecida. Panículo adiposo desaparecido. Esqueleto bien desarrollado.

Torax—Las pleuras parietales y viscerales de ambos lados, se presentan lisas, brillantes y transparentes.

Pulmón derecho—Debajo de la pleura visceral se observan unas manchas rojizas, del tamaño de una cabeza de alfiler, que no desaparecen á la presión, y encontrándose en mayor número hácia la base del pulmón.

Lóbulo superior y medio,—Presentan una coloración rojiza, crepita á la presión y de la superficie de corte sale gran cantidad de líquido sanguinolento.

Lóbulo inferior.—Presenta una coloración rojiza y del corte sale abundante líquido sero sanguinolento espumoso.

Pulmón izquierdo—Presenta caracteres semejantes á los descriptos en el pulmón derecho.

Corazón—En la cara posterior debajo del pericardio visceral y en la base de los ventrículos, se encuentran unas manchas rojizas, que presentan los mismos caracteres á los descriptos en el pulmón. El miocardio tiene en algunos puntos una coloración de hoja muerta, dejándose desgarrar con facilidad; y en otras, una coloración rojo jamón, habiendo conservado en estos puntos su resisten-

cia normal. Por debajo del endocardio se observan algunos puntitos rojos idénticos á los descriptos.

Abdómen — En la línea media, á partir del apéndice xifoides, se observa una insición de 10 centimetros, que comprende á la piel, á los músculos y al peritoneo parietal.

Hígado.—La cápsula de Glisson ha perdido su brillo y transparencia y se encuentra recubierta por un exudado amarillento que se desprende facilmente. La vena porta en el hilio del hígado presenta su luz obtenida por coágulos fibrino cruoricos adheridos á la pared de este vaso; coágulos que en algunos puntos están reblandecidos y contienen una substancia amarillenta. El hígado aumentado de volúmen, presenta en ciertos puntos una coloración amarillenta, y en el resto del órgano una coloración rojo oscura; y del corte sale líquido sanguinolento en abundancia tanto de los pequeños como de los gruesos vasos; observándose además cavidades que varían del tamaño de una cabeza de alfiler á la de una nuez, próximas las unas de las otras, conteniendo un líquido espeso cremoso, amarillento algunas, y otras un líquido amarillo verdoso.

La vesícula biliar está distendida por la bilis y su cara interna recubierta de una capa de mucus, lo mismo que en el conducto colédoco.

Riñones—De la superficie de corte sale gran cantidad de líquido sanguinolento; observándose en la capa cortical unos puntitos rojos del tamaño de una cabeza de alfiler. La cápsula se desprende con facilidad, dejando ver las estrellas de Verheyen muy marcadas.

Baso—Aumentado de volúmen, cápsula rugosa; al corte friable se desgarra fácilmente.

Estómago.—Contiene un líquido verdoso mezclado á grumos blanquecinos; la mucosa presenta sus vasos sumamente inyectados.

Peritoneo—En toda su extensión se encuentra recubierto por un exudado fibrinoso y entre medio de las adherencias existe un líquido amarillento viscoso. En el peritoneo que

rodea al apéndice se observa una cavidad llena de pus del tamaño de una mandarina, de paredes formadas por bridas fibrosas; conteniendo en su interior el apéndice grueso, tumefacto adherido por bridas resistentes á esta pared y presentando una necrosis circular, una amputación de su extremidad, que deja comunicar la cavidad purulenta con la luz del apéndice sumamente pequeña por la tumefacción de la mucosa, permeable y llena de pus.

Intestinos—La mucosa se encuentra algo inyectada, y las placas de Peyer tumefactas. Todas las ramas de la vena-porta presentan su luz obstruida por coágulos fibrino cruóricos, observándose en la inserción del intestino al mesenterio cavidades, algunas del tamaño de una cabeza de alfiler, otras de una nuez y otras de una mandarina, llenas de un líquido amarillo rojizo espeso de mal olor.

Examen microscópico y bacteriológico—Con una pipeta esterilizada, después de hacer una pequeña escara en la superficie de uno de los abcesos del mesenterio, se extrae pus y se hacen siembras en diferentes medios de cultivos; consiguiendo aislar el estafilococo piogeno dorado, el bacilo coli, un diplococo y un bacilo largo que toma el Gram, predominando las colonias del primero. Con las mismas precauciones se extrae sangre del ventrículo derecho para poder observar los gérmenes que han pasado á la circulación general, y las siembras hechas en los medios ordinarios dan el resultado siguiente: el estafilococo dorado y el bacilo coli predominando el estafilococo.

De los cortes de la vena-porta en sus raíces, se nota que las paredes están espesadas infiltradas por una gran cantidad de pequeñas células, redondas mononucleares. El endotelio de revestimiento casi en su totalidad ha desaparecido, encontrándose en uno que otro punto células que han perdido sus contornos, á protoplasma granuloso con su núcleo fragmentado y que toma mal las substancias colorantes. Adherida á la pared interna del vaso se encuentra una red de fibrina entre cuyas mallas se encuentran

aprisionados gran cantidad de glóbulos rojos y lencocitos. Tiñendo por el método de Gram estos cortes, y examinándolos al microscopio se ven grupos de cocos en forma de racimo que toman el Gram y uno que otro bacilo corto que lo pierde. El examen histológico del hígado nos revela que las alteraciones primeras han pasado en los vasos porta, los cuales presentan caracteres semejantes á los anteriormente descritos en las raíces de la vena porta, con esta diferencia, que la infiltración de lencocitos es más marcada en algunos de estos vasos, y en otros se puede observar que la pared se ha roto y ha tomado parte en la formación del abceso la célula hepática, la cual se encuentra en estos puntos tumefacta, con su núcleo fragmentado que se tiñe mal á los colorantes. Tratando por el método de Gram estos cortes se ven gran cantidad de estafilococos y escasos bacilos cortos que no toman el Gram.

