Año 1908 Núm. 1855

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Apendicitis crónica

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANTONIO FÉLIX CELESIA

Ex-ayudante de anatomía patológica
Ex-practicante externo é interno del Hospital San Roque—Ex-ayudante del laboratorio anexo á la Clínica del Profesor Sicardi
Ex-matriculado en la Escuela de Medicina de Berlín

LAS CIENCIAS
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA
646—AVENIDA DE MAYO—646
BUENOS AIRES
1908

APENDICITIS CRONICA

Año 1908 **Núm. 1855**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Apendicitis crónica

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ANTONIO FÉLIX CELESIA

Ex-ayudante de anatomía patológica
Ex-practicante externo é interno del Hospital San Roque—Ex-ayudante del laboratorio anexo á la Clinica del Profesor Sicardi
Ex-matriculado en la Escuela de Medicina de Berlín

LAS CIENCIAS
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA
646—AVENIDA DE MAYO—646
BUENOS AIRES
1908

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

(Art. 162 del Reglamento General)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón.

Vicedecano

Dr. D. Antonio C. Gandolfo.

Consejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con lic.)
» » Pedro N. Arata.
» » Pedro Lagleyze.
» » José Penna.
» » Luis Güemes.
» » Eliseo Cantón.
» » Enrique Bazterrica.
» » Antonio C. Gandolfo.
» » José M. Ramos Mejía.
» » Juan A. Boeri (suplente).
» » Baldomero Sommer.
» » G. Araoz Alfaro.
» » José R. Semprún.
» » Abel Ayerza.
» » Jaime R. Costa.
» » J. Manuel Irizar.

Secretarios

Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo).
Dr. D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina).

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología médica	Doctor Pedro Lacavera
Física médica	» Jaime R. Costa
Química médica	» Atanasio Quiroga
Botánica médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva	» Joaquín López Figuero
Anatomía descriptiva	» José Arce (interino)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología general y humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología externa	» Obdulio Hernández
Medicina operatoria	» Leandro Valle
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	» Luís Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología experimental	» Juan B. Señoran
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Doctor Roberto Wernicke
» Juan R. Fernández

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Anatomía Patológica	Doctor José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde » José F. Molinari
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell » Avelino Gutiérrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves » José R. Semprún
Clínica Psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia
Física Médica	» Juan J. Galiano

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología Médica	Dr. D. Greenway
Física Médica	» Vacante
Química Médica	» Vacante
Botánica Médica	» Rodolfo Enriquez
Química aplicada á la Medicina	» Vacante
Histología	» Julio G. Fernández, Alois Bachmann
Anatomía Descriptiva	» Vacante
Anatomía Descriptiva	» Vacante
Semiología y ejercicios clínicos	» Vacante
Anatomía Topográfica	» Vacante
Fisiología General y Humana	» Vacante
Anatomía Patológica	» Vacante
Bacteriología	» Juan Carlos Delfino, Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	» Felipe Justo
Materia Médica y Terapéutica	» Vacante
Medicina Operatoria	» Vacante
Clínica Ginecológica	» Vacante
» Oto-rino-laringológica	» Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	» Vacante
Patología externa	» Carlos Robertson, Ricardo S. Gómez
Patología interna	» Vacante
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Epidemiológica	» Vacante
» Quirúrgica	» Francisco Llobet, Marcelo Viñas, Marcelino Herrera Vegas, José Arce
» Neurológica	» Mariano Alurrald
Medicina Legal	» Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Patricio Fleming, Ricardo Colón, Luis Agote
Clínica Obstétrica	» Enrique A. Pardo, Enrique Zárate, Alberto PeraltaRamos, Arturo Enriquez
Toxicología Experimental	» Vacante
Clínica Pediátrica	» Manuel A. Santas, Mamerto Acuña
» Génito-urinaria	» Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	» José T.Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES	
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas	Dr.	Angel T. Gallardo
Botánica y Mineralogía	»	Adolfo Mujica (con lic.)
Química inorgánica aplicada	»	Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	»	Francisco Barraza
Farmacognosia y Posología razonadas	»	Juan A. Boeri
Física farmacéutica	»	Julio J. Gatti
Química analítica y Toxicológica (primer curso)	»	Francisco P. Lavalle
Técuica farmacéutica	»	J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas	»	Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	»	Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS	
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas	»	Vacante
Botánica y Mineralogía	»	Vacante
Química inorgánica aplicada	»	Vacante
Química orgánica aplicada	»	Vacante
Farmacognosa y Posología razonadas	»	Sr. Juan A. Domínguez (en ej.)
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 farmacéuticas	»	Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distócico y clínica obstétrica	Dr. Fanor Velarde

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Parto fisiológico y clínica obstétrica	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y clínica obstétrica	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULA	
Anatomía, Fisiología, Patología	Dr.	León Pereyra
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	»	N. Etchepareborda

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología	Vacante
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

FRANCISCO A. SICARDI

PROFESOR TITULAR DE CLÍNICA MÉDICA

A MIS PADRES

A LOS MIOS

INTRODUCCIÓN

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Es indudable que uno de los capítulos más interesantes de la patología es aquél que trata de la apendicitis.

