AÑO 1907 N.° 1742

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

APENDICITIS

(Anatomía, Patogenía, Sintomatología y Tratamiento)

TÉSIS

para optar al grado de Doctor en Medicina

por

Martin Delonc

Ex-practicante menor de la Asistencia Pública, (Bs. As.) 1901-02.
Ex-practicante menor del Hospital Rawson, 1903
Ex-practicante interno del Hospital T. Alvarez, 1904.
Ex mayor y Mèdico interno de la Asistencia Pública del Rosario 1905-06.

«LA CIENCIA MÉDICA»

Libreria y Casa Editora de ARSENIO GUIDI BUFFARINI

CALLE CÓRDOBA 2080

Buenos Aires

1907

Apendicitis

AÑO 1907 N.° 1742

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

APENDICITIS

(Anatomía, Patogenía, Sintomatología y Tratamiento)

TÉSIS

para optar al grado de Doctor en Medicina

por

Martin Delonc

Ex-practicante menor de la Asistencia Pública, (Bs. As.) 1901-02.
Ex-practicante menor del Hospital Rawson, 1903
Ex-practicante interno del Hospital T. Alvarez, 1904.
Ex mayor y Mèdico interno de la Asistencia Pública del Rosario 1905-06.

«LA CIENCIA MÉDICA»
Libreria y Casa Editora de ARSENIO GUIDI BUFFARINI
CALLE CÓRDOBA 2080
Buenos Aires

1907

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.---La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

Dr. D. JOSÉ PENNA

Concejeros

Dr. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » JUAN A. BOERI (supl.)
» » BALDOMERO SOMMER
» » GREGORIO ARAOZ ALFARO
» » ABEL AYERZA
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » JAIME R. COSTA

Secretarios

Dr. D. RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)
» » JONAS LARGUÍA (Consejo Directivo)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Jaime R. Costa
Química Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	« Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología teórico práctica	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	Vacante
Anatomía Descriptiva	» Vacante
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini con lic.
Bacteriología	» Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	» Ricardo Schatz
Materia Mèdica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología Externa	» Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	» Adalberto Ramaugé con lic.
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Guemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze (con lic.)
Patología Interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina Legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Genito-urinaria	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica.	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica.	»	Juan José Galiano
Química Médica.	»	Vacante
Botánica Médica.	»	Vacante
Química aplicada á la Medicina . .	»	Vacante
Histología teórico-práctica	»	Julio G. Fernández
Anatomia Descriptiva	»	Joaquín L. Figueroa
Semiología y ejercicios clínicos	»	Manuel A. Santas
Anatomía Topográfica	»	Vacante
Fisiología General y Humana	»	Mariano Alurralde
Anatomía Patológica.	»	José Badía en ejer.
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada.	»	Vacante
Materia Médica y Terapéutica	»	Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	»	Leandro Valle (en ejer.)
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica. .	»	Maximiliano Aberastury
Patología externa	»	Carlos Robertson
» interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica		Teófilo A. Moret Enrique De María (en ejer.)
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Daniel J. Cranwell Avelino Gutierrez Francisco Llobet Marcelo Viñas Marcelino Herrera Vegas
» Neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprun
Medicina Legal	»	Domingo S. Cavia Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Patricio Fleming Ricardo Colón Luis Agote
» Obstétrica	»	Enrique A. Pardo Enrique Zarate
Toxicología Experimental	»	Vacante
Clínica Pediátrica.	»	Antonio F. Piñero
» Génito-urinaria	»	Bernardino Maraini
» Psiquiátrica.	»	Benjamín T. Solari José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Cated. titulares
Zoología general, anatomía y fisiología comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica y mineralogía	» Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognósia y posología razonadas	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» Francisco P Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» Ricardo Schatz

Asignaturas	Cated. sustitutos
Zoología gen., anatomía y fisiología comparada	Vacante
Botánica y mineralogía	Vacante
Química inorgánica aplicada	Vacante
Química orgánica aplicada	Vacante
Farmacognósia y posología razonadas	Sr. Juan A. Dominguez
Física farmacéutica	Vacante
Química analítica y toxicológica (primer curso)	Vacante
Técnica farmacéutica	Vacante
Química analítica y toxicológica segundo curso y ensayo y determinación de drogas	Vacante
Higiene, legislación y ética farmacéutica	Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínina Obstétrica	Dr. Fanor Velarde

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Dr. Miguel Z· O'Farrell
Parto distócico y Clínica Obstetrica	» Samuel Gache

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomía, Fisiología, Patología	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	Nicasio Etchépareborda

Asignaturas	Cated. sustitutos
Anatomía Fisiología, Patología	Vacante
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	Vacante

PADRINO DE TÉSIS

DR. RICARDO S. GOMEZ

Secretario de la Facultad de Ciencias Médicas

A MIS PADRES

A MI HERMANO

A ESTEFANIA JULIA MARGUERY

Testimonio de cariño

A LOS DOCTORES

ISIDRO QUIROGA

RICARDO MAC DOUGALL

PEDRO ESCUDERO

GRISALDO ZAMBIANCHI

Señores Consejeros:

Señores Profésores:

Someto á vuestra consideración el estudio de la apendicitis, como tesis, para optar al grado de Doctor en Medicina, exigido por los reglamentos de la Facultad, como prueba final.

Elijo este tema por ser uno de los tópicos de primera fila, en la clínica quirúrgica contemporánea y cuyo estudio es hoy objeto de controversias, en cuanto á la indicación y oportunidad de su tratamiento, entre los cirujanos de más fama mundíal.

A vosotros profesores mi más profundo agradecimiento por vuestras sábias lecciones.

Al Dr. Ricardo S. Gómez mi profundo agradecimiento por el alto honor que me hace de acompañarme como padrino de tesis.

ANATOMIA

El apéndice ileocecal ó vermicular, órgano movible en la cavidad abdominal, se presenta bajo el aspecto de un pequeño tubo cilíndrico, casi siempre flexuoso que se implanta sobre la parte inferior del ciego y lo continúa.

El apéndice nace de ordinario sobre la pared interna ó posterointerna del ciego, á 2 ó 3 centímetros debajo del ángulo ileocecal.

El apéndice ofrece, en cuanto se refiere á su forma, diversas variedades. La más frecuente es la de un tubo cilíndrico más ó menos regular adelgazándose hácia su vértice con algunos abultamientos en los diferentes puntos de su trayecto.

Su dirección es ó bien rectilínea, y recuerda al estado embrionario, ó bien es flexuoso, inflexionado describe una ansa á concavidad dirigida hácia su borde mesentérico. En otras ocasiones describe una espiral; ó un doble círculo á la manera de un 8 de cifra.

Las dimensiones del apéndice son muy variables. Su longitud media es de 7 á 11 centímetros. Puede ser muy corto de 2,5 centímetros.

Ribbert menciona casos que median 3 centímetros.

Tuffier y Ponnesco, señalan apéndices de 17 y 18 centímetros.

Entre nosotros, en 1905, uno de 25 centímetros encontrado por el Dr. Badía, en una autopsia practicada en la Asistencia Pública.

Para comodidad de la descripción se pueden dividir los apéndices: en pequeños que miden menos de 7 centímetros, medianos entre 7 y 11 centímetros, y grandes aquellos que miden más de 11 centímetros. El apéndice del embrion y del recien nacido es más grande que el del adulto.

El diámetro del apéndice oscila entre 0,5 á 1 centímetro, pudiendo observarse también muchas variaciones.

Su espesor se encuentra entre 1 y 2 milímitros. El calibre del apéndice es ó bien regular ó irregular. Fitz pretende que el calibre como la longitud varia con la edad, aumentando en el adulto, atrofiándose en el viejo.

Las infecciones pueden modificar notablemente el calibre del órgano; pero todas las irregularidades de calibre no son patológicas, porque se les encuentra en apéndices cuya mucosa es sana y en el cual el peritoneo ofrece la disposición habitual.

Nada más importante á conocer en la práctica tanto para el clínico, como para el cirujano, la situación del apéndice.

Estando unido el apéndice al ciego, lógico es suponer que siga á éste en su migración.

Así es, que lo encontraremos en la más diversas situaciones; en la fosa iliaca derecha, al nivel del estrecho superior, prolongándose por su extremidad libre en la cavidad pelviana. Radicará también arriba de la cresta iliaca, en la fosa lumbar derecha, delante del riñón y bajo del hígado. En fin, en el ombligo, en el hipogastrio, en la fosa iliaca izquierda y con frecuencia en la cavidad pelviana.

El Dr. Bartolomé Vasallo cita un caso de variedad y anomalía de situación del ciego y del apéndice localizada á la izquierda de la línea media. Fué operado en su cuarto ataque de apendicitis.

Con relación al ciego, colon ascendente y á la extremidad terminal del ileon y del mesenterio; el apéndice puede ocupar las situaciones siguientes:

El apéndice se encuentra debajo y generalmente á izquierda del ciego.—*Subcecal.*

El apéndice se encurva hácia arriba y adelante, pasa sobre la pared anterior del ciego, sea transversalmente de izquierda á derecha, ó sea verticalmente hácia arriba siguiendo el borde interno de esta pared.—*Prececal.*

El apéndice se encurva arriba y atrás, pasa detrás del ciego y del colon ascendente ó bien íntimamente aplicado sobre su pared posterior. Por su extremidad libre se lleva á derecha hácia el riñón derecho y al hígado, ó bien á izquierda hácia la cara posterior de la extremidad terminal del ileon y del mesenterio. Frecuentemente contrae adherencias con estos diversos órganos.— ***Retrocecal.*** Esta variedad parece predisponer especialmente á la apendicitis y hace difícil encontrar el apéndice y aislarlo.