OBSERVACION II

Victorio Bagnasco—8 años —Entra á la Sala 3ª el 8 de Octubre de 1900.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales—No ha tenido ninguna enfermedad anterior á la actual; esta empezó el día 7 por la mañana con intensos dolores que los localizaba en el lado derecho del vientre; dolores continuos, pero que se exageraban con el menor movimiento y que no se irradiaban. En el mismo día tuvo un vómito, fiebre y decaimiento notable.

Estado actual—Estado de nutrición bueno, tinte pálido de la piel y mucosas, facies abdominal.

Vientre—Inspección—Vientre abovedado, surcado por ligera red venosa; en la región infra umbilical del lado derecho la piel es ligeramente roja, y los elementos parecen hacer relieve.

Palpación—La palpación superficial revela una tensión

exagerada de la pared muscular en el lado derecho (defensa muscular), y una sensibilidad delicada de la piel en el mismo lado (hiperestesia cutánea). Palpando más profundamente el dolor se localiza y se hace intolerable en el punto de Mac Burney; notándose además en esta región un cierto grado de empastamiento, un cierto calor á la mano. *Percusión.* La percusión revela mucho meteorismo abdominal y ligera submatitez del lado derecho. El pulso es frecuente, regular y tenso; respiración un poco acelerada; la temperatura ha sido por la noche de 38° y de 37°5 por la mañana. Hay constipación.

Octubre 9—Se opera, se hace una laparotomía lateral con una incisión paralela á la línea media y á tres traveses de dedo por fuera. Se incinde la piel, capa muscular y peritoneo, y se llega sobre el apéndice constatándose que está adherido por un exudado fibrinoso á los órganos vecinos, formando entre las adherencias pequeñas cavidades llenas de pus espeso de olor fecaloideo. Se reseca el apéndice á ras del ciego, se liga, se hace una sutura en jareta y se invagina el pedículo. Se cierra el plano muscular y cutáneo dejando un drenage en la cavidad peritoneal.

Octubre 20—El operado está muy bien, no ha presentado temperatura, y el drenage de la cavidad peritoneal ya no contiene pus, sigue haciéndose la cicatrización.

Noviembre 1°—La cicatrización está completa sólo queda un punto ulcerado.

Noviembre 4—Se da de alta curado.

Examen anatomo patológico y bacteriológico--El apéndice tiene 6 cent. de largo, se encuentra rígido violáceo y la serosa recubierta por unas membranas fibrinosas poco resistentes; cerca de la extremidad del apéndice se ven 3 ulceraciones de fondo rojo oscuro, de unos 4 mm. de diámetro y que no perforan el apéndice. Al corte el apéndice se presenta friable, de paredes algo espesadas, de mucosa tumefacta y equimosoda. La luz, disminuida sobre todo hacia la extremidad, está libre en toda su extensión.

Al exámen histológico se observa una gran infiltración de células redondas que han invadido todas las capas, acentuándose en la submucosa y túnica propia, habiendo en esta desaparecido casi todas las glándulas de Lieberkühn. Los vasos están llenos de glóbulos rojos, y el epitelio de revestimiento de la mucosa ha desaparecido en casi toda la extensión.

Del pus de un abceso periapendicular se hacen cultivos de acrobios y dan el bacilo coli y un diplococo que toma el Gram, no liquida á la gelatina y enturbia el caldo formando una película muy ténue. Con las culturas en caldo del diplococo se hace una inoculación intraperitaneal de 1 cet. cúb. á un chanchito que le produjo la muerte á las 14 horas encontrándose en la autopsia el peritoneo injectado, tapizado por un ligero exudado fibrino purulento y con pequeños abcesos miliares en el hígado. Los cultivos hechos del líquido del peritoneo, de la sangre y del hígado del chanchito han dado el mismo gérmen.

Del pus periapendicular los cultivos de anaerobios dan el mismo diplococo que toma el gram y que inoculado en el peritoneo á un chanchito le produjo la muerte á las 12 horas, presentando en la autopsia una injección intensa de los vasos del peritoneo con un derrame seropurulento, congestión hepática y pulmonar. De los cultivos que se hacen del líquido del peritoneo, del corazón y del hígado del chanchito dan el diplococo anteriormente descrito.

OBSERVACION III

Cristina Leiva—12 años—Entra á la sala 4 el 26 de Junio de 1900. *Atecedentes hereditarios.*—No se conocen; es huértana.

Ant. personales.—Hace 5 años que esta asilada en la Merced y durante este lapso de tiempo ha sido siempre sana, padeciendo sólo en los inviernos de bronquitis agn-

das que han curado bien. Desde un mes á esta parte se queja de un dolor en la rodilla derecha, muslo y articulación coxofemoral del mismo lado, dolor continuo y que se exagera con los movimientos; no hay atrofia muscular, ni osea, ni tiene fiebre, apenas se observa una ligera contractura de los adductores y la marcha se hace con muy poca claudicación. Hace varios meses que la enferma sufre alternativas de constipación y diarrea.

Trat.—Inmovilización con aparato de lata. Julio 25. —La enferma generalmente constipada. Se saca el aparato y se le permite que se levante y camine.

Agosto 9.—A las 2 p. m. vómitos repetidos, dolor no irradiado, expontàneo y más intenso á la presión, en la fosa iliaca derecha.

Agosto 10.—A las 8 a. m. Temp. 38°3; vómitos color oscuro, persiste el dolor en la fosa ilíaca derecha; hay poca defensa muscular y se nota empastamiento. A las 6 p. m. Temp. 39°, sed intensa.

Agosto 11.—8 a. m.—A las 7 a. m. ha tenido un vómito color oscuro, tiene frecuentes arcadas, dolor persistente y más intenso que el día anterior. Temp. 38°2, y 124 pulsaciones. Se decide la operación. Oper. Dr. M. Castro. Se hace la insición de Jalaguier y después de abrir el peritoneo se busca y encuentra el apéndice en variedad posterior, adherido por bridas resistentes á los órganos que lo rodean. El apéndice se rompe al desprenderlo de sus adherencias. Se liga el pedículo, se reseca el apéndice, se extrae su extremidad rota y se pone una sutura en corona en el intestino y en el nacimiento del apèndice, para rechazar el pedículo hácia la luz del intestino. Se hace la sutura de la pared abdominal en 3 planos y se coloca un drenage.