Y es interesante por cuádruple razón: por su diagnóstico, por su tratamiento, por su evolución y por su pronóstico.

Mucho, muchísimo, se ha estudiado en el país y en el extranjero, este complejo clínico llamado apendicitis; pero en honor de la verdad, justo es decir, que todavía no se ha llegado á conclusiones precisas que hagan de esta afección una entidad mórbida resuelta.

Durante los cinco años que he concurrido á la clínica del profesor Sicardi, he oído y aprendido de sus repitidas conferencias sobre esta modalidad especial de la apendicitis, que es tema de esta mi tesis inaugural, cosas y hechos que en honor de la ver-

dad no he encontrado en ninguna parte y que le pertenecen por completo.

Al titular este trabajo apendicitis crónica, no quiero referirme á aquellas apendicitis que podríamos llamar á recaídas y cuyos accesos agudos son manifiestos, ni tampoco quiero decir que el proceso crónico se establezca sin que el apéndice haya pasado por un proceso más ó menos agudo, no; sino que este proceso ha tenido en sus manifestaciones clínicas tal pobreza ó poca intensidad en sus síntomas, que la generalidad de las veces pasan esos pequeños fenómenos como debidos á trastornos intestinales, gástricos, nerviosos, etc.

Estas apendicitis que se han producido con síntomas, que han podido ser tomados por indigestión ó denominados vulgarmente con el nombre de cólicos, concluyen por dar á consecuencia de las infiltraciones, úlceras, cicatrices, etc., una sintomatología característica, que ha sido expresada muchas veces por el profesor Sicardi en sus lecciones sobre este tópico.

Concluyo esta tesis con un resumen extractado de los principales capítulos é ideas emitidas en ella.

Pero antes de concluir este capítulo y entrar de lleno en materia, permítaseme estas justas palabras.

Al doctor Francisco A. Sicardi, mi padrino en este postrer trabajo de estudiante, mi maestro y mi guía durante mis estudios universitarios, cariño y gratitud.

A mi distinguido amigo y eximio profesor de anatomía doctor Juan José Naon; admiración y respeto.

A los doctores Antonino Ibarguren, Diógenes Decoud y Carlos Robertson; eterno aprecio por sus enseñanzas é inmerecidas distinciones.

Al sabio maestro doctor Jacob que conjuntamente con mi apreciable amigo Groppo me han ayudado en preparaciones y microfotografías; agradecimiento sincero.

A mi mejor y más querido amigo Aquiles Pirovano, compañero de estudios durante diez años; cariñoso recuerdo.

HISTORIA

La historia de la apendicitis crónica es de data muy reciente.

Fué recién Brun, en Mayo de 1897, que hizo algunas relaciones y comunicaciones referentes á esta afección y en la que comunica dos casos muertos por peritonitis aguda, en enfermos que habían tenido dos ó tres veces con intervalo de algunos meses, fenómenos de apendicitis pasajera.

Ewald presentó también al Congreso Alemán de Cirugía, de fecha 6 de Abril de 1899, un trabajo titulado apendicitis larvada.

Brun vuelve á presentar al Congreso de Cirugía del 14 de Febrero de 1900, una serie de observaciones respecto á este mismo tópico.

Siredey publica en la Sociedad Médica de los hospitales con fecha de Noviembre de 1903, un trabajo, probando la existencia de esta modalidad, su diagnóstico y mejor tratamiento que impone á una serie de enfermos cuyas historias prolijas acompaña.

Jallaguier en la Sociedad de Cirugía, el día 11 de Febrero de 1900, presenta un trabajo sobre este

mismo tema y en el que decía que estaba persuadido que en la mayoría de las observaciones de peri-ó-para-tiflitis, la no participación del apéndice, no era más que aparente, achacándolo todo á la inflamación crónica del apéndice, siendo él, el origen real de todos los fenómenos á distancia.

Walther, en esta misma sesión, hacía notar que había dos formas de apendicitis crónica, una que era debida á una foliculitis con adherencias, y otra que era debida también á una foliculitis sin ninguna lesión periférica del apéndice.

La caracterizaba por fenómenos dispépticos y trastornos de nutrición, á veces tan acentuados que hacían pensar en estos enfermos, la existencia de un cáncer.

Ha sido tema de tesis para el doctorado en París de Alfred Wagon y Alexandre Rastouil.

El estudio anátomo patológico ha sido hecho por Letulle y Weinberg, que lo publican en la «Presse Medicale» del 4 de Agosto de 1897.

ANATOMÍA É HISTOLOGÍA

DEL APÉNDICE-ILES-COECAL

El apéndice ileo coecal, está situado en la fosa ilíaca derecha cuyas paredes están constituídas:

Hacia adelante por la pared abdominal anterior, hacia atrás, por la pared abdominal posterior, hacia abajo la fosa ilíaca interna que le forma como el piso.