El apéndice contornea el fondo del ciego y remonta sobre su cara lateral derecha, ó se lleva á izquierda y recorre la porción terminal del ileon. *Laterocecal.*

Cualquiera que sea la situación del apéndice, es ó bien libre y movil ó bien fijo á la pared abdominal ó adhiere á una viscera vecina.

Cuando es libre está unido al ciego, al ileon y al mesenterio ileal por dos ligamentos: el mesoapéndice y el repliegue ileo-apendicular muy largos en general para permitirle desplazarse en todo sentido. Puede ser fijado y aplicado al peritoneo de la fosa iliaca, al estrecho superior, al flanco lateral derecho de la cavidad pelviana ó algunas de las visceras pelvianas.

En la mujer, el apéndice está en relación con la cara posterior del ligamento ancho, cuando desciende en la excavación. Frecuentemente está unido al borde superior de este ligamento

por un repliege falciforme que proviene del meso apéndice.

Sobre 200 cadáveres Ferguson ha encontrado el apéndice 19 veces á lo largo del borde del ciego; 11 veces descendiendo hacia la pelvis; 18 veces sobre el borde interno del ciego; 65 veces hacia atras.

El apéndice puede cruzar en X al íleon pasando detrás ó delante de él; siendo en este caso *Retroileal* ó *Preileal.*

Debido á su longitud ó la brevedad del ciego, puede estar detrás del colon ascendente en posición *Retrocólica.*

Puede estár delante del ciego cerca de su cara interna, siendo en este caso *Prececal.*

Remontando el apéndice por fuera del ciego y aún del colón, en el ángulo diedro formado por estos órganos hacia adentro, por el músculo iliaco hacia afuera, adoptando las situaciones que podrían llamarse *Paracecal, Paracólica*

Puede encontrarse también mitad en la pelvis, de manera que sus primeros centímetros estén delante del psoas, sus últimos hacia dentro de este músculo en posiciones que podrían llamarse *Miiliaca, Mipelviana.* Por fin puede encontrarse por entero en la pequeña pelvis, tipo *Pelviano.*

En las observaciones que el Dr. Ricardo S. Gómez, ha hecho sobre 100 cadáveres en el anfi-

teatro de nuestra Facultad, ha encontrado el apéndice en las situaciones siguientes:

	CASOS
Subilcal	38
Preilcal	2
Retroileal	3
Subcecal	7
Retrocecal	18
Retrocecal interna	7
Paracecal	2
Prececal	2
Retrocólico	1
Pelviana	20

Marian pretende que las estadísticas relativas á las posiciones del apéndice, sobre el cadáver, no son aplicables al vivo (1). Este órgano puede, según su vacuidad ó su replesión gaseosa, tomar todas las posiciones posibles. Así se explicaría la gran frecuencia de su situación retrocecal ó ascendente que se encuentra en las intervenciones quirurjicas, que está en desacuerdo con las cifras suministradas por las autopsias.

Configuración interna. — El apéndice cecal está excavado de una cavidad, que ocupa toda su extensión, inferiormente se termina en un fondo de saco, superiormente se abre en el ciego á 3 centímetros debajo de la válvula de Bauhin,

---

(1) Marian. Bibliograf. anat. 1900.

es ó circular ó bíen estrecho y plegado constituyendo la válvula de Gerlach.

Ciertos autores niegan la existencia de la válvula de Gerlach, otros pretenden que ella es patológica y sería debido á la presión mecánica ejercida por el cálculo sobre las paredes del canal apendicular.

Dieulafoy dice que le ha sido posible constatarla muy frecuentemente y aún muy desarrollada sobre ciegos que le habían sido preparados por su interno M. Marion para dictar sus lecciones sobre apendicitis.

El Dr. Ricardo S. Gómez ha tenido la suerte de encontrarla 4 veces sobre 100 observaciones. En los 4 casos estaba bien manifiesta y especialmente en uno de ellos donde formaba un verdadero anillo.

El canal apendicular cuya luz muy estrecha y muy desigual no mide sino de 3 á 4 milímetros de diametro. La luz del canal apendicular puede ser parcial ó totalmente obliterada.

La edad goza un rol importante en la obliteración del apéndice.

La obliteración es menos frecuente en los sugetos jóvenes, existe en más de la mitad de los casos arriba de 60 años.

La obliteración total faltaría ante de los 30 años; volviéndose más frecuente entre 60 y 70 años.

Las obliteraciones parciales se encuentran por lo general en apéndices cortos.

La causa de la obliteración es diversamente interpretada.

Bierhoff la atribuye á un proceso inflamatorio, habiendo curado por la oclusión de la luz del apéndice.

Lafforgue ve en ello una disposición congenital. Ribbert la considera como un proceso de evolución ordinaria de un órgano en regresión.

La cavidad central del apéndice vermicular, ordinariamente, está llena da mucus que él vacía en el ciego. Se encuentra en él materias excrementicias ó restos de materias fecales endurecidas.

Estructura. — Las paredes del apéndice son muy espesas si se les compara al diámetro de su cavidad central.

Se compone esta pared de cuatro túnicas, que no son, sino, las mismas que forman la pared del intestino grueso apenas modificado.

La túnica serosa que falta solamente al nivel del mesoapéndice se encuentra con todos los carácteres histológicos de la hoja visceral del peritoneo. Adhiere intimamente á la musculosa subyacente por algunos hacecillos de fibras longitudinales, hasta la capa circular.

Hacia el vertice ó fondo del apéndice, las fibras musculares de las dos capas se cruzan y se vuelven extendidas, adelgazándose en este punto

la túnica, explicándonos esta disposición, la frecuencia de las perforaciones hacia la punta del apéndice.

La túnica celulosa, densa, muy rica en fibras elásticas; presenta un gran número de espacios linfáticos, en general alargados y más numerosos hacia la base de los foliculos cerrados.

La túnica mucosa afecta en su conjunto los mismos carácteres y la misma estructura que en las otras partes del intestino grueso.

Presenta un epitelio cilíndrico, un estróma adenroideo, una muscularis mucosœ y numerosas glándulas en tubo.

El corión de la mucosa, fuera de los nódulos foliculares, presenta una infiltración adenoidea muy abundante.

Las glándulas de Lieber Kuhn desarrolladas entre los foliculos cerrados, son parecidas á aquellas del intestino grueso.

El aparato linfoideo del apéncice está formado por un número considerable de foliculos cerrados.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Me ocuparé en este capítulo de describir someramente las lesiones del apéndice interno.

Macroscópica, microscópicamente y de las lesiones propagadas.

La variedad de lesiones que se observa en el apéndice enfermo, no son en realidad mas que distintos grados de la infección, en distinto momento de su evolución. Bajo la dependencia de estos dos grandes factores: 1° del tiempo que data la infección; 2° de la intensidad de la virulencia de los agentes.

Se puede observar todos los estados, desde la simple congestión de la pared, hasta la gangrena total del órgano apendicular.

Lesiones macroscópicas.—Al principio de la infección, el apéndice se encuentra libre en la cavidad abdominal, pero una vez que la inflamación llega al peritoneo, lo hace reaccionar con la hiperplasía de sus elementos.

Reacción que concluye con la adherencia, adherencias con el epiplón, ciego, ileon, ó perito-

neo parietal, y si ocupa una posición baja con el recto, vejiga ó útero. Al cirujano sirven una vez abierto el vientre para confirmar el diagnóstico.

Si se interviene poco después de un ataque simple se encuentra el apéndice turgido, erectil, pero sin estar adherido, las dilataciones inflamatorias de los vasos, á la vez que la contractura de las capas musculares del apéndice, son consecuencias directas de la inflamación.

En apendicitis hiperagudas, el apéndice está fuertemente engrosado é inflamado, presentando una ó dos perforaciones circulares, con los bordes gangrenados y verdosos y sin que muchas veces se encuentre el apéndice acodado ni extrangulado. En estos casos muy agudos se encuentra, además el tegido celular de la pared abdominal de estos amarillo-verdoso y olor fétido. En el vientre se encuentra pus muy líquido, de color turbio y olor fecaloide.

En los casos fulminantes hay serocidad turbia y fétida, pero no hay pus.

En la posición retrocecal del apéndice, está en íntimo contacto con la pared de la fosa iliaca, y se traduce por un gran plastron difuso, extendido por toda la fosa iliaca, y por todo el hipocondrio derecho. Este plastrón es una verdadera celulitis de la fosa iliaca con peritonitis circunscripta.

Cuaneo el apéndice inflamado desciende hácia

la pelvis, dá lugar á un flemón pelviano, apreciable al tacto rectal y vaginal.

El apéndice enfermo puede estar aumentado en su volúmen, es lo general, el aumento se hace sobre todo el organo, ó solo una parte. Suele verse abultamientos separados por estrangulamientos.

Es común verlos doblados, con acodaduras retraídos por el tironamiento de bridas.

La pared del apéndice puede estar completamente perforada. Estas perforaciones no son constantes. De preferencia se encuentran en la extremidad del apéndice, pero ellas pueden ocupar cualquier sitio. La perforación es por lo general única pero pueden observarse dos ó mas, son de extensión variable, ó apenas visible, ó están constituidas en otros casos, por pérdida de sustancia circulares, que pueden determinar la amputación del órgano.