A las 8 p. m. Temp. 38°6, pulso denso y frecuente con 160 pulsaciones. Trat. Opio al interior.

Agosto 12.—Estado general bueno, pocos dolores, pulso con buena tensión y frecuente.

Agosto 13.—A las 2 p. m. se hace la primera cura-

ción, observándose un poco de pus en el drenage, los dolores han disminuido, no hay empastamiento.

Agosto 17.—Sigue la supuración; la parte de la herida saturada permanece en buen estado.

Agosto 20.—Se sacan los puntos de sutura.

Agosto 29.—Estado general bueno; la herida se va cicatrizando, hay poca supuración.

Setiembre 10.—Estado general bueno, no hay dolores ni expantáneos ni à la presión; herida operatoria completamente cicatrizada.

Setiembre 14.—Se ha formado una pequeña fístula en la herida.

Setiembre 25. — Se mantiene la fístula en el mismo estado.

Setiembre 29.—De la fístula se elimina un pedazo de seda.

Octubre 4.—Se da de alta curada.

Examen anatomo-patológico y bactereológico. — Apéndice del largo de 10 cent. grueso, indurado, la serosa ha perdido su brillo y está cubierta por bridas fibrosas. El meso apéndice se encuentra espesado con sus vasos dilatados. Al corte se observa en la parte media un cálculo del tamaño de un garbanzo que obstruye la luz del apéndice, y debajo de la parte obstruida se vé la cavidad algo dilatada y llena de muco pus.

Al exámen histológico del apéndice, de un corte hecho en la parte superior de la obstrucción se observa una infiltración celular de la submucosa y túnica propia, conservando la mucosa su epitelio de revestimiento. En la parte situada debajo de la obstrucción se nota gran cantidad de tegido fibroso en todo el espesor de la pared, en la submucosa los folículos parecen hipertrofiados, las glándulas de Lieberkühn se observan en pequeña cantidad y el epitelio de revestimiento de la mucosa ha desaparecido.

De los cultivos hechos del líquido de la cavidad cerrada en los medios ordinarios han dado el bacilo coli y un

diplococo que pierde el gram no liquida á la gelatina y forma poca película al caldo. De las culturas en caldo del bacilo coli inoculado á un chanchito y observado durante 27 días ha producido variaciones de temperatura de 38°2 á 39°4 sin ocasionarle la muerte. El diplococo inoculado en las mismas condiciones á otro chanchito y observado durante 27 días ha presentado temperatura que variaba de 38ª á 38°8 sin producirle la muerte.

Se les da muerte á ambos chanchitos y en las autopsias no se encuentran lesiones,

OBSERVACION IV

Romilda Gramática—10 años—Entra á la Sala 4ª el 15 de Enero de 1900.

Antecedentes heredetarios.—El padre padece de reumatismo, y la madre es sana.

Antecedentes personales.—Ha padecido de sarampión, flebre gástrica y de bronquitis. La enfermedad actual comenzó hace 3 días con dolores localizados en la fosa liíaca derecha, vómitos y fiebre. Le administraron dos purgantes los que le producieron 7 ú 8 deposiciones verde amarillentas de muy mal olor.

Ectado actual.—Niña bien constituida, panículo adiposo regular. Temperatura 38° y 100 pulsaciones, estado intelectual bueno. Presenta en el punto de Mac Burney una región dolorosa expontáneamente y que se acentúa á la presión. En la fosa ilíaca derecha se nota hiperestesia cutánea y un empastamiento que es mate á la percusión. Tiene lengua saburral.

Enero 16.—Operación (oper. Dr. Marcelo Viñas). Insición de Roux. Al abrir el peritoneo se observa la salida de una pequeña cantidad de pus; se descubre el ciego y se vé que su cara lateral derecha está cubierta por una espesa membrana fibrino purulenta, en medio de la cual se vé una ulceración profunda del tamaño de una arveja de

bordes rojo oscuros y que presenta el aspecto de una perforación del ciego. Al desprender esta membrana se nota que la ulceración corresponde á una perforación del apéndice; encontrándose èste aplicado sobre el ciego y cubierto por el exudado. Se reseca el apéndice, se cierra la herida en 3 planos dejando un drenage.

A las 8 p. m. Temp. 37°6, pulsaciones 92.

Enero 25.—La enferma se encuentra bien, no tiene temperatura, pulso con bastante tensión.

Abril 30.—Se da de alta curada.

Anatomía patológica y bactereológica.—Apéndice duro, tumefacto, presenta una perforación de 6mm. de diámetro cerca de su extremidad, la serosa ha perdido su brillo y está tapizada por un exudado fibrino purulento. En el tercio superior del apéndice se observa un cálculo estercoral del tamaño de una arveja que obstruye la cavidad, la cual está llena de líquido purulento amarillo oscuro. En la mucosa tumefacta se ven las saliencias que hacen los folículos aumentados de volúmen. Al exámen histológico del apéndice en la parte obstruida, no se observan glándulas de Lieberkühn, ni epitelio de revestimiento de la mucosa; la capa superitoneal y submucosa están completamente infiltradas por pequeñas células redondas, lo mismo que la capa muscular notándose en ésta menos acentuada la infiltración.

Los cultivos hechos del pus de la cavidad peritoneal han dado el bacilo coli solamente. De las culturas en caldo de este bacilo se hace una inoculación intraperitoneal á un chanchito (1 cent. c.) y le produce la muerte á los 3 días, observándose en la autopsia una peritonitis fibrino purulenta. Se hacen cultivos del corazón, del hígado y del pus del peritoneo del chanchito y dan el bacilo coli inoculado,

OBSERVACION V.

Isaac Jacowiski—13 años—entra al Hospital el 2 de Mayo de 1900.