Cerrada esta fosa por la continuidad de la pared abdominal anterior con la pared abdominal posterior, comunica anchamente hacia arriba y adentro con la cavidad abdominal propiamente dicha y hacia abajo y adentro con la cavidad pelviana.

El apéndice vermiforme se destaca de la extremidad cerrada del ciego, teniendo una forma cilíndrica, flexuosa, haciendo recordar á un vermes, y por eso su nombre de apéndice vermicular.

El apéndice presenta al estado normal una coloración rosada, que cambia en los estados patológicos por el rojo vinoso, violáceo, etc.

Su implantación se hace por debajo del ángulo ileo-coecal, sobre la parte infero-interna del ciego que él continúa.

Sus dimensiones son variables según los autores.

En el feto y en el recién nacido, su base es ensanchada contrariamente á lo que se ve en el adulto.

Como longitud tiene término medio de 7 á 9 centímetros y de 5 á 8 milímetros de ancho.

Ahuecado en toda su logitud se termina en la parte inferior en fondo de saco y en su parte superior se abre en el ciego.

Al desembocar en el ciego se encuentra algunas veces un pequeño repliegue valvular que se denomina válvula de Gerlach.

El peritoneo que rodea completamente al apéndice le forma un meso-apéndice que es su órgano de sostén; por otra parte, insuficiente pues fija solamente al apéndice por su base al ciego y al ileón, dejando á la parte terminal libre á las oscilaciones que le imprimen el ciego y las ansas del intestino delgado en sus movimientos fisiológicos ó patológicos.

Este meso-apéndice, reviste una forma triangular, cuya base implanta sobre la cara interna del ciego, siguiendo una línea que se extiende de la base del apéndice hasta el ángulo ileo-coecal, su vértice responde á la punta del apéndice, á veces un poco más arriba (1 ó 2 centímetros).

De sus bordes uno está adherido al apéndice y el otro está completamente libre, y es por donde pasa la arteria apendicular.

Por esa insuficiencia del meso es que el apéndice puede adoptar posiciones diversas con relación al ciego, siendo estas posiciones, las de ascendente, descendente, interna y externa.

Según Laforque, citado por Testut y Jacob, sobre 200 observaciones llevadas á cabo en sujetos de toda edad y de los dos sexos, el tipo ascendente se aplica sobre la cara posterior del ciego y del colon, pudiendo remontar hasta el riñón.

El tipo descendente se encaja en la pequeña pelvis.

El tipo externo está colocado entre el ciego y la espina ilíaca anterior y superior.

Cuando es interno se dirige hacia el lado del abdomen, entre las ansas del intestino delgado.

Las relaciones del apéndice, varían como es de suponer, según la situación que ocupe éste con relación al ciego, es decir, según sea ascendente, descendente, interno ó externo.

Siendo el tipo ascendente retro-cecal, está aplicado, por lo tanto, sobre la cara posterior del ciego y del colon ascendente.

Está en relación hacia atrás con el peritóneo que recubre al músculo ilíaco y al psoas.

El apéndice descendente reposa sobre la parte interna de la fosa ilíaca, y su extremidad llega hasta el borde superior del estrecho superior de la pelvis.

Teniendo entonces:

Hacia atrás el músculo psoas del que está separado por la fascia ilíaca, el tejido subperitoneal y el peritóneo.

Hacia adelante tiene la pared abdominal anterior con las ansas intestinales de por medio.

Hacia adentro está en contacto con las ansas del intestino delgado.

Hacia afuera con el fondo del ciego y al nivel de su extremidad con los vasos ilíacos externos.

El apéndice de tipo externo, está en relación:

Hacia adelante, con la pared abdominal anterior.

Hácia atrás, con la aponeurosis del músculo ilíaco, sobre la que reposa.

Hacia adentro con el ciego.

Hacia afuera con la espina ilíaca anterior y superior, y con la porción vecina de la arcada crural, y de la cresta ilíaca.

La arteria destinada al apéndice, llamada arteria apendicular, proviene lo mismo que las destinadas al ciego de la arteria mesentérica superior.

Desciende por detrás del ángulo ileo-coecal y cruzando la cara posterior del ileon, se encaja en el meso-apéndice, donde sigue su borde libre hasta su terminación.

Durante su trayecto da algunas colaterales que se ramifican sobre sus dos caras, y se terminan en las paredes del apéndice.

La arteria apendicular es acompañada de su vena correspondiente, que recibe á más de las ramas venosas del apéndice mismo, dos otras venas que provienen, la una de la cara anterior del ciego y la otra de la cara anterior del ileon.

Los vasos linfáticos que atraviesan las capas musculares del apéndice, se continúan con los linfáticos subserosos del apéndice, del ciego, del colon ascendente, del mesenterio, etc.