La consistencia del órgano está por lo general aumentada.

La cavidad puede ser permeable en toda su extensión, obliteradas por cálculos ó por simple espesamiento de las paredes.

Puede encontrarse dilatada en toda su extensión.

La cavidad del apéndice está ocupada comunmente por un líquido espeso, que puede ser mucus ó sero-muco purulento ó estercoral.

Lesiones microscópicas. — El apéndice que es un derivado del ciego, tiene una extructura muy semejante á este último.

Se encuentra constituído por cuatro capas, éstas han sido descriptas al principio de este artículo, al ocuparme de la anatomía.

De un modo general podemos decir que al principio en un apéndice inflamado hay hipertrofia é hiperplesia de todas las capas.

Por donde se inicia la lesión no es posible asegurar, si es por el epitelio (destrucción) que por consiguiente ha roto la barrera que se oponía á la invasión del órgano por los agentes patógenos, ó es en los folículos, que han reaccionado á la infección, mientras que el epitelio de revestimiento y el glandular se encuentran intactos.

Tal vez estos últimos pertenecen á las apendicitis por infección general, con localización secundaria en el apéndice.

Como lesiones podemos considerar dos estados: *existe perforación* ó *no lo hay*.

Iniciado el ataque, la dos primeras capas son las que más sufren y las primeras que se alteran.

No hay perforación.––En preparaciones histológicas, observamos de dentro á fuera: en la luz apendicular suele encontrarse mucus conglomerado con células migratrices, células epiteliales,

fragmentos de glándulas, este contenido tiene con frecuencia los carácteres de pus.

El epitelio de revestimiento se puede encontrar conservado, en otros destruidos, caídos otras veces.

Este mismo revestimiento es algunas veces irregular protegiendo las salidas del corión, lo que dá á la mucosa ese aspecto tomentoso.

Las glándulas se pueden encontrar alteradas en distintos grados. La hipertrofia es una modificación de una constancia manifiesta, las células son más altas y aparecen como hinchadas.

La mucosa se hiperplásia acompañando á la hipertrofia.

La posición que las glándulas ocupan pueden ser desviadas, en lugar de ser perpendiculares á la luz del canal, se disponen oblicuamente, empujadas por el aumento que adquieren los foliculos, conservando su desembocadura normal, pero el fondo y el canal glandular se desvía completamente el foliculo se abre así una ancha vía para llegar á la luz.

La infiltración lencocitaria que vienen de los foliculos llegan hasta las glándulas, produciendo con mucha frecuencia su desorganización y destrucción.

El corion está por lo general infiltrado, el grado de esta infiltración es variable á veces no se reconoce corion debido debido á la infiltra-

ción leucocitaria, que vá desde la capa muscular hasta la luz del canal apendicular.

La muscularis mucosœ desaparece casi siempre por la misma infiltración.

Las lesiones que se encuentran en las submucosa, especialmente en su zona folicular es de hiperplasia é hipertrofia de los foliculos.

En esta capa se encuentran los vasos dilatados, atacados de periarteritis ó periflebitis siendo la primera rara.

La capas musculares pueden estar poco alteradas cuando la infección no ha sido muy violenta.

Existe ulceración ó perforación — En este estado, se encuentra á más de las lesiones precedentes, la destrucción de algunas ó de la totalidad de las capas del apéndice.

Las ulceraciones del apéndice se pueden clasificar en dos tipos especiales: Foliculares y necroticas.

En las foliculares, se desarrolla una folicu·litis que pasa al abceso.

En las necróticas, se hace necrosis microbiana difusa, no originada en el foliculo. En ámbos tipos la ulceración produce la destrucción de tejidos, y en ambos ésta destrucción puede extenderse á la totalidad de la pared, provocando su perforación.

En la forma ulcerosa folicular, se observa en los cortes, la formación del abceso á expensas del tejido reticular de los foliculos; su penetra-

ción infiltrante á la sub mucosa, á las musculares hasta el peritoneo, estas capas resisten más ó menos tiempo hasta que al fin progresando la infección, son destruidas, contaminando el peritoneo, que solo resta á éi limitar la infección por medio de adherencias, ó no consiguiedolo, hacerse la infección á toda la serosa.

En la fo. ma necrorante aguda, no hay supuración, ó si aparece es de segundo orden como lesión reaccional, mientras, el proceso de mortificación ha terminado su obra de destrucción.

Lesiones propagadas.—Cuando el proceso inflamatorio de una apendicitis ha llegado á supuración, el foco de pus, puede quedar localizado, resultando una peritonitis local ó periapendicitis ó abceso, ó bien generalizarse, dando lugar á perito-n)tis generalizada.

Peritonitis localizadas ó absesos.—Cuando la inflamación se propaga del apéndice á la serosa peritoneal, esta reacciona, se congestiona, las células conjuntivas, irritadas proliferan, se forman membranas y adherencias que fijan el órgano.

La perforación del apéndice es el proceso común de la formación del obscero, el púS apendicular encuentra salida y se hace extracavitario· Sin embargo puede producirse sin necesidad que haya perforación; es la excepción.

Con frecuencia el pus se colecciona entre las falsas membranas, y adherencias, que limitan bien

la cavidad, que circunscribe el proceso, poniendo una barrera á la infección general del peritoneo.

Estos abscesos están constituidos de una pared y un contenido; la pared lo forman las falsas membranas, las adherencias formadas á expensas del peritoneo inflamado.

El contenido es francamente purulento, pus espeso, blanco amarillento de olor fétido.

Estos abseesos son por lo general únicos, pero pueden formarse dos ó más focos intraperitoneales que pueden ó nó comunicar con el primero.

La cantidad de pus es variable puede ser de unas gotas hasta un litro.

En los abscesos de regular tamaño puede abrirse la colección purulenta en el ciego ó intestino delgado, la vejiga, la vagina.

Al nivel de estos órganos se hacen previas adherencias, la inflamación se propaga por contigüidad, se ulcera y la abertura queda establecida. Estas perforaciones curan expontáneamente y en breve tiempo.

La pared externa puede ser perforada correspondiendo á la fosa iliaca ó cerca del pliegue de la ingle.

Pueden abrirse los abscesos posteriores en la piel de la región lumbar.

La abertura más grave es la que se hace en la gran cavidad peritoneal: una peritonitis generalizada es la consecuencia.

El apéndice destruido poco ó mucho por la perforación puede correr distintas suertes, si ha sido totalmente desagregado por la necrosis es barrido junto con el pús que se ha abierto camino ya sea al interior ó al exterior, ó ha quedado en parte conservado sufriendo la atrofia ó obliternción por esclerosis; ó bien queda en condiciones de volver á repetir otro ataque al paciente.

Las variedades principales por su frecuencia son los abscesos: ileo inguinal, absceso posterior ó retrocecal y absceso inferior ó pelviano.

Peritonitis generalizada.—Puede desarrollarse de dos maneras: por rotura de un absceso apendicular en la misma cavidad, ó por perforación del apéndice cayendo el pús ó liquido en la gran cavidad peritoneal.

La segunde es la más frecuente produciendo la peritonitis generalizada d'emblée cuyo mecanismo de producción es el siguiente:

La perforación del órgano debido á la intensidad de la infección, se ha hecho con tal rapidez que no ha dado tiempo al peritoneo para que limíte la lesión, por medio de membranas y adherenclas.

Según los carácteres anátomo patológico del exudado se dividen las peritonitis generalizadas en: peritonitis septica difusa y en peritonitis fibrino-purulentas.

En las primeras existe en el peritoneo un liquido séptico, turbio, de olor fétido que se acumula entre las asas intestinales, en los flancos etc., el

peritoneo presenta escasas lesiones, apenas una mayor vescularización.

En las segundas se encuentra una gran cantidad de pús, ocupando todo el addomen, sin adherencias y algunos exudados filsinosos.

La gravedad de la séptica es fatalmente mortal.

PATOGENIA

Si antes la apéndicitis no era tan frecuente como ahora, era ó bien porque no se diagnosticaba, ó porque aun diagnósticada se intervenía menos.

Los antíguos miraron al ciego como el causante de las supuraciones de la fosa iliaca derecha. Siendo la tiflitis y peritiflitis los padecimientos de esta región.

Albers de Bonn de la escuela alemana fué quien dió la primera descripción de Tiflitis. Este autor separó del resto del intestino localizando en el ciego, los fenómenos dolorosos é inflamatorios de la región de la fosa iliaca derecha.

Meniere y Dance localizaron después la inflamación de la fosa iliaca derecha en el tejido celular pericecal, describiendo la peritiflitis.

En 1827 Melier describe en su memoria cuatro observaciones, encausando directamente al apéndice, quien había visto el rol preponderante de las

lesiones del apéndice en las inflamaciones de la fosa iliaca derecha.

Las ideas de Melier no prosperaron en el mundo médico, que prefirieron seguir creyendo en las tiflitis y peritiflitis.

Es recien en el año de 1886 qne los cirujanos norte americanos, muestran con sus intervenciones precoces, que el sitio de las lesiones de la fosa iliaca derecha se ubicaba en el apéndice cecal.

Las laparatomias precoces que efectuaron en los casos dichos hasta entonces de tiflitis, mostraron un ciego sano y un apéndice enfermo.

Todos los cirujanos americanos estuvieron contestes en afirmar que «toda vez que se interviene por sintomas atribuidos á la tiflitis, es el apéndice el que se encuentra enfermo.