Antecedentes hereditarios—Los padres han sido siempre sanos.

Antecedentes personales—Ha tenido sarampion á los 3 años y después no ha tenido más enfermedad que la actual, data esta de 8 días, que el enfermo la atribuye al haber comido unos días anteriores gran cantidad de manzanas verdes, y empezó á las 11 a.m. con ligeros dolores limitados á la fosa iliaca derecha y que han seguido aumentando hasta hacerse intolerables por la noche Estos dolores eran paroxísticos, expontáneos, más intensos durante la noche y se acentuaban al menor movimiento. Al día siguiente inapetencia, vómitos alimenticios que sobrevenían solamente después de tomar algún líquido, y constipación. En todos estos días le administraron purgantes y enemas.

Estado actual—Mayo 2, Temp. 36° mañana, 36°.8 tarde, 90 pulsaciones. Estado general regular; á la palpación, dolorosa en la región iliaca derecha, se nota un ligero empastamiento que es oscuro á la percusión.

Trat.—Se le da pocion, antiemética de Riviere para los vómitos y hielo en la región dolorosa,

Mayo 31901. Temp. 36°.5 mañana, 36°.6 tarde, 87 pulsaciones.

El enfermo se siente mejor, los dolores han disminuido, lo mismo que la contractura, y empastamiento de la región, los vómitos y la inapetencia han desaparecido. Ha tenido 6 deposiciones amarillo oscuras, líquidas.

Trat.—Dieta lactea, hielo en la región.

Mayo 4. Se le dan 2 cucharadas de aceite de ricino, á la hora y media una taza de café con leche. El enfermo se consigue y come unas naranjas; á los pocos minutos vuelven los vómitos y á la hora los intensos dolores de la fosa iliaca derecha. Temp. 35°.9 mañana, 36°.2 tarde.

Trat-—10 gotas de Láudano Syd., hielo en la región.

Mayo 5. Temp. 36. mañana, 36°.3 tarde, pulsaciones 80. Los dolores han disminuido, el enfermo tiene apetito; pero el empastamiento progresa y se siente una ligera fluctuación profunda; por lo cual el Dr. M. Castro se decide á la operación.

Insición vertical de 8 cent. en el punto de Mac Burney, se llega al peritoneo, el cual se encuentra adherido á las ansas intestinales formando una cavidad que contiene unos 100 cent. cub. de pus blanco amarillento de muy mal holor, mezclado á gases. Se busca y no se encuentra el apéndice.

Mayo 6. Temp. 36°.2 mañana, 36°.9 tarde, 90 pulsaciones. Se le forma una fístula estercoral.

Mayo 9. Temp. 38°.1 mañana, 37°.5 tarde, 105 pulsaciones. Salen por la herida abundantes materias fecales.

Julio 14. Existe una pequeña fístula y por ella salen materias fecales solamente cuando se comprime el abdomen.

Julio 20. Sale del servicio con una fístula muy pequeña.

Exámen bacteriológico—Se hace una inoculación intraperitoneal á un chanchito con el pus del abceso. Se observa al chanchito durante un mes con las variaciones de temperatura de 38°2 á 38°4, habiendo aumentado de peso durante este tiempo: Se le dá muerte y en la autopsia no se ven mas que algunas adherencias fibrosas en el peritoneo, alrededor de 3 gangliós, uno de ellos del tamaño de un pequeño garbanzo, con el centro reblandecido estaba colocado en el flanco derecho. De la sustancia del ganglio al exámen directo no se encuentran gérmenes. De los cultivos que se hacen del hígado, de la sangre y del líquido del peritoneo del chanchito no se desarrollan ningún gérmen. Con la sustancia del ganglio se hace una inoculación intraperitoneal á un chanchito que se observa durante mes y medio y en la autopsia no se encuentra lesion.

Con el pus del abceso del enfermo, las culturas en caldo, agar-agar y suero dan bacilos coli y estreptococos que toman el gram, no liquidan á la gelatina, forma pequeños grumos en el caldo que van al fondo.

De las culturas en caldo del bacilo coli y estreptococos asociados, se hace una inoculación intraperitoneal de 1 cent. cub. á un chanchito que muere á las 12 horas de peritonitis fibrino purulenta, hidro pericardio é hidro torax. En el escudado del peritoneo al exámen directo se ven gran cantidad de bacilos cortos que pierden el gram y muy escasos estreptococos que toman el gram. Las culturas que se hacen del líquido del peritoneo del chanchito han dado el bacilo coli y el estreptococo. Las culturas de la sangre y del hígado no dan más que el bacilo coli.

La inoculación intraperitoneal á un chanchito con las culturas en caldo del bacilo coli, le produce la muerte á las 16 horas. En la autopsia se observa una peritonitis fibrino purulenta. Se hacen cultivos de la sangre, del hígado y del exudado peritoneal dando el mismo bacilo.

La inoculación intraperitoneal á un chanchito, de las culturas en caldo del estreptococo no le produce la muerte.

OBSERVACION VI

Catalina R.—12 años—entra al Hospital el 4 de Diciembre de 1899.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales—Hace un año, venía sufriendo todos los meses de un fuerte dolor localizado en la fosa iliaca derecha acompañado de vómitos y de constipación; este dolor se le pasaba á los 3 ó 4 días sin novedad.

La enfermedad actual data de 9 días, que se inició con dolor localizado en la fosa iliaca, vómitos, decaimiento general pronunciado, anorexia, fiebre, constipación rebelde, síntomas que han ido acentuándose hasta la fecha.

Estado actual—Niña bien desarrollada, estado de nutri-

ción buena, estado general malo, mucha postración, un poco de delirio, sed intensa, vómitos biliosos, constipación, pulso débil irregular. A la palpación se nota un empastamiento en la fosa iliaca, que es submate á la percución, siendo ésta timpánica y dolorosa en todo el abdómen, haciéndose el dolor intolerable en el punto de Mac Burney.