Los linfáticos del apéndice caminan siguiendo á la arteria apendicular hacia el ángulo ileo-coecal, donde se echan en el ganglio ó los ganglios que se encuentran en el espesor de la base del meso apéndice.

A veces estos ganglios faltan, y entonces los linfáticos del apéndice se echan en los últimos ganglios mesentéricos.

Los nervios del apéndice provienen del plexo solar y por intermedio del plexo mesentérico superior se distribuyen á la serosa, muscular y mucosa.

Observando microscópicamente un corte transversal del apéndice, vemos que está compuesto de tres capas superpuestas y que son yendo de afuera adentro: 1ª una túnica serosa; 2ª una túnica musculosa; 3ª una túnica mucosa.

La túnica serosa está compuesta por un tejido conjuntivo muy laxo, y recubierto por una capa de células endoteliales.

La túnica muscular está compuesta por dos capas. Una más externa formada por fibras musculares longitudinales, y otra más interna compuesta por fibras musculares circulares.

Esta capa de fibras musculares circulares tiene cuatro veces más espesor que la de fibras longitudinales.

La túnica mucosa la podemos dividir en dos partes: una submucosa ó curión y otra mucosa, propiamente dicha.

La submucosa está constituida por finos hacesillos de tejido conjuntivo que se entrecruzan en todos sentidos, pero que sin embargo siguen una dirección más ó menos circular.

En la mucosa, propiamente dicha, encontramos: hacia la parte más externa una finísima capa muscular que se le llama «muscularis mucosæ».

Hacia abajo ó adentro de esta fina capa muscular nos encontramos una hilera casi continua de polículos cerrados.

Por fin, en la parte más interna la encontramos casi completamente ocupada por las glándulas de Lieberkhün.

Estas glándulas de Lieberkhün son tubulares con un epitelio mucoso caliciforme ó cilíndrico.

El borde interno de la mucosa que limita con la

luz del apéndice, también está revestido por un epitelio caliciforme ó cilíndrico.

Entre los tubos glandulares, y sirviéndoles de sostén, se encuentra un tejido conjuntivo laxo.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Mucho se ha discutido sobre la etiología y patogenia de la apendicitis, sobre todo después de las comunicaciones y escritos del célebre profesor de clínica médica del Hotel Dieu, sobre la cavidad cerrada.

Tan brillantes escritos y lecciones del profesor Dielafoy, hicieron pensar durante algún tiempo que esa era la causa de la apendicitis, ya fuera debida á cálculos, estrecheces, inflamaciones, etc.

Pero observaciones hechas en apéndice enfermo, en los cuales no se encontraba la cavidad cerrada de Dielafoy, han hecho llegar á los observadores á conclusiones diferentes.

En efecto, la histología del apéndice nos enseña que es un órgano rico en folículos cerrados y en tejido reticulado.

¿Y cuál sería entonces la razón de fisiología ó anatomía patológica que se opusiera á que una de tantas infecciones que entran al organismo, por diferentes puertas de entrada se localizara en ese tejido linfoideo del apéndice, como puede localizarse en el tejido linfoideo de las amigdalas, por ejemplo?

Y es por eso que Brun, Poricet, Laveran, Gutiérrez A., crean más bien que la cavidad cerrada no sea la causa de la apendicitis, sino que la lesión del apéndice en sus diferentes formas anátomo-patológicas, trae la cavidad cerrada de Dielafoy.

Se preguntaría, por ejemplo, ¿cómo es posible la presencia de cálculos en el apéndice sino como causantes de la inflamación del órgano?

A lo que se contestaría:

Acaso en los cálculos que se forman en la vejiga, pelvis renal, vesícula biliar, no es la lesión infecciosa de la mucosa, de la vejiga, pelvis renal y vesícula biliar la primitiva, y con su inflamación, descamación, etc., la formación de cálculos.

¿Por qué entonces no aceptar el cálculo como producto y no como productor de la apendicitis?

En cuanto á que la cavidad cerrada es la causa de la exaltación de la virulencia de los microorganismos que se encuentran en el órgano enfermo, colibacilos, etc., tampoco debe aceptarse, pues como bien lo dice Terrier, las experiencias de Klecki, sobre las cuales se ha apoyado en parte para explicar la exaltación de la virulencia han sido mal interpretadas, porque Klecki ha llegado á la conclusión de que la multiplicación de los bacterios es muy poco posible en espacio limitado, porque la producción de toxinas, producida en cantidad suficiente, se encargaría de

destruir á los mismos bacterios, máxime encontrándose las paredes del órgano sanas.

Es entonces más lógico creer que según sea más ó menos virulento el microorganismo que ha llegado á lesionar el órgano, tengamos una apendicitis más ó menos virulenta y grave.

No se ve acaso enfermos atacados de apendicitis aguda, diagnosticarla y operarla antes de las 48 horas, resecarles el apéndice y encontrar una úlcera, que todavía no ha perforado el órgano, como hace aun múy poco tiempo ha operado un distinguidísimo cirujano una niña de 18 años, y que, sin embargo, muere á los pocos días debido á la infección brutal de su apendicitis?