Las consecuencias de estas intervenciones fueron faciles de preveer, la terapéutica de la enfermedad cambió repentinamente y del dominio de la clinica pasó á manos de los cirujanos.

Es sabido que los simples ataques de apendicitis, con poca inflamación de vecindad, se resuelven favorablemente, sin llamar mucho la atención y á estos casos simples no se les daba entonces el calificativo de apendicitis. Otros de mayor reacción y duración pasaban, también al estado frío resolviéndose por sí mismos, como sucede en cierto número de enfermos, y á esos tampoco se les diagnosticaba apendicitis; algunos casos se clasificaban de tiflitis estercoral y los más graves figu-

raban en las peritonitis por diversas causas que no explicaban ó se explicaban mal.

Hoy ya nadie habla de la tiflitis y peritiflitis todas son apendicitis.

En el presente capítulo me propongo exponer las ideas que reinan en la adtualidad respecto á la patogenia de la apendicitis, enumerando las diversas teorias que se han sucedido para explicar de una manera satisfactoria la causa de la apendicitis.

Estas teorias son: Cuerpos extraños. *Coprolitos* ó cálculos. Estagnación. Tubo cerrado de Dieulafoy y de la Infección simple.

Cuerpos extraños—Ha sido por muchos años los únicos encausados. enumerarlos sería tarea difícil y correríamos el riesgo de dejar alguno sin sita. Es suficiente recordar que son los cuerpos que pueden entrar con nuestra alimentación ó que por accidente penetren en el tubo gastro intestinal.

Estos cuerpos llevados por el peritaltismo hacia el ciego, penetrarían al apéndice forzando la válvula de Gerlach ó por efecto de una contracción intempestiva del ciego lo traumatizarían, seguido de congestión, inflamación, llegando hasta perforar el apéndice.

Es necesario reconocer que existen y están bien observados estos apendicitis traumáticas, pero son rarezas.

Coprolitos.—Considera Talomon á los copro-
lítos, como cuerpos extraños para el apéndice, aunque autótonos para el organismo. El es el creador del cólico apendicular.

«Existe un tipo de apendicitir, dice, la más neta y probablemente la más común, apendicitis que estalla brusca y brutalmente en sugetos en estado de perfecta salud. Esta apendicitis principia por una crisis dolorosa, completamente semejante á las crisis clásica, del cólico hepático ó nefrítico, y en la mayoría de los casos una scybala metida en la cavidad apendicular, es la causante de este ruidoso cuadro.»

Talomón concibe la apendicitis en las formas comunes, como una irritación del conducto filro muscular, por la penetración de un cuerpo extraño. su permanencia ó su regreso al ciego, y le llama cólico apendicular, por la semejanza que tiene con el simil nefrítico ó hepático.

Los coprolitos que originan este sindroma clinico, pueden correr libremente en la cavidad serían inofensivos, regresando al ciego, si, por el contrario se enclavan, producienuo una obliteración del canal que arrastrará una acumulación de los productos de secreción de la mucosa glandular, y, por consiguiente una distención del órgano apendicular. De aquí. la compresión de la pared, una perturbacion de la circulación, y por consecuencia una disminución de la vitalidad del órgano.

Los bacterios que existen normalmente en la cavidad apendicular, se multiplicarían con mayor actividad, exaltando su virulencia por encontrarse en un liquido estancado, ni más ni menos que un tubo cerrado.

Los elementos sanos son impotentes para la defensa, porque la irrigación sanguínea ha disminuido y porque los gérmenes han exaltado su virulencia.

En resúmen ésta teoría supone como establecidos: 1º que los coprolitos son constantes y 2º que se forman fuera del apéndice.

Dos cosas hoy no admitidas.

De la primera condición que los coprolitos ó calculos sean constantes vemos por las estadísticas actuales que no todos los autores están de acuerdo sobre su constancia y existencia.

Así Treves refiere que la proporción de cuerpcs extraños no es tan común como se creía antes y señala una proporción de 30 0/0.

Por consiguiente no hay constancia en su frecuencia, en la mayoría de los casos no hay coprolitos ni cálculos, y èsto lo he podido observar en los innumerables enfermos quc he visto operar de apendicitis en distintos servicios de cirujía.

En cuanto á la segunda condición, el cuerpo extraño se forma en el ciego, añade Talamón, «no es más ni menos que un coprolito en oliva que se forma en los sugetos atacados de colitis

seca, que al separarse, son movidos por efecto del peristaltismo y se redondean constituyéndose en forma de bolitas, las que son llevadas al apéndice por ia contracción antiperistáltica.»

Rochaz ha demostrado que las concreciones encontradas en el apéndice, son verdaderos cálculos y no scybalas, cuya formación se hace por un proceso especial en el apéndice. He aquí las conclusiones.

1º Los cálculos apendiculares, poseen un núcleo central orgánico, alrededor del cual se depositan las sales, (carbonatos, fosfatos de cal, etcétera.)

2° Son estratificados, lo que implica una formación lenta y un sitio donde hay reposo.

3º El tamaño que adquieren á veces, hace pensar que es imposible pueda vencer el estrecho orificio de la válvula de Gerlach.

No pudiendo resistir á estos razonamientos cae la teoría de los coprolitos de Talamon y del cólico apendícular.

Teoría de Reclus. - Otra teoría que ha dado márgen á otra interpretación patogénica, es la de Paul Reclus sobre la Estagnación ó «de la fístula ciega natural.»

Las materias que del ciego pueden pasar al apéndice, así como el mucus que sus paredes segregan, tienen que luchar con la gravedad, para remontar hacia el intestino, así estas diversas sustancias, heces desecadas, secreciones de las glán-

dulas se estancan y en su inmovilidad constituyen un excelente cultivo para la polulación de toda la flora intestinal. Recordando lo que pasa con las fístulas ciegas donde se produce la estagnación, Reclus las compara con el apéndice, así pues, contando con estas polulaciones microbianas, las inflamaciones efimeras que en otras partes del intestino pasarían desapercibidas, acá, por el contrario, se acrecientan.

Tampoco es admisible esta teoría, porque pretender explicar la génesis de la enfermedad por la estagnación del contenido en el apéndice, sería pretender que todos estuviéramos enfermos de apendicitis.

Teoría de Dieulafoy—Hasta hace poco tiempo, se aceptaba la teoria del tubo cerrado de Dieulafoy, como único en la patogenia de la apendicitis.

Hoy no es admitida como causa única porque no se ha visto confirmada en todos los casos.

La observación atenta de los hechos, hicieron dudar primero y luego admitir para explicar la patogenia de la apendicitis otras causas á mas de la teoría mecánica.

Cierto es que muchas veces se encuentra el apéndice acodado, estrangulado, ó torcido sobre su eje, otras veces se encuentra dentro ó fuera de él (caídos en el vientre) cálculos ó coprolitos, de manera que la patogenia encuadra perfectamente dentro de la teoría mecánica y pueden

explicarse por ella, pero á otros no les viene bien esta teoría y aún en los mismos casos en que se encuentra el apéndice estrangulado, ó acodado, debe uno preguntarse si fue la estrangulación ó acodamiento la verdadera y primera causa ó fue sólo consecuencia de otra que actuó en primer término.

La teoría de Dieulafoy considera que una cierta disposición anatómica, la oclusión de la cavidad apendicular, es la condición necesaria y suficiente de la infección.

La oclusión no provoca la apendicitis.

Ella es la consecuencia de la inflamación.

En efecto, recordaremos los factores principales de la oclusión señalados por Dieulafoy-Cálculos, tumefacción de la mucosa, y bridas ó acodaduras. ¿Como se producen los cálculos en el apéndice? Como en los conductos hepáticos ó uriníferos, que hoy reconocen la mayoría que es por infección de estas vías.

La tumefacción de la mucosa ¿por quien es provocada? por una inflamación del mismo órgano, anterior, entonces á toda oclusion.

Y finalmente, los bridas ó acodaduras, son debidas á inflamaciones previas que terminan por exudados que se organizan.

Debemos pues concluir reconociendo que la inflamación es anterior á la oclusion.

I*nfección simple.*—Para nosotros, es indudable que la primera y verdadera causa de la apen;

dicitis en la generalidad de los casos, es la infección del órgano. Y opinamos que la oclusion tiene un lugar importante en la rapidez y malignidad de la misma

Es necesario entonces buscar en la infección el origen de la enfermedad. Pero, esta infección ¿es de causa general ó local?

Las infecciones generales pueden provocarla, siendo un factor etiológico de las apendicitis.

Sobre todo fué la influenza la primera á ocupar el sitio preferente en la clave patogénica de la apendicitis. Shultes, ha tenido la ocasión de observar durante los años de 1896 á 1903, cuatro epidemias de influenza y 39 casos de apendicitis. Estos hechos fueron suficientes para fundar una sospecha. Pero se debe á los Dres. Corbellini y Dessy el mérito de haber comprobado que el bacilo de Pfleiffer, es uno de los agentes que provoca la apendicitis.

De la comunicación hecha por el Dr. Corbellini á la «Sociedad Médica Argentina» en el año 1902, juzgo conveniente hacer un extracto por su importancia.

«El 6 de octubre de 1902, se opera un caso de apendicitis, en pleno ataque». Su historia clinica es la siguiente:

E. A., argentino, soltero.

Refiere haber tenido tifoídea en su infancia.

El 15 de Agosto, á la vuelta de su empleo, y algunas horas después de haber comido, sintió un

fuerte dolor en el vientre que fué acompañado momento después de náuseas y vómitos repetidos.

El vientre aumentó ligeramente de volumen.