Diciembre 5. Oper. Dr. M. viñas.—Insición de Roux, se descubre el ciego el que se encuentra rodeado de adherencias fibrosas que forman una gran cavidad llena de pus. Se busca pero no se encuentra el apéndice. Se limpia la cavidad y se deja un drenage con gaza.

Diciembre 6. Retensión completa de orina, se hacen sondages 2 veces por día saliendo bastante cantidad de orina. Mucha postración, región muy dolorosa, pulso frecuente de poca tensión.

Diciembre 12. La herida operatoria está bien, no supura, la emisión de orina es normal, estado general bueno.

Enero 12. Estado general bueno, herida operatoria cicatrizada.

Exámen bacteriólógico—Al examen directo se encuentran bacilos cortos que pierden el gram, y estreptococos y estafilococos que se colorean con el gram.

Las culturas hechas del pus en los medios ordinarios han dado el bacilo coli, el estreptococo que no liquida á la gelatina y estafilococos piog. aureus.

Del pus se hace una inoculación intraperitoneal á un chanchito, que se le observa durante 45 días con variaciones de temperatura de 37°8 á 39. Se le da muerte y en la autopsia no se encuentra lesión. Los cultivos hechos del líquido del peritoneo, del hígado y del corazón no han dado gérmenes.

Las inoculaciones intraperitoneales á chanchitos hechas con las culturas en caldo del bacilo, del estreptococo y del estafilococo del pus, no les han producido la muerte.

OBSERVACION VII

Horacio L.—6 años, entra al Hospital el 25 de Enero de 1899.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—A los 4 años tuvo bronquitis, ulceraciones en la nariz, lengua y laringe, y en setiembre del año pasado estuvo 40 días con diarrea muco purulenta.

Enfermedad actual.—Data de 6 dias y que al despertarse notaron se quejaba de un dolor agudo en la fosa ilíaca derecha, y por la tarde se iniciaron los vómitos alimenticios y biliosos, despues constipación tenáz, temperatura 38°, orina muy sedimentosa. Hace 3 dias que no orina sinó por medio del sondage, el vientre timpánico y muy doloroso, los vómitos aumentan.

Estado actual.—Enero 25—Tiene retención de orina, ha obrado 4 veces, vientre muy doloroso, miembros inferiores en abducción y flexión sobre la pelvis.

Enero 26.—Ha tenido una deposición durante la noche, ha orinado espontáneamente, los vómitos se han detenido los miembros inferiores puede estirarlos sin gran dificultad, pulso frecuente, lengua seca saburral. Vientre doloroso mate en la fosa ilíaca derecha, timpánico en el resto y á la palpación se nota un empastamiento de la región.

Oper. Dr. M. Castro—Laparotomía lateral. Se encuentran algunas ansas adheridas al peritoneo parietal circunscribiendo un abceso de la fosa iliaca derecha y que comunica con otro de la pelvis, conteniendo un pus fétido. Se seca la cavidad con gaza y se deja un drenage. Dermodisis durante la operación de 500 cent. cúb. y otra á las 5 p. m. La postración ha disminuido un poco.

Enero 27.—Dermoclisis.

Enero 30.—El estado general ha mejorado, los dolores han desaparecido, pulso regular dos deposiciones diarias, lengua saburral.

Marzo 2.—Habiendo ascendido la temperatura y estrechado la herida operatoria, se le somete á la anestesia clorofórmica se agranda la abertura operatoria con el dedo, se lava y se coloca un drenage.

Marzo 11.—No hay fiebre, él drenage se hace perfectamente por la fístula que da poco pús. Se dá de alta á pedido de la familia.

Exámen bacteriológico.—Las culturas del pús del abceso dán el bacilo coli; un bacilo grueso y largo, que se colorea con el Gram, liquida á la gelatina y forma película al caldo; y diplococos que toman el Gram y no liquidan á la gelatina.

De las culturas en caldo del bacilo coli, se ha hecho una inoculación intraperitoneal á un chanchito de 1 cent. cub. de caldo y le produjo la muerte á los 3 dias; observándose en la autopsia una peritonitis purulenta generalizada.

De las culturas en caldo de los bacilos gruesos y de los diplococos, inoculados en las mismas condiciones no le ocasionaron la muerte a los chanchitos.

OBSERVACION VIII

Alberto B—13 años--Entra al servicio de pensionistas el 12 de julio de 1899.

Antecedentes hereditarios. Padre sano. La madre murió de un ataque à la cabeza; tiene 2 hermanos sanos.

Antecedentes persanales.—No ha tenido más enfermedad que la actual, data de 3 dias y empezó por un fuerte dolor localizado en la fosa ilíaca derecha acompañado de inapetencia y constipación, dolor que ha continuado hasta ahora.

Estado actual.—Punto doloroso de Mac Burney, defensa muscular y ligero empastamiento limitado á la fosa ilíaca derecha.

Julio 13.—Oper. Dr. M. Castro.—Loparatomía lateral

la cara anterior del ciego se observa que está libre. el apéndice se encuentra en variedad posterior y completa mente adherido por bridas resistentes. Se diseca el apéndice, se liga en su punto de implantación en el ciego, se secciona cauteriza la mucosa, sutura en jareta para invaginarlo en el ciego. Sutura de la pared en 3 planos.

Exámen anatomo patologico y bacteriológico.—Apéndice del tamaño del pulgar pesa 9 gr. El peritoneo espesado ha perdido su brillo y transparencia y está cubierto de bridas fibrosas; la luz permeable en toda su extensión, encuéntrase aumentada de calibre en la parte superior y en el fondo del apéndice. La pared de este tiene 4 m.m. de espesor en su parte media y 2 m.m. en la parte superior y en el fondo. La mucosa presenta una coloración blanco grisacea en algunos puntos y rojo negrusca en otros, además pequeñas equímosis sub-mucosas. En la parte media del apéndice la mucosa espesada amamelonada sobresale en la lúz y presenta una coloración blanquecina. El exámen del contenido del apéndice deja ver una gran cantidad de glóbulos rojos, glóbulos blancos mono y polinucleares, cristales de colestearina y cocos.