Hecho que también prueba la localización de una infección al apéndice es la observación de cantidad de apendicitis durante una epidemia de gripe, tifoidea, sarampión, etc.

Beaussenat, citado por Wagon en su tesis inaugural, da á 6 conejos del mismo peso carne de buey podrida, y constata lesiones intestinales y apendiculares, pero siempre las lesiones apendiculares son más intensas, y por otra parte, mientras las lesiones intestinales tienden á curarse, las lesiones apendiculares no.

Acompañan á las lesiones del apéndice linfangitis y adenitis del meso.

Y bien entonces: estas infecciones más atenuadas

y localizadas al apéndice nos darían lugar á la apendicitis crónica, infección, por otra parte, muy fácil de acantonarse debido á sus polículos cerrados y tejido reticular.

Por otra parte, las hiperemias de orden fisiológico ó patológico se encargan de entretener esta infección apendicular.

Es por eso que Roux ha dicho que la apendicitis creada, deja al órgano anatómicamente enfermo.

Y si nosotros tenemos cuidado al hacer el interrogatorio de todos estos enfermos, veremos que en sus antecedentes tendremos la gripe, infecciones gastro-intestinales, tifoidea, como más comunes, erisipela, escarlatina, sarampión, viruela, etc., después.

Sahli de Berna llama al apéndice amigdala intestinal y á la apendicitis la llama angina del apéndice ileo-coecal.

———

ANATOMIA PATOLOGICA

Las lesiones anátomo patológicas macroscópicas del apéndice en la apendicitis crónica, pueden ser muchas y variadas.

El apéndice puede encontrarse en situación normal, completamente libre y sin presentar á la vista del cirujano ningún trastorno que le llame mayormente la atención, con un volumen y consistencia normal.

Otras veces se encuentra con mayor ó menor número de adherencias que lo fijan en esa situación, y que inmediatamente hacen ver que el apéndice ha sufrido un proceso inflamatorio bien marcado.

El volumen del apéndice nosotros lo hemos encontrado aumentado en tres veces su volumen en la enferma objeto de nuestra primera observación y con una longitud casi dos veces mayor.

En la 2ª, 4ª y 5ª observación, el apéndice extirpado tendría dos veces el volumen normal y una longitud de 10 á 12 centímetros, menos el apéndice de la 4ª observación, que tendría unos 8 centímetros.

En la tercera observación el apéndice á más de

estar completamente libre, tenía el volumen y longitud normal.

El proceso inflamatorio peri-apendicular, puede ser más ó menos marcado, y es por eso, que si bien á veces se encuentra solamente un brida, que fija al apéndice, otras en cambio, son tan numerosas que es necesario una verdadera disección prolija para poder extirparlos.

Y es lo que sucedió á nuestro quinto enfermo, en el cual el proceso inflamatorio peri-apendicular, había sido tal, que produjo una peri-tiflitis, que no permitió sino con gran trabajo, deshacer las bridas que unían parte del ciego á la pared, y entonces poder llegar al apéndice, que tenía una gruesa brida que partía del vértice del apéndice y lo fijaba hacia arriba de la cresta sacro-ilíaca.

Según los autores, en las apendicitis crónicas, es común encontrar ganglios hipertrofiados en el meso-apéndice.

Nosotros lo hemos constatado en nuestro 5º enfermo.

Respecto á hipertrofías ganglionares, Walther, entre varios casos presentados á la Sociedad de Cirugía llamó la atención sobre todo en una observación donde los ganglios hipertrofiados hechos analizar bacteriológicamente por Widal, encontró agentes microbianos iguales á los encontrados en el canal apendicular del mismo enfermo.

Abriendo el apéndice por medio de un corte longitudinal, podremos encontrar su cavidad completamente tirante, como también podemos encontrarla con retraímientos más ó menos numerosos.

Este retraimiento puede cerrar la luz más ó menos completamente, dando lugar entonces á la cavidad cerrada de Delafoy.

Dentro de la cavidad pueden encontrarse escibalas, concreciones calcáreas más ó menos grandes, lo mismo que una pequeña cantidad de pus, cuerpos extraños, etc.

La mucosa puede encontrarse macroscópicamente más ó menos lesionada.

Suele encontrarse aumentada de espesor, turgescente y edematosa.

Puede haber también pérdidas más ó menos grandes de ella.

Estas pérdidas de la mucosa tienen una forma circular con bordes netos que les dan caracteres de úlcera, las cuales pueden encontrarse completamente cicatrizadas.

La lesión microscópica de la apendicitis crónica que es más constante y que nosotros hemos encontrado en los apéndices objeto de este trabajo, es el de la foliculitis crónica.

Letulle y Weinberg dividen esta foliculitis en tres modalidades distintas:

En una primera modalidad tendríamos la foli-

culitis hipertrófica, en los cuales los folículos cerrados invaden el corión de la mucosa y pueden llegar hasta tocar el revestimiento epitelial, las glándulas de Lieberkühn se encuentran alargadas.