Al día siguiente continuó en el mismo estado. Tuvo 6 deposiciones diarreicas.

El 28 de agosto continuand › enfermo, ingresa á la sala 4 del Hospital de Clínicas, donde le constataron dolor en la fosa iliaca derecha, y un tumor que hacia proeminencia, del tamaño de una mandarina, tumor resistente y doloroso á la presión. Luego los sintomas disminuyen, el enfermo se calma, mejora y es dado de alta en agosto 25.

El 6 de Octubre se presenta en el servicio de cirujía del profesor Gandolfo, diciendo que desde la noche anterior está nuevamente atacado.

Examinándole se le encuentra: una facies peritoneal, ansiedad, pulso 120 regular, temperatura 39º.

Se decide la intervención inmediata.

Se practica la incisión de Roux, se encuentra en la fosa iliaca una masa del tamaño de un huevo de gallina, formado por el apéndice envuelto por el epiplón adherido. Se reseca el epiplón previa ligadura, se coloca una pinza sobre el apéndice y otra sobre el ciego. Incisión sobre éste de manera á resecar totalmente el apéndice, luego sutura y cierre de la pared. El apéndice qermeticamente cerrado, es llevado al laborato-

rio, y dada la epidemia de influenza reinante, el autor sospechaba una apendicitis por bacilo Pfeiffer.

Después de historiar el punto, observa que los diversos autores no han encontrado el agente, porque no lo han buscado debidamente.

«La sospecha de que la influenza fuera una causa importante, de la apendicitis en general, y la causa quizás única de la apendicitis epidémica, la concebimos con el doctor Gandolfo, hace unos tres años, en el momento en que coincidían un gran número de apendicitis, con una gran cantidad de enfermos de influenza.»

Las investigaciones se hicieron en el laboratorio central del Hospital de Clínicas. Preparaciones hechas con el contenido apendicular, dieron una gran cantidad de bacilos pequeños, dos ó tres veces más largos que anchos, no encapsulados, agrupados de tres á cuatro ó de á más, tanto intra como extra celulares.

El contenido del apéndice, sembrado, en tubos de agar glicerinado y de agar y caldo con sangre de conejo, dieron á las 48 horas, lo siguiente:

En uno de los tubos de agar glicerinado, que había sido sembrado con una grán cantidad de exudado, una pequeña y única colonia de colibacilo.

En los tubos de agar con sangre, se había desarrollado una gran cantidad de pequeñas colonias transparentes, perfectamente semejante á

gotitas de rocío, reproduciendo los caracteres atribuidos por Pfeiffer á su bacilo. Hechos los estudios completos no se dudó en afirmar que el bacilo aislado era de Pfeiffer.

Buscando la vía que ha seguido la infección, el autor cree que haya sido la intestinal, porque el enfermo presentaba diarreas.

«Para nosotros, es tan posible la apendicitis gripal d'emblée, como lo es la enteritis, la meningitis, y la infección hematógena, puede serlo como la intestinal.»

Al terminar su comunicación recomienda para hallar el agente de los casos sospechosos, y para que la observación sea de valor:

1° Buscarlos en apéndices no perforados, y que esten ocluidos, así los microbios del contenido intestinal, no estorban ni constituyen causas de error.

2° Cultivarlos en medios, mezclados con sangre, especialmente con sangre de paloma.

Este caso demuestra que las infecciones generales pueden provocar la apendicitis.

Por lo demás, es bien admisible que infecciones gripales, catarrales ú otras análogas se localizen en el apéndice, y lo inflamen más ó menos, pues, en efecto en el apéndice abunda mucho tejido linfoideo, estando su capa por decirlo así empedrado de foliculos cerrrados.

Se puede comparar el apéndice á las amigdalas por su gran abundancia en tejido adenoideo·

Todos sabemos con cuanta facilidad es atacado por las infecciones, el tejido linfoideo. La gripe ataca á las amigdalas, órganos en que abundan foliculos cerrados. La fiebre tifoidea ataca á las placas de Peyer que son verdaderos almácigos de foliculos.

¿Por qué la gripe y otras infecciones catarrales no han de atacar al apéndice, como atacan á las amígdolas ó al intestino?

Las infecciones locales del intestino pueden propagarse al apéndice, pero esto se realiza en el menor número de los casos como lo demuestran las siguientes estadísticas.

Bernad, sobre 1100 casos de colitis muco membranosa, halló 76 apendicitis no dudosa, ó sea una proporción de 6.9 0/0.

En conclusión, la apendicitis no es debida á una sola causa, sino á varias causas concurrentes: á saber: infección, calibre reducido del organo por lo que se transforma en cavidad cerrada y contacto con la materia fecal que dá á las infecciones carácter séptico y gangrenoso.

La causa primera es, en general. la infección, las demás son coadyudantes.

SINTOMATOLOGÍA

Los síntomas de los apendicitis son lo de toda infiamación, pero tomando además caracteres del sitio en que se desarrolla, es decir que responden por una parte al tipo inflamatorio é infección de la enfermedad y por otra á la situación del apéndice en la cavidad abdominal, y á sus relaciones con el peritoneo. De estas dos causas deriva toda la sintomatología de la apendicitis.

Los síntomas son, pues, los propios de una inflamación aguda que se desarrolla en la cavidad abdominal, inflamación á la que el peritoneo y los órganos vecinos imprimen modificaciones tales, que á veces por sí, llegan á dominar el cuadro clínico, relegando á segundo término la inflamación del apéndice originario del proceso.

Estos síntomas se hayan caracterizados por el dolor en el sitio del órgano inflamado; si esta inflamación perdura el dolor se hace persistente, la fiebre se inicia y aparece el tumor.

Si la infección é inflamación apendicular ha sido débil, es decir, que á penas ha traspasado las paredes del apéndice y han ofendido poco al peritóneo y tan solo han producido una ligera congestión, entonces los dolores iniciales ceden á las cosas vuelven al estado normal sin que se inicie la fiebre, ni aparezca el tumor.

El síntoma capital y á veces único en las apendicitis, es el dolor *local*, *expontáneo*, *provocado*, *persistente* y *fijo* con irradiaciones por todo el vientre ó sin ellas; al dolor se agrega la *defensa muscular* que el provoca.

La defensa muscular dificulta mucho, y á veces impide, en absoluto, la exploración de la región ilíaca derecha, lo que contrasta con la facilidad con que se puede explorar todo el resto del abdomen.

El dolor aparece en plena salud, unas veces interrumpe el sueño á media noche, otras sorprende á la persona en sus ocupaciones.

Al iniciarse el dolor, aunque su intensidad es muy variable según las personas, por lo general no es muy fuerte; pero va aumentando poco á poco hasta hacerse intolerable y entonces, aunque haya empezado por la fosa iliaca derecha se extiende por todo el vientre.

El dolor dura en su mayor agudeza de veinte y cuatro hasta cuarenta y ochos horas, después disminuye de intensidad y pierde á la

vez su difusión viniendo á quedar localizado en la fosa iliaca derecha.

Si el insulto al peritoneo no ha sido muy intenso y si despues de dado el primer ataque cede en su acción, ya porque el apéndice está como aislado de la gran cavidad, entonces la hiperemia del principio cede tambien y con ella decrece la intensidad del dolor y la difusión, quedando él localizado á la zona donde se encuentra el apéndice ó punto de Mac Burney.

La agudeza del dolor no se debe á la inflamación de un órgano tan pequeño como el apéndice, se debe á la ofensa del peritoneo periapendicular por el agente infectante y la difusión del dolor obedece á la amplitud de la gran serosa peritoneal y á la producción y propagación de una hiperemia congestiva que es la primer etapa de una peritonitis más ó menos difusa.

Los sintomas propios, diremos así, de la apendicitis son: dolor persistente y fijo en la fosa iliaca derecha defensa muscular, fiebre y tumor á veces.

Los sintomas que emanan de la región en que se encuentra el apéndice, esto es, del peritoneo, consisten: en vomitos, no muy persistentes (uno ó dos); pulso, al iniciarse el ataque es pequeño, filiforme sin amplitud y muy frecuente casi incontable; malestar indefinible; las facies alteradas, sensación de angustia, ansiedad; gran laxitud en todo el cuerpo y tendencia al enfria-

mento. Si hay hipotermia acompañado de frecuencia del pulso, la intervención inmediata se impone.

Pasado el ataque el pulso se torna ámplio, lleno y meno frecuente; desaparece, casi, el malestar general, las facies se vuelve plácida, el cuerpo entra en calor y toma fuerzas, en una palabra el enfermo vuelve á la vida, pues en efecto al iniciarse el ataque intenso de apendicitis el reflejo inhibitorio, que llega al corazón es tal que el enfermo cree morirse de aquella hecha.

Como sintomas de menor importancia deben mencionarse el dolor irradiado al muslo ó á la ingle.

El sintoma que tiene mayor importancia en clinica para el diagnóstico de la apendicitis, es el dolor, y para que tenga su verdadero significado es necesario estudiarlo con toda precisión en sus carácteres de localización, fijeza y persistencias.

Si el dolor que el enfermo acusa cuando se oprime en el punto de Mac Burney, disminuye de intensidad á medida que nos alejamos de dicho punto. Si por el interrogatorio averiguamos que al iniciarse el ataque el enfermo ha estado muy angustiado y que esta ha acontecido en plena salud, podemos pronunciar, con grandes visos de verdad, el diagnóstico de apendicitis ó por lo menos, podemos afirmar el diagnóstico de una inflamación del peritoneo en la zona del apéndice.