Al exámen microscópico se vé la capa muscular espesada infiltrada por células redondas, folículos aumentados de volúmen, glándulas de Lieberkühn atrofiadas, basos llenos de glóbulos rojos y el revertimiento epitelial de la mucosa ha desaparecido casi en su totalidad,

Del contenido del apéndice se hacen culturas y han dado bacilos coli y estreptococos.

De las culturas en caldo de los bacilos coli se hace una inoculación intraperitoneal de 1 cent. cub. á un chanchito y le produce la muerte á las 24 horas, encontrándose en la autopsia una peritonitis sero purulenta.

Se hacen cultivos del líquido del peritoneo, del hígado y de la sangre del chanchito y dan el mismo gèrmen, de las culturas en caldo del estreptococo se hace una inoculación en las mismas condiciones y no le produce la muerte.

OBSERVACIÓN IX

Tómasa B.—9 años—Entra en la sala 4 el 14 de Noviembre de 1899.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Tuvo enteritis á la edad de 2 años, y el año pasado se quejó de dolores al vientre y habiéndose suministrado un vermífugo arrojó 25 azcarides lumbricoideos.

La enfermedad actual empezó hace 6 dias con dolores en la fosa ilíaca derecha, fiebre. vómitos y constipación; los dolores han ido aumentándose hasta la fecha. Ayer en uno de los vómitos arrojó un azcarides.

Estado actual—Noviembre 16.—Niña bien desarrollada paniculo adiposo conservado, estado de nutrición buena. En el abdómen se nota un desarrollo venoso y la á palpación dolorosa, hay hiperestesia marcada al nivel de la región apendicular, donde se nota empastamiento y fluctuación.

Oper. Dr. M. Viñas.—Insición de Roux, se abre el peritoneo y deja salir unos 150 cent. cub· de pùs amarillento fétido y un azcaride lombricoide le reseca el apéndice y se drena la cavidad.

Enero 28. Estado general bueno, presenta una pequeña fístula y pasa á curarse al consultorio.

Exámen anatomo patológico y bacteriológico—Apéndice aumentado de volúmen rigído, presenta cerca de la extrimidad una perforación de 5mm., de bordes rojo obscuros festoneados. La serosa tapizada por un exudado fibrino purulento, la luz del apéndice disminuida y permeable en toda la extension, la mucosa tumefacta y las paredes se encuentran espesadas y friables.

Al exámen directo del pus, del abceso periapendicular se encuentran bacilos cortos que pierden el Gram, estreptococos y estafilococos que se colorean con el Gram.

Del pus se hace una inoculación intraperitoneal á un

chanchito que muere á los 14 días, encontrándose en la autopsia el peritoneo inyectado, conteniendo en su interior gran cantidad de líquido serofibrinoso é hidrotorax.

Se hacen cultivos del líquido del peritoneo, de la sangre y del hígado del chanchito y dan el bacilo coli.

Del pus del abceso periapendicular se hacen culturas y dan bacilos coli, estreptococos y estafilococos blancos.

Con las culturas en caldo del bacilo coli se hace una inoculación intraperitoneal à un chanchito, que le produce la muerte á los 6 días, presentando en la autopsia una peritonitis fibrino purulenta generalizada. Los cultivos de la sangre, del hígado y del líquido del peritoneo dan el bacilo colí.

Las culturas en caldo de los estreptococos y estafilococos hacen inoculaciones intraperitoneales á chanchitos y no le preducen la muerte.

OBSERVACION X

Julio C., 9 años, entra al servicio de pensionistas el 26 de Mayo de 1900.

Ante-hereditarios—Los padres han sido siempre sanos.

Ante-personales—Cuando chico ha padecido de bronquitis. Hace un mes que empezó la enfermedad actual, quejándose de ligeras molestias en el abdómen, de constipación é inapetencia. Despues de pasar una semana en este estado, se le da un purgante y á las pocas horas aumentan los dolores hasta hacerse intolerables y se localizan sobre todo en el punto de Mac Burney, siendo estos más acentuados durante el día y acompañados de constipación, vómitos y fiebre.

Después de 5 días de duración de este ataque, los padres lo creían sano por la desaparición de todos los síntomas durante los 5 días, cuando le repite otro ataque de caracteres semejantes pero menos acentuados que en el anterior y que le dura 12 horas.

El padre se decide á traerlo al servicio porque después de la desaparición de los dolores del segundo ataque, queda el enfermo con anorexia, fiebre, vómitos y constipación.

Estado actual—Niño bien desarrollado, estado de nutrición buena, panículo adiposo regular, temperatura y pulso normal, lengua saburral. A la palpación se nota en la fosa ilíaca derecha un cordón duro algo doloroso á la palpación.

Mayo 29. Oper. Dr. M. Castro. Incisión de Jalaguier. El apéndice se encuentra en variedad posterior, adherido al ciego y al intestino delgado, se rompen las adherencias, se colocan dos puntos de sutura sero serosas en la parte del intestino delgado y del ciego adheridos al apéndice; se aplasta el apéndice con una pinza en su inserción con el ciego, se pone una ligadura, se secciona el apéndice, cauteriza la mucosa y se invagina el muñón en el ciego con una sutura en jareta; suturándose además la pared abdominal en 3 planos.

Mayo 30. Temperatura 37°4 mañana y 39 tarde. La herida sigue bien. El enfermo tiene mucha tos, disnea y rales en ambos pulmones.

Mayo 31. Temperatura 37°4 mañana y 39°1 tarde; sigue con su afección pulmonar.

Junio 1°. Temperatura 36°8 mañana, 37°4 tarde. Estado general bueno, la herida sigue bien.

Junio 13. Se le da de alta, la herida está cicatrizada.