La esclerosis del tejido conjuntivo de la capa submucosa sería, según estos autores, un hecho que no faltaría jamás.

Nosotros lo hemos confirmado en el apéndice de nuestra segunda observación. Las capas musculares pueden quedar normales ó sufrir un proceso de atrofia ó de hipertrofia, según los casos.

En una segunda modalidad tendríamos la foliculitis hiperplásica, donde se observa la hipertrofia y á más la multiplicación de los folículos cerrados, que pueden llegar á trazar hacia abajo de la mucosa una capa continua de enormes islotes de tejido reticulado.

Estos folículos pueden llegar á instalarse bajo mismo de la serosa.

La hiperplasia de las cédulas adiposas se observaría también comúnmente y en las regiones de la submucosa en particular.

El estado de las glándulas de Liebikühn y de las fibras musculares, sería independiente de los procesos foliculares.

La tercera modalidad sería la foliculitis atrófica, en la cual todo el sistema folicular está atrofiado y puede mismo desaparecer completamente ahoga-

do por la esclerosis del órgano, sucediendo lo mismo para las glándulas.

Estas lesiones pueden ser locales ó generalizadas á todo el órgano, el cual entonces se reduciría al mínimum de su volumen, y que con su obliteración total y la no existencia de glándulas y folículos, sería un órgano completamente muerto, y por lo tanto sin peligro ninguno.

DIAGNOSTICO

Inverosímil pareciera si la clínica y la anatomía patológica no se encargaran de demostrarlo, que lesiones á veces ínfimas del apéndice puedan producir síntomas y fenómenos tales, que colocan al clínico en una de las condiciones más difíciles para poder llegar á un diagnóstico seguro de apendicitis crónica.

Porque no es el diagnóstico consecutivo á ataques de apendicitis aguda el que nos proponemos hacer. Por otra parte, casi sin excepción, los enfermos, en sus antecedentes, describen ese drama apendicular hasta en sus mínimos detalles y un médico medianamente atento lo descubre y le da su verdadero valor.

No nos referimos á esas apendicitis que podríamos llamarlas á recaídas, sino á estas otras que se presentan tan veladas en cuanto á diagnóstico, que hacen hacer la mayoría de las veces diagnósticos del efecto del padecimiento y no del padecimiento mismo (gastralgias, colitis, etc.).

En los antecedentes que dan los enfermos casi siempre hacen comenzar su padecimiento á partir de un cólico intestinal (indigestión) que les ha producido vómitos, dolores abdominales localizados en el epigastrio, sin fiebre, y que ha durado uno ó dos días á lo sumo, al cabo de los cuales se encontraban aptos para sus trabajos ú ocupaciones; pero si bien podían trabajar, nunca, después de sus descomposturas, se encontraron en un estado de bienestar como antes del comienzo de sus padecimientos.

Porque á medida que se alejan del momento inicial, los fenómenos dolorosos, dispépticos y nerviosos se hacen más intolerables día á día, lo que hace que estos pobres enfermos anden de consultorio en consultorio, de los cuales salen con tratamientos de dispépticos, colíticos ó nerviosos, sin por lo tanto hallar alivio á sus dolencias.

De ahí entonces la gran importancia para nosotros de hacer un interrogatorio minucioso.

En sus comienzos, los fenómenos de apendicitis crónica son los mismos que los de la apendicitis aguda; pero mucho más atenuados, y eso nos permitiría casi en seguida darnos cuenta de la razón de todos estos fenómenos que han sobrevenido después del ataque de apendicitis, cualquiera que sea su intensidad.

Este es el mejor de los casos.

Los más hacen comenzar su enfermedad en una

forma tal, que no dan á sospechar siquiera que eso sea debido á fenómenos apendiculares, pues nos darán en el interrogatorio toda clase de síntomas nerviosos, dispépticos y dolorosos.

La dispepsia es sin duda la más constante en estos enfermos.

Esta dispepsia de los apendiculares crónicos es de una forma gastro-intestinal por demás caprichosa, produciendo generalmente náuseas y aun vómitos, á veces muy repetidos y por cualquier causa y razón v. g.: al hacer algún esfuerzo ó ejercicio cualquiera.

Estos vómitos pueden ser simplemente acuosos ó alimenticios, pudiendo tomar y darnos la sintomatología de una atomía gástrica con inapentencia más ó menos grande, con sensación de pesadez en el epigastrio después de la ingestión de los alimentos.

Toma también la forma de dispepsia flatulenta caracterizada como sabemos por la gran producción de gas, dando eructaciones que en una mujer complica aun más el diagnóstico hacia el lado de histerismo, pues sabemos cuán comunes son estas dispepsias flatulentas en las histéricas.