La apendicitis puede confundirse con la colicistitis, y se trata de un primer ataque hay que poner mucha atención y explorar con sumo cuidado la insistencia, las zonas del apéndice y de la vesicular biliar, respectivamente, para no caer en el error de confundir una lesión con otra. En la apendicitis el máximum del dolor á la presión corresponde al punto de Mac Burney y disminuye de intensidad á medida que nos aproximamos á la vesicula biliar. En la colicistitis sucede lo contrario, aparte de que en la colicistitis deben buscarse los sintomas que son peculiares á ella.

En la mujer, dada la proximidad del apéndice y la trompa, es muy facil confundir la apéndicitis con la salpingitis; nos ayudará en el diagnostico el sitio en donde encontremos el máximum del dolor; además, la trompa como tiene relaciones de vecindad con los fondos de saco vaginales y está en conexión con el útero, puede ser explorada por la vagina y mediante esta exploración puede constatarse la participación que toma el peritoneo pelviano en la inflamación, lo mismo que el útero. Además tenemos los antecedentes, los padecimientos anteriores de los órganos genitales, la configuración del tumor, el hecho de encontrarse ya formado desde el comienzo mismo del ataque, son datos que deben tenerse muy en cuenta. No obstante, puede uno equivocarse en aquellos casos en que el

apéndice desciende y llega á ponerse en contacto con la trompa ó ésta asciende hasta el sitio del apéndice.

Por análogas razones, la colicistitis puede confundirse con la apendicitis y al contrarío, si el apéndice sube hasta la vesicula ó la vesicula baja hasta el apéndice.

TRATAMIENTO

En este capítulo me ocuparé, en primer lugar de las indicaciones y momento de la intervención y en el segundo de su técnica.

Sentaremos como principio que la apendicitis, es de orden esencialmente quirúrgico y que corresponde por lo tanto al cirujano el primer rol en su tratamiento.

Es el momento de la intervención lo que ha dividido á los cirujanos en dos bandos.

Los intervencionistas radicales y los oportunistas.

Pocas atenciones ó ninguna ofrecen un campo tan ancho á la observación como la apendicitis, por la variabilidad de sus formas clínicas y por la multiplicidad de sus complicaciones, así como por la inseguridad de su pronóstico; es, pues, con razón, que Dienlatoy la ha llamado «la gran enfermedad abdominal».

Su gran frecuencia que hace la encontramos á cada paso, obliga estar preparados para la lucha con ella en las mejores condiciones; la rapidez con que algunas de sus formas adquieren extrema gravedad, que hace urgente la necesidad del tratamiento quirúrgico, que el médico que de antemano no tenga establecidas en su espíritu reglas por lo menos generales, de conducia, corre riesgo de perder un ticmpo precioso, durante el cual hubiera podido salvar al enfermo.

Habría, por lo tanto verdadera utilidad práctica en establecer de una manera precisa y para todos los casos las reglas absolutas que deben indicar la intervención quirúrgica en el tratamiento de la apendicitis, desgraciadamente esto no es posible por ahora, dada las divergencias que existen entre los cirujanos, pero sin embargo, pueden formularse ya reglas generales aceptadas por la mayoría.

Es interesante hacer un rápido estudio retrospectivo de la cirujía apendicular, para mostrar las fluctuaciones por las que ha pasado el espíritu quirúrgico, hasta llegar á las ideas actuales, á pesar de los pocos años que han transcurrido, desde que se conoce y estudia de un modo eficaz la apendicitis.

Desde su comienzo hasta el año 1895, la incertidumbre más completa reina entre los cirujanos, por sus impresiones personales ó por ideas preconcebidas; unos operan todos los casos, otros

operan sólo lo que le parecen graves, así tenemos á Broca que después de haber sido intervencionista radical se transforma en oportunista, á Gerardo Merchand, que impresionado por la muerte inesperada de enfermos atacados por formas al parecer leves, abandona el campo de los oportunistas para plegarse al bando de los intervencionistas radicales.

En el año de 1895, en medio de este desacuerdo aparece la fórmula concreta y absoluta de Lienlafay que sostiene: «Que no hay tratamiento médico de la apendicitis; que el único « medio de defensa contra esta enfermedad, es « la supresión del foco toximfeccioso; que con « el diagnóstico preciso y una operación precoz « bien hecha se detienen los accidentes, y que « no se debe morir de apendicitis.»

Fórmula absoluta, como se vé, y que como tal, no puede ser aplicable á algo tan variable como es la apendicitis, pero que tuvo el merito de hacer pensar á todos que esta enfermedad es del dominio absoluto de la cirujía y de hacer pensar tambien, que existía un periodo en el proceso apendicular durante el cual el cirujano podía combatirlo con éxito y hechó así las bases del llamado tratamiento precoz, cuyos resultados se puede palpar en estos últimos años.

En el congreso de cirujía francesa de 1900 los dos miembros informantes Roux y Jalaguier,

sobre la formula Dieulafoy se declaran oportunistas.

Roux aconseja que se opere lo menos á menudo posible én el curso de la enfermedad, para poder operar después en frio.

Jalaguier, en el mismo congreso, aconseja que la operación sea practicada en frio.

En el Congreso de Bruselas de 1902, Sonnenburg de Berlin, miembro informante, se declara oportunista; dice que habiendo sido intervencionista radical hasta 1897, su estadística de mortalidad fué 18,7 %; en cambio, dejándose guiar desde entonces hasta la fecha de su comunicación, por el criterio oportunista, su estadística había disminuido á 7,2 %.

En la Sociedad de Cirugía de Paris al terminar el año de 1902, sus miembros después de una discución interesantísima se dividen en dos bandos unos intervencionistas, entre los que figuran, Poirier, Chaput, Lucas Championière, Legueu, Terrier; otros oportunistas más numerosos que son, Jalaguier, Lejars, Quenu Reclus, Nélaton, Kurmision, Richelot, Tuffier Guinard.

Esta misma divergencia de criterio reina entre nosotros.

En el año 1905 aparecen las primeras comunicaciones aconsejando sistemáticamente la llamada intervención precoz, es decir la que se practica en las primeras 36 ó á lo menos 48 horas después de iniciada la apendicitis.

Terminada esta ligera reseña histórica, establezcamos una serie de puntos fundamentales relacionados con la apendicitis puntos aceptados hoy por todos y que facilitarán la compresión al formular las indicaciones del tratamiento quirúrgico, en las diversas formas clínicas de apendicitis.

1° La apendicitis es una enfermedad toxi-infecciosa; el predominio de los signos de una ú otra categorica imprime carácter á la gravedad.

2° No hay signos que permitan asegurar desde el principio si el ataque será leve ó grave; las formas tóxicas son en general más graves que las simplemente infecciosas.

3° La peritonitis en todas sus formas generalizado ó localizada puede declararse sin que el apéndice esté perforado.

4° Es imposible á menudo saber en que momento los accidentes peritoneales continúan los apendiculares.

5° La aparición posible de complicaciones tardias, obliga á reservar el pronóstico en todos los casos, durante quince días por lo menos.

6.° El que ha tenido un ataque de apendicitis tendrá otros sin que se pueda asegurar que los últimos serán menos graves que los primeros.

Los casos de apendicitis que se nos presentan diarimente pueden incluirse en una de las siguientes formas:

1.ª Apendicitis sobre agudas (peritonitis generalizadas y sépticas).

2.ª Apendicitis subaguda (abceso ó peritonitis circunscripta).

3.ª Apendicitis aguda (ataque, crisis aguda).

4.ª Apendicitis crónica (forma recidivante ó á repetición)

La forma sobreaguda comprende dos grandes modalidades:

La septicémica y la peritoneal clásica.

En la septicémica los signos peritoneales son nulos ó casi nulos, el pulso se hace sumamente frecuente 180, incontable; la temperatura desciende, hay hipotermia; la sensibilidad disminuida las *facies* sumamente alteradas, los vómitos pueden ó no existir, el vientre puede estar elevado ó ser normal. Es la depresión, es el colapso determinado por la septicemia, que domina el cuadro. Las lesiones del apendice pueden ser poco extendidas; en el peritóneo se encuentra un líquido turbio; en estos casos dichos *in extremis*, creemos que la intervención es inútil. A esta situación llegan también las peritonitis generalizadas no tratadas á su debido tiempo.

En las peritonitis generalizadas, no septicémicas, cuya gravedad, aunque grande, debemos intervenir. En ellas el pulso se mantiene entre 120 y 140, es pequeño y duro; el vientre abultado, las facies es angustiosa, fiebre 38° 39°.

Es la peritonitis clásica, la intervención es la regla.

En la forma subaguda, cuando el abceso se ha formado, no hay discusión, debe intervenirse; el momento está indicado desde que se le ha reconocido·

La intervención se reduce para algunos cirujanos á la simple apertura del abceso y á su drenaje consecutivo, pues las maniobras, dicen, al remover, explorar, que dá lugar la observación rompería las adherencias y podrían producir la irrupción del púS á la gran cavidad abdominal.

El peligro de difundir una infección localizada del foco supurado, no es de temer, cuando se procede con las debidas precauciones, previo un buen aislamiento de los intestinos, seguido de una perfecta limpieza del foco; en la investigación del apéndice no se procede á tientas buscándolo entre los intestinos, sino que lo hemos de buscar siguiendo la pared posterior de la fosa iliaca á la cual está adherido casi siempre.