Exámen anatomo patológico y bacteriológico—Apéndice grueso tumefacto, en el tercio inferior, en su extremidad se encuentra reducido á un cordón duro, la serosa cubierta de adherencias fibrosas, el meso apéndice inyectado; al corte se ve que ha desaparecido la luz en su tercio inferior y en el resto la mucosa está tumefacta y recubierta por un mucus sanguinolento.

Al exámen histológico de la parte obstruida se observan que han desaparecido todas las glándulas y epitelio de revestimiento, no quedando más que tegido fibroso y

muscular liso. En un corte hecho en la parte media del apéndice se notan los folículos hipertrofiados, los vasos dilatados llenos de glóbulos rojos y el epitelio de revestimiento conservado.

Se hacen culturas en agar-agar y caldo del contenido del apéndice y no se desarrolla ningún gérmen.

OBSERVACION XI

Leanceo C.—12 años—entra al servicio de pensionistas el 13 de Setiembre de 1900.

Ant. hereditarios — Murió el padre hace 3 años de tuberculosis pulmonar.

Ante. personales—Ha tenido coqueluche, hace 2 años tuvo sarampión. La enfermedad actual empezó hace 3 años, en que se inició con un fuerte dolor localizado en la fosa ilíaca derecha. Este dolor acompañado de fiebre y constipación duró 12 horas. Estos ataques le repetían todos los meses le duraban uno ó dos días y desaparecían, sin nunca haber tenido vómitos. Hace una semana le repitió el ataque que le duró un día.

Estado actual—Niño bien desarrollado, estado de nutrición buena, no tiene vómitos ni fiebre, hay constipación y lengua saburral. A la palpación presenta la fosa ilíaca derecha dolorosa.

Oper. Setiembre 15, Dr. M. Castro—Insición de Jalaguier; apéndice de variedad inferior, se encuentra un poco de líquido seroso en el peritoneo. Se reseca el apéndice y se sutura la pared en 3 planos.

Setiembre 16—Temp. 38°8 mañ., 38°4 tarde, vientre doloroso, vómitos, pulso débil y frecuente. Trat. hielo al vientre inyecciones de morfina y de cafeina.

Setiembre 17—Siguen los vómitos. Temp. 38°4 mañ., 38°2 tarde.

Setiembre 18—Se sacan los puntos de sutura y se hace una contraabertura en la fosa ilíaca izquierda saliendo

del peritoneo un poco de pus y se colocan unos tubos de drenage. Se hacen 2 lavages en el día de 2 litros de solución de cloruro de sodio al 7 por mil. A las 9 p. m. temp. 38°, pulso débil, siguen los vómitos, gran estado de postración.

Setiembre 19—Temp. 36°5, pulso débil, siguen los vómitos, enfriamiento de las extremidades, se queja de dolores en todo el abdómen. Se le hacen inyecciones de éther. A las 10 a. m., delirio y muerte.

Exámen anatomo patológico y bacteriológico—Apéndice ligeramente aumentado de volúmen, no deformado, serosa lisa y brillante. Al corte la mucosa se presenta tumefacta, equimosada y tapizada por un exudado purulento.

Del contenido del apéndice se hacen culturas de anaerobios y dan un estreptococo que toma el Gram.

Las culturas en los medios ordinarios dan estreptococos que toman el Gram. De las culturas en caldo del estreptococo se hace una inoculación intraperitoneal á un chanchito que se observa durante un mes con variaciones de temperatura de 38° á 38°6. Se le da muerte y en la autopsia no se encuentra lesión.

OBSERVACION XII

Teodoro D.—8 años—Entra al servicio de pensionistas el 16 de Noviembre de 1898.

Ant. hereditarios—Padres sanos.

Ant. personales—No ha sufrido más que de anginas Hace 6 días se cayó sobre el cordón de la vereda recibiendo un traumatismo en el vientre. La enfermedad actual data de 6 días y empezó por vómitos y un fuerte dolor localizado en la fosa ilíaca derecha, después le sobrevino cefalalgía, fiebre, anorexia, constipación y delirio nocturno.

Estado actual—Niño bien desarrollado, buen estado de nutrición, labios secos, lengua roja. Hoy han empezado

fuertes deposiciones y el dolor se ha generalizado á todo el abdómen. La palpación es dolorosa en todo el vientre, pero este dolor es más acentuado en el punto de Mac Burney donde se hace intolerable.

A la percusión el abdómen es timpánico excepto en la fosa ilíaca derecha donde es imposible apreciar. Trat. Hielo, régimen y enemas boricados.

Noviembre 18—Abdómen abovedado, el dolor persiste localizado en la fosa ilíaca derecha, hay defensa muscular. Se suprime el hielo y se ponen fomentos de timol.

Noviembre 19—Oper. Dr. M. Castro. Anestesia clorofórmica tranquila, en completa resolución muscular. Se palpa ligeramente la región dolorosa y se nota un tumor que se siente desaparecer inmediatamente. Se procede sin pérdida de tiempo á la operación. Laparatomía lateral, se abre el peritoneo del que sale abundante pus fluido fétido, se constatan adherencias blandas entre las ansas intestinales y la pared. Se lava la cavidad con timol y se nota la salida de pequeños cálculos. Se drena la cavidad dejando la herida ámpliamente abierta.

Trat. Inyección de suero artificial, de cafeina y al interior hielo y opio.

Noviembre 20—Continúan los vómitos, pulso filiforme, frecuente, se le hace una inyección de suero artificial y de cafeína. Tarde—escalofríos, sudores, vómitos negruzcos, delirio, pulso débil y frecuente; muere á las 6 p. m.

Exámen bacteriológico—Las culturas hechas del pus han dado: bacilos coli, estreptococos y estafilococos dorados.

De los cultivos en caldo del bacilo coli se hace una inoculación intraperitoneal de 1 centímetro cúbico á un chanchito y le produce la muerte á las 26 horas, presentando en la autopsia una peritonitis purulenta generalizada. En los cultivos que se hacen del líquido peritoneal, de la sangre y del hígado dan el bacilo coli.