Pero siempre, y es preciso hacerlo notar con vehemencia, que el carácter de estas dispepsias es ser muy irregulares, pasando todo lo contrario que á las dispepsias producidas por enfermedades primitivas del estómago ó del intestino, donde cierta regula-

ridad es la norma en la producción de los síntomas, y no como pasa en las dispepsias por apendicitis crónica donde sin causa y sin razón de ser, los enfermos son tomados de una manera brusca por esta dispepsia.

Comunmente son atacados de constipación tenaz y á veces alternando con diarreas muy fétidas.

La hipercloridria es una de las formas comunes por la que estos enfermos se quejan, como ha pasado en el sujeto de nuestra última observación, en quien á pesar de todos los tratamientos instituidos no se aliviaba, hasta que resecado su apéndice ha ido de día en día notando cada vez más la disminución de sus eructos ácidos conjuntamente con sus dolores.

Otro de los fenómenos importantes para el diagnóstico de la apendicitis crónica, es el dolor, ya sea expontáneo ya sea provocado.

El dolor expontáneo tiene como la dispepsia de característico su gran movilidad ó forma, pudiendo localizarse en cualquiera parte del abdomen, pero siendo generalmente difusos.

Es en el epigastro donde los enfermos localizan con más regularidad este dolor, teniendo sus irradiaciones hacia las otras partes del abdomen, como en la fosa ilíaca derecha, región del cólon transverso y aun á veces al hipocondrio izquierdo.

A veces estos dolores en vez de ser más ó menos continuados son bruscos y sobrevienen en cualquier

momento, como por ejemplo al hacer algún esfuerzo al caminar, andar en carruaje, cabalgar, etc., y tan lancinantes son á veces, que los niños en medio de sus juegos palidecen de golpe, expresando en sus facciones un vivo dolor, que les hace momentáneamente suspender sus juegos para continuar en seguida como si nada hubiera pasado.

Lo mismo ha pasado en los individuos objeto de este trabajo, en los cuales el viaje en carruaje les ha sido poco menos que imposible.

Asimismo para hacer una marcha más ó menos larga, como para acostarse han tenido que efectuarlo de un determinado lado, por serles imposible de otra manera.

Siendo estos dolores expontáneos, á veces tan enérgicos y rápidos, se comprende cuán fácil es para un médico que no ve al enfermo en el momento de la producción del dolor, el confundirlo con un dolor de cólico hepático, nefrítico ó con dolores producidos por una colitis muco-membranosa por ejemplo.

Pero los antecedentes del enfermo con la falta de dolor en la región de la vesícula y con la no irradación hacia el hombro derecho, nos hará relativamente fácil la exclusión del cólico hepático.

En el cólico nefrítico los dolores en la región lumbar irradiados hacia el testículo, como también los antecedentes urinarios del enfermo, nos harán descartar el cólico nefrítico.

En cuanto á los dolores expontáneos de los enfermos atacados de entero-colitis son más difíciles de diferenciarlos con los de la apendicitis crónica.

Sin embargo, los dolores de los colíticos son ó están más localizados al nivel del cólon transverso y descendente, conjuntamente con la cuerda cólica, con las membranas mucosas de las materias fecales.

Eso nos probará que el enfermo es un colítico y no un apendicular crónico.

Otra cosa es cuando la colitis existe conjuntamente con la apendicitis crónica, como suele suceder (y por eso la gran rebeldía á los tratamientos que se instituyen para la colitis) pero entonces es neçesario recurrir á otros medios de diagnóstico que lo hacen precisar más, siendo asimismo sumamente difícil á veces y necesitando verdadera energía en el diagnóstico clínico, para hacer operar y curar á estos enfermos.

Los dolores producidos por inflamaciones del ovario, anexitis, perimetritis, etc., también podrían confundirse, pero el interrogatorio de estas enfermas nos dará antecedentes de infecciones ó trastornos vaginales ó uterinos que nos harían de golpe rechazar la posibilidad de dolores producidos por la apendicitis crónica.

Estos dolores apendiculares son debidos á empujes agudos en la apendicitis crónica.

Pero si coexistieran los dos trastornos á la vez

se haría como en los colíticos también un diagnóstico sumamente difícil, tal vez insalvable, como lo veremos después.

¿Y todos estos fenómenos dolorosos que traen en cuadro clínico tan complejo, son en realidad debidos al apéndice enfermo?

Se han dado varias razones para demostrarlo, y entre ellas una anatómica que es la siguiente:

Los filetes nerviosos destinados al ciego y apéndice provienen del plexo solar por intermedio del plexo mesentérico superior, filetes que se distribuyen á la serosa, musculosa y mucosa (Testut).

De donde entonces todos estos dolores irradiados tendrían como punto de partida las fibras nerviosas del apéndice enfermo. Otros autores dan como motivo la epiploitis, bridas, etc., que si bien algunas veces podrían ser causa, otras no, pues, puede existir la apendicitis crónica sin que haya habido epiploitis ni ninguna otra forma de reacción peritoneal.

Pero prueba más convincente todavía, nos da la observación clínica, y es que en estos enfermos una vez su apéndice extirpado desaparecen día por día toda esa serie de fenómenos patológicos que le privaban de su salud.