Si el apéndice está dirigido hacia adelante bien pronto lo reconocemos pues los intestinos y el epiplón adhieren á la pared abdominal y al incindir la pared nos encontraremos desde luego con el peritoneo parietal engrosado y en el vien tre con los intestinos y el epiplón pegado á la pared: esto nos dice ya, que el apéndice está

cerca y por lo general no nos dará trabajo encontrarlo.

Si hay gran plastrón por toda la fosa iliaca y el hipocondrio; debemos pensar que el apéndice es retrocecal y ascendente.

Esta es la posición que ofrece mayores dificultades para extraerla, casi siempre se despedaza, pero á los efectos terapéuticos tiene el mismo valor que si le resecara.

Hemos visto que la supuración no lo destruye y no quedando destruido puede repetir el ataque.

En la forma aguda, en las crisis aguda que la división de las opiniones separan á los cirujanos en intervencionistas radicales y en oportunistas.

Las intervenciones que se practican contra las apendicitis agudas deben dividirse según el momento de la enfermedad en que se efectúan, en *precoces*, *intermedias* y *tardías*.

1.° Operación precoz. Es la que el cirujano practica en las primeras 36 ó cuando más 48 horas después de iniciado el ataque apendicular, es una operación lógica desde el punto de vista que ataca el mal en su período inicial.

Las ventajas obtenidas por este medio son:

Operación fácil y corta, puesto que en ese momento no existen todavía adherencias y si las hay son poco resistentes, de modo que el apén-

dice puede ser rápidamente encontrado y resecado.

Es una operación previsora, puesto que evita la aparición de complicaciones ulteriores, siempre posibles, aun en los casos en operaciones más leves.

Esta operación acorta la duración de la enfermedad, la cual queda reducida á los días necesarios á la cicatrización, evita la producción de fístulas y disminuye las probabilidades de eventración ulterior.

Operacion que, por la seguridad que da de extirpar el apéndice, suprime todo peligro de repetición del ataque, lo que no pasa con algunas intervenciones tardías, en que esa extirpación no es posible.

Las estadístibas publicadas, confirman elocuentemente como era de esperar, los resuliados que el simple razonamiento hacía preveer:

En Alemania.

	Casos operados en las primeras 48 horas	Mortalidad
Koste	180	0
Rotter	30	0
Ismael	48	1
Sprengel	50	3
Wette	40	0
En Francia:		
Temoisi	15	0
Legue	23	1

En Bélgica:

Van Havre 20 0

2.° *Operación intermedia.* — Es lo que se práctica cuando hay algunas de las indicaciones que vamos á establecer más adelante, entre el 3.° y el 5.° ó 6.° día de la enfermedad, ante de la formación de colecciones supuradas.

La mayoría de los cirujanos parece actualmente inclinarse á no operar durante este período sinó obedeciendo á indicaciones precisas:

Cuando aparecen signos de reacción peritoneal inflamatoria, produciendo la supuración generalizada de la gran serosa: la intervención es necesaria, su objeto es evacuar y drenar la cavidad peritoneal.

Y cuando los signos indicando la peritonitis generalizada existen ó nó, pero lo que domina en el cuadro son fenómenos traduciendo una intoxicación profunda y progresiva del organismo, son las formas tóxicas de la apendicitis, las apendicemias.

Es necesario intervenir lo más pronto posible para disminuir la intensidad de shock operatorio.

3° *Operacion tardia.*—Designaremos así á las que se practican, después del 6° ó 7° día para evacuar las colecciones supuradas localizadas periapendiculares.

La forma crónica, recidivante, no reclama discusión. Se opera en frío. Es necesario dejar pasar por lo menos un mes, después del ataque,

y muchas veces con este tiempo de espera, no se ha hecho la reabsorción total del pus ó del exudado. Pero tampoco podemos estar esperando más, porque entretanto, puede aparecer un nuevo ataque.

El Dr. Bartolomé Vasallo en una comunicación leída en el Congreso latino americano reunido en Montevideo en Marzo de 1907 llega á las siguientes conclusiones:

1º Apendicitis aguda, ataque bien manifiesto hasta el tercer día. Operación.

2º La misma después del tercer día, si hay fenómenos de acalmia completa, sin dolor, sin fiebre, sin pulso peritoneal, el plastrón poco doloroso á la presión, el estado general muy bueno; espera de 10 á 20 días para operarla en frío.

3º El mismo caso; pero con fenómenos y manifestaciones mórbidas dudosas; operación aunque ésta tiene más dificultades, por adherencias y friabilidad de las paredes intestinales.

4º El mismo caso, agudo en 8º ó 10º día con temperatura y tumor doloroso; operación porque seguramente hay púS.

5º El mismo caso, en 8º ó 10º día con tumor doloroso, sin temperatura ya, de dos días atrás y el tnmor muy adherente á la fosa iliaca; operación, porque seguramente hay púS también.

6º El El mismo caso á los 8 ó 10 días con temperatura, con tumor pequeño no doloroso,

sin fiebre; espera de 15 á 25 días para operar en frio.

7° Apendicitis. Ataque ligero con defervescencia rápida en dos días, sin tumefacción bien manifiesta; tratamiento médico y no operar; esperar más bien para intervenir que se produzca un segundo ataque.

8° Apendicitis aguda, con desaparición de los sintomas, temperatura y dolor localizado, pero persistiendo la defensa muscular y pulso elevado; operar sin pérdida de tiempo.

9° Apendicitis super aguda, con presumible perforación. Operar lo más pronto que se pueda. Es solo así que á veces se puede salvar estos enfermos.

10. Apendicitis crónica (apendicalgia) cuando uno está bien seguro del diagnóstico, después de observar algunos meses al enfermo; operar.

11. Apendicitis crónica (tuberculosa); operar siempre que las condiciones y estado del enfermo no vuelvan, para él, una operación inútil.

Acompaña una estadística de 592 enfermos operados, con 2 defunciones.

Tratamiento médico — Se instituye con el solo objeto de proporcionar todo el reposo posible al peritoneo, para que pueda defenderse debidamente localizando la enfermedad. Se recomienda:

Reposo absoluto.

Dieta absoluta los dos primeros días.
Opio ó sus derivados al interior.
Hielo sobre el vientre; dermoclisis para sostener las fuerzas del enfermo.
No se debe purgar nunca en las apendicitis.

TÉCNICA

En la técnica operatoria debemos considerar las apendicitis no supuradas, en las cuales se hace uno apendicectomia y en las supuradas en las cuales se abre simplemente el abceso.

LA APENDICECTOMIA

Las incisiones comunes son la Jalagnier, Roux, Mac Burnery, Dartigue.

Jalaguier hace una incisión vertical de 10 centímetros que pasa por el medio de la línea íleo-umbilical, de modo que el tercio superior quede por arriba de esa línea y los dos tercios inferiores por debajo; se abre la aponeurosis del oblícuo mayor en toda la extensión de la herida, se descubre al recto mayor y se incinde su vaina anterior á un centímetro y medio por dentro de su borde externo; el labio externo de esta incisión es disecada, de adentro afuera, hasta

llegar al borde externo del músculo, al cual se le lleva hacia adentro, de modo de descubrir la vaina posterior. Esta es á su vez incindida á un centímetro y medio por dentro del vértice del ángulo diedro formado por la reunión con su hoja anterior. Finalmente el peritoneo se le incinde junto y en la misma extensión que á la vaina posterior.

Esta incisión es muy recomendable en las operaciones en frío. Ella reconstituye la pared, por suturas en varios planos, suturas no superpuestas. Una primera sutura continua con catgut, cierra la abertura del peritóneo y de la vaina posterior. El músculo recto que no ha sido seccionado y así sólo repasado, recupera su posición normal, protegiendo á la primera línea de sutura; una segunda cierra la vaina anterior. El músculo recto se encuentra así reemplazada en su vaina, exactamente reconstruida; por fin tercera sutura, sobre la aponenrosis del oblícuo mayor, situada por fuera del plano de las dos primeras, ofrece una nueva condición favorable de solidez de pared. Como se ve, ella no corta fibras musculares; las secciones aponeuróticas no se encuentran superpuestos, el músculo recto recubre y protege la sutura profunda impidiendo que ceda á la distensión.

Es sobre todo en los niños, cuya pared es flexible y delgada. y en la mujer, cuya pared sufre gran distensión por el embarazo, que la inci-

sión de Falaguier será tan útil. Satisface finalmente á la resección de apéndices altos ó bajos basta solamente prolongarla.

La incisión de Roux paralela al arco crural, corta todas las capas de la pared en una misma sección. Esta dará una cícatriz de muy poca resistencia; expone á las eventraciones; por eso no se aconseja en las operaciones en frío; en cambio ofrece ancho campo operatorio y es muy rápida. En los abcesos donde es necesario drenar por algún tiempo y que por lo tanto habría probabilidades de eventración cualquiera que sea la incisión empleada ella es la indicada.

La incisión de Mac Burney incinde la piel como Roux, pero no corta fibras musculares, las separa en la dirección de sus fibras, incinde transversalmente las facies transversalis. Esta incisión tiene el inconveniente de la estrechez del campo operatorio y la de necesitar cuatro separadores, en cambio deja la pared intacta.

La incisión transversa de Dartigue, comienza á un dedo abajo y dos hacia adentro de la espina ilíaca y dirigiéndose verticalmente á la línea media, llega hasta ella. Con esto el autor se ha propuesto que los músculos oblícuos sean cortados en sentido de sus fibras, lo que asegura una cicatriz más perfecta; en cuanto el músculo recto anterior, el autor dice que puede incindirse si fuera necesario.