De las culturas en caldo del estreptococo se hace una inoculación intraperitoneal á un chanchito y no le produce la muerte.

De las culturas en caldo de estafilococos se hace una inoculación en idénticas condiciones y le produce la muerte á los 3 días, presentando la autopsia una peritonitis purulenta generalizada. Se hacen cultivos del líquido del peritoneo, de la sangre y del hígado, encontrándose solamente en el líquido del peritoneo el estafilococo.

OBSERVACION XIII

Dionisio L.—10 años—entra à la sala 3ª el 20 de Agosto de 1900

Ant. hereditarios.– Padre sano, la madre ha tenido 4 abortos.

Ant. personales.—A la edad de 1 año fué operado de un tumor del cuello; ha tenido sarampión á los 5 años. No ha tenido después más enfermedad que la actual. Hace 1 mes cayó del caballo y desde esa época se queja de dolores en el vientre, acompañados de vómitos, fiebre con periodos de constipación y diarrea.

Estado actual.—Buen estado de nutrición, á la palpación superficial es dolorosa en el punto de Mac Burney y á la palpación profunda se nota un cuerpo cilíndrico y movible.

Oper. Dr. M. Castro. — Laparotamia lateral, se llega al peritoneo, se reseca el apéndice el que se encuentra desprovisto de adherencias y se sutura la pared abdominal en 3 planos.

Agosto 28.—Se sacan los puntos de sutura y la herida se encuentra completamente cicatrizada. Se le prescribe una venda al vientre.

Exámen anatomo patológico y bacteriológico.—Apéndice de 10 cent. de longitud del tamaño del dedo pequeño, de serosa lisa y brillante; al corte presenta sus paredes espesadas, la mucosa tumefacta y equimosada en algunos puntos y la luz obstruida por 11 calculos del tamaño de una arveja.

Al exámen histológico de un corte hecho en su parte

media se observan los vasos dilatados llenos de globulos rojos, una hipertrofia de los foliculos con gran infiltación celular de la submucosa y túnica propia en la que se encuentran pequeño número de glándulas y el epitelio de revestimiento se conserva en algunos puntos.

Las culturas hechas del contenido de la cavidad del apéndice han dado el bacilo coli. Se hace una inoculación intraperitoneal á un chanchito y le produce la muerte á las 10 horas; encontrándose en la autopsia una peritonitis sero purulenta generalizada.

Los cultivos del hígado, de la sangre y del líquido del peritoneo han dado el bacilo coli.

OBSERVACION XIV

María N.—40 años—28 de Enero de 1900.

Antecedentes hereditarios.—No se conocen.

Ant. personales.—Hace 1 año tuvo ligeros dolores en la fosa iliaca, acampañados de vómitos que le duraron un día; seis meses después tuvo otro ataque le duró 2 días; y hace 4 meses tuvo otro que le duró varios días con un fuerte dolor localizado en la fosa iliaca derecha, acompañado de vómitos, fiebre y constipación.

La enfermedad actual data de un més y empezó con síntomas de una gran infección peritoneal, vómitos, pulso pequeño y frecuente, fuertes dolores en el punto de Mac Burney que se irradiaban á todo el abdómen, constipación.

Estado actual.—Casi todos los síntomas han desaparecido la enferma se siente bien. Oper. Dr. M. Castro. Insición de Jalaguier, se abre el peritoneo y se observa el apéndice adherido por bridas fibrosas al gran epiplón é intestino delgado. Se desprende y reseca el apéndice y se sutura la pared en 3 planos.

Ex. anat. patológico y bacteriológico.—El apéndice se encuentra aumentado de volumen, duro, la serosa ha

perdido su brillo y está cubierta por bridas fibrosas. En la parte de la extremidad del apéndice adherido al gran epiplón, rompiendo las adherencias se observa una ulceración del tamaño de una arveja y que comprende todo el espesor de la pared del apéndice y de contornos rojo negruzcos. Al corte se observan las paredes del apéndice espesadas resistentes y la mucosa tumefacta recubierta de pus disminuye la luz del conducto.

Al exámen histológico se observa la serosa espesada fibrosa, la muscular hipertrofiada, los folículos aumentados de volumen, las glándulas dilatadas y el epitelio de revestimiento conservado.

De las culturas hechas del contenido del apéndice dan un diplococo que pierde el Gram, no liquida á la gelatina, forma una tenue pelicula al caldo y que inoculado en el peritoneo de un chanchito le produce la muerte á las 36 horas.

En la autopsia se observa el peritoneo inyectado conteniendo en su interior un líquido sero sanguinolento. Los cultivos de la sangre, del hígado y del líquido del peritoneo dan el mismo diplococo.

M. P. DEPETRIS.

Junio 21/901

Buenos Aires, Julio 5 de 1901.

Nómbrase á los señores académicos Dr. Gregorio N. Chaves, profesor titular Dr. Alejandro Castro y profesor suplente Dr. Pascual Palma; para que constituidos en comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

J. R. FERNANDEZ.
Zenon Aguilar.

Buenos Aires, Julio 22 de 1901.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex-alumno Márcos P. Depetris.

"En el local de la Facultad á 20 de Julio de 1901, reu-
" nida la comisión que subscribe encargada de dictami-
" nar respecto de la admisibilidad de la tésis del ex-alumno
" Sr. Márcos P. Depetris que versa sobre " Apendicitis ",
" resolvieron admitirla. Con lo que terminó el acto."

Fdos: G. N. CHAVES. — ALEJANDRO CASTRO. — P. PALMA. — CÁRLOS ROBERTSON, pro secretario.—*Zenon Aguilar.*

fecha ut-supra

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

J. R. FERNANDEZ.
Zenon Aguilar.

Proposiciones accesorias

I

El formol es un poderoso antiséptico.

II

Un buen método de conservar y esterilizar las sedas es el formol.

III

La mayor mortandad en los niños es debida á la tuberculosis.

IIII

La infección puede existir en la apendicitis sin cavidad cerrada; y la cavidad cerrada puede existir sin infección.