Esta incisión deja una abertura, amplia que

hace fácil todas las maniobras sobre el apéndice ó el ciego en los casos de apendicitis crónica con muchos ataques, además tiene la ventaja qne, como la vena del recto anterior es seperada junto con él, no corre ningún peligro en la sutura.

Abierto el vientre, por cualquiera de las incisiones enumeradas, se lleva el dedo á la fosa iliaca y él se dá cuenta del estado y movilidad de la masa inflamatoria

Se busca el ángulo ileo cecal, observación que á veces puede ser dificil; para encontrarlo con seguridad; se toma el ciego reconocible, por sus bandeletas, abolladuras y repliegues epiploicos, se levanta con suavidad, se sigue una de las bandeletas, de preferencia la postero interno y se cae forzosamente en el ángulo ileo-cecal. Si este ángulo es movible y el apéndice se encuentra libre de adherencias la tarea será facil. Se le saca hacia la herida, se liga el meso cerca de su inserción. Esta ligadura debe cuidarse, pues con frecuencia ella se corre, y la arteria apendicular da lugar á hemorragias que pueden ser peligrosas.

Ligado el meso, se le reseca á raíz del apéndice. Seccionamos en seguida el órgano para lo cual se coloca sobre él una primera ligadura á medio centímetro de su inserción cecal; se hace la coprostasia del apéndice empujando su contenido hacia la punta, y á un centimetro de la ligadura anterior se coloca una segunda.

Se secciona el órgano á termocauterio entre las dos ligaduras, teniendo la precaución de proteger el peritoneo por compresas. Resecado el apéndice resta tratar su muñon y cerrar la pared.

El muñon se cauteriza con el termo y se invagina en el ciego haciendo una jareta, sero-serosa á un centimetro de distancia del muñón.

Del cierre de la pared ya hemos hablado al ocuparnos de las diversas incisiones.

La piel se sutura con seda ó crin.

Apendicitis supuradas ó abcesos—La intervención para estas formas se reduce á la apertura del absceso. El apéndice siempre que es posible se reseca.

El sitio de la incisión, lo determina la localización del absceso·

En general, su tratamiento en nada se diferencia con el tratamiento de un abceso de cualquiera otra región. El púS se aborda por el punto más cercano, y el más declive.

Para los abscesos *ileo-inguinales,* la incisión de Roux cae en pleno foco. La apertura del peritoneo debe ser hecha con prudencia, pues el ciego puede estar adherido á la pared.

Para los abscesos *retro cecales* la incisión de Roux es suficiente, por lo general, ella llega directamente sobre el absceso, pues desborda al ciego.

Los abscesos *mesoceliaco* se desarrollan de preferencia entre el ombligo y la fosa iliaca dere-

cha, en estos casos se prefiere la incisión de Jalaguier.

En los abscesos *posteriores lumbares* que simulan al flegmón perinefrítico, elijiremos la incisión común de la nefrotomia, suficientemente buena y sencilla para la evacuación del foco.

Los abscesos pelvianos—Reconocidos sobre todo con el tacto rectal ó vaginal pueden abordarse por cinco vías: la rectal, la vaginal, la perineal, la abdominal y la parasacrea.

La vía rectal es recomendable cuando el absceso hace saliencia hacia el recto.

Es necesario dilatar primeramente el ano, luego los dedos guian á una tijera de extremidades romas, que practican una incisión transversal, se drena con tubos. El resultado es bueno.

La vía vaginal es también recomendable, cuando la colección reconocida se presenta en el fondo del saco posterior. Se hace la colpotomia posterior.

La vía perineal, se practica con el primer tiempo de la talla pre-rectal de Nelatón.

El dedo izquierdo introducido en el recto sirve de guia; el indice derecho efectua el desprendimiento, siguiendo la pared anterior del recto, en fin, se engancha el fondo del saco, donde se encuentra la colección y se abre.

La vía abdominal es aconsejada por algunos, encuanto al plastron se sitúa por arriba del

púbis. La incisión puede ser mediana ó lateral, en el último caso bien cerca del arco; puede uno servirse de la usada para ligar los vasos ilíaos.

El gran reproche que se hace á esta vía, es la inoculación de la gran cavidad peritoneal.

Con la incisión parasacrea se llega al fondo del saco peritoneal seccionado el glúteo mayor y á los ligamentos sacrociáticos al nivel del borde del sacro; esta vía está hoy abandonada.

M. DELONC.

Abril de 1907.

BIBLIOGRAFIA

Ricardo S. Gómez.—Anatomía del ciego y de su apendice 1905.

Padilla, Tesis, Buenos Aires. 1900.

De Petris, Tesis, Buenos Aires, 1895.

Revista de la Sociedad Médica Argentina, 1902.

Semana Médica, Buenos Aires, 1895.

Argentina Médica, 1907.

Oscar Copello, Tesis, Buenos Aires, 1905.

Revista Sud-Américana de Ciencias Medicas, 1903.

Bartolomé Vasallo.—Consideraciones sobre 592 apendicitis, 1907.

Gutierrez.—Consideraciones sobre 41 casos de apendicitis 1906.

Dieulafoy, Clinique Medicale de l'Hotel Dieu.

Dieulafoy, Pathologie interne.

Leguer, De l'appendicite.

Leguer, Leçons de clinique chirurgicale.

Marconi, Appendicite, Milano.

Broca, Les abcés pelviens de l'appendicite, 1901.

Souligoux, Appendicites, 1901.

Cotu et Deylos, Appendicites, 1901.

Poirier, Contributions au traitement chirurgical de l'appendicite, 1902.

Kocher, Procédé de resection précoce de l'appendicites, 1901.

Palaguier, Appendidite (Société de Chir. 1892.

Triboulet, A propos de l'appendicite cronique.

Gilbert et Lerreboullet, La natura de l'appendicite, 1904.

Petit, These, Paris, 1902.

Monod y Vanverts, L'Appendicite.

Magniez, These, Paris, 1902.

Richard, These, Paris, 1900.

Talomon, La Colique appendiculaire.

Talomon, Appendicite et perityphlite.

Routier, Traitement chirurgicale de l'appendicite 1900.

Rochard, Sur l'appendicite, 1900.

Broca, Sur l'appendicite, 1900.

Peraire, Corp etranger de l'appendicite.

Dubarry, Cinquante-deux cas d'appendicites, operees pour Touffier. Etude statisque. (These, 1901.

Tuffier et Mercland, Las lésions appendiculaires dans les autopsies banales, 1901.

Rinne, Du traitement de l'appendicite, 1902.

Broca, Le traitement de l'appendicite, 1902.

Thierry, Choix du moment de l'intervention dans l'appendicite, 1902.

Richelot, Sur le traitement de l'appendicite, 1902.

Bernard, Rapportes de la colite muco membraneure et de l'appendicite, 1903.

Lyon. Traitement médicaíe de l'appendicite 1903.

Picqué. Appendicectomia, 1903.

Gaudin. Les indications operatoires dans le traitement de l'appendicite. 1903.

Péraire. De l'intervention dans l'appendicite,

Triedhein. Statisque d'appendicectomies, 1904.

Pecharmant. Appendicite, 1094.

Kirmisson. Appendicite avec lesions anormales, 1904.

Wette. Sur l'intervention précoce dans le appendicite, 1904.

Hoepfl. Étude sur 114 cas d'appendiciris opeaées, 1904.

Faure. L'intervention chirurgical dans l'appendicite, 1905.

Quenu. Soc. de Chir., 16 Oct. 1895.

Reclus. Soc. de Chir., 16 Oct. 1895.

Schwartz. Soc. de Chir., 13 Julilet 1895.

Terrier. Soc. de Chir., 1892 á 1893.

Tuffier. Soc de Ghir., Oct. 1895.

Walther. Congres de Chir., 1895.

Delangrade. Sociéte de Chir., 1900.

Morestin. Congres Francais de Chir., 1902.
Minard. These, Paris, 1902.
Noviclaude. These, Paris, 1902.
Le Suer. These, Paris, 1903.
Meli Rian. These, Paris, 1901.
Ferón. These, Paris, 1900.
Klecki. Annales de l'Institut Pasteur.
Siredey, Le Roy. Étude anatomo pathologique de cinq cas d'appendicite.
Piquand. Bulletin de la Soc. de Anat., 1900.
Bulletin de la Soc. de Chir., Paris 1895-1902.
La Presse Médicale dé 1895-1905.
La Sémaine Médicale, 1905.
Revue de Chirurgie, 1902.
Reyner. L'appendicite aigu, 1900.
Bougli. Tuberculose de l'appendicite, 1900.
Wemberg. Un clou dans l'appendicite.
Reunión libre de chirugiens de Berlin, Resultats de l'intervention operatoire précoce (48 premieres heures) dans l'appendicites), 1905.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Apendicitis y colitis; diagnóstico diferencial.

Resección del apéndice.

En cuál de los sexos y en qué edad es más frecuente la apendicitis?

Buenos Aires, Abril 12 de 1907.

Nómbrase al Sr. Consejero Dr. Juan A. Boeri, al profesor titular Dr. Joaquin López Figueroa y al profesor suplente Dr. Daniel Greenway para que constituidos en comisión revisora dictaminen respecto de la presente tésis, de acuerdo con le art. 4.° de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN.
R. S. Gómez.

Buenos Aires, Abril 29 de 1907.

Habiendo la Comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta N.° 1742 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN.
R. S. Gómez.