En cuanto al dolor provocado, antes de entrar á él diremos algunas palabras sobre la importancia capital en estos enfermos de hacer una palpación semiológica del abdomen rigurosamente cuidadosa, por-

que de ella dependerá sobre todo la casi confirmación clínica de la existencia, de la apendicitis crónica.

Ante todo, hay que decir como el profesor Sicardi, que el abdomen normal tiene una depresibilidad tal en sus diferentes regiones, que sólo sabe avaluar aquél que ha tocado y observado muchos vientres sanos y enfermos, máxime cuando se trata de establecer un diagnóstico como el de la apendicitis crónica, cuyos datos palpatorios son tan difíciles á veces de observar como importantes.

Previo purgante, como aconseja el profesor Sicardi, y comenzando por el epigastrio, notamos que se deprime normalmente alrededor de tres ó cuatro traveses de dedo en el estado normal, lo que nunca se consigue cuando un tumor ó proceso inflamatorio se encuentra debajo; ya sea por la imposibilidad causada por la masa del tumor ó por la defensa muscular producida por el dolor causado por cualquier trastorno ó proceso inflamatorio.

En el hipocondrio derecho encontramos el hígado hacia arriba, pero como no hace más que rebordar la novena ó décima costilla, no nos incomoda en nada el estado normal para la palpación, máxime haciendo ésta cuado el enfermo ejecuta inspiraciones profundas.

Si se pone en este caso la mano, se puede al estado normal, juntar la pared anterior con la posterior, sin dolor y sin molestia alguna.

Lo mismo pasa en el hipocondrio izquierdo.

En los flancos nos encontramos, como órgano principal de nuestra investigación, el colon ascendente á la derecha y descendente á la izquierda, pudiendo estudiar las diferentes sensaciones de resistencia, dolor, etc., como en cualquier otra parte del abdomen.

Y llegamos al examen de las dos fosas ilíacas, que es lo que más nos interesa, y sobre todo la fosa ilíaca derecha.

Previa inspección, pasamos á la palpación. Lo primero que debemos observar es la sensación de la pared, que podemos fácilmente apreciar comparándola con la del lado izquierdo.

Es esta sensación de defensa ó resistencia, por ligera que sea, que debe llamarnos inmediatamente la atención, pues á veces es sólo con el dolor localizado en el punto de Mac Burney lo que hallaremos como datos palpatorios, por otra parte muy importantes, como es de suponerse.

Al notar la resistencia que nos presenta la pared de la fosa ilíaca derecha, veremos que se llega á un punto, casi siempre matemático, donde el enfermo acusa un dolor más ó menos vivo.

Este dolor fué descubierto y estudiado por el célebre cirujano norteamericano Mac Burney, y localizado, por él, como sabemos, en el medio de una

línea recta que partiendo del ombligo se dirige hacia la espina ilíaca antero-superior.

Apoyando la pulpa de un dedo sobre este punto y ejerciendo una cierta presión, notamos en seguida la producción de un dolor más ó menos vivo y casi siempre constante.

¿Por qué la producción de este dolor? Ya hemos referido la razón anatómica, por la cual, sería producido por irritaciones de los filetes nerviosos salidas del plexo solar y que por intermedio del plexo mesentérico se distribuyen al ciego y al apéndice.

Según Jallaguier, sería producido por la participación de la inflamación de parte de los linfáticos y ganglios del meso-apéndice.

Este dolor provocado en el punto de Mac Burney, es fácil confundirlo con el punto doloroso, que puede dar también la anexitis derecha, diferenciándose en que este punto de la anexitis se encuentra un poco más abajo (al rededor de dos traveses de dedo) y hacia adentro del punto de Mac Burney, siendo en este caso, como fácilmente se puede comprender, de muchísima más importancia los antecedentes del aparato genital de la mujer.

A más, los dolores expontáneos producidos por la apendicitis crónica, dolores que son debidos á empujes agudos, se generalizan á todo el vientre y en particular á las regiones que rodean al ombligo y al epigastrio, en vez que los dolores causados por la

anexitis, son más localizados á la pelvis y se irradian hacia las caderas y región lumbar.

A más, el tacto vaginal, que nos hará notar el estado anormal de los fondos de saco vaginales, lo mismo que la sensación de empastamiento, dolor, etcétera, hacen indispensable este medio de diagnóstico.

Si el proceso anexial coincide con el proceso apendicular, probablemente se diagnosticará uno de ellos, atribuyendo todos los síntomas del otro á éste, y pudiendo sólo durante la intervención constatar el padecimiento que clínicamente no se tenía más derecho que sospechar.

En casos más felices, una palpación metódica y suave, puede llevarnos hasta hacernos tocar un cordón duro que resbala bajo los dedos, ligeramente doloroso, y que es el apéndice, que habiendo sufrido un proceso inflamatorio crónico, lo ha hecho esclerosó y rígido, que es como se palpa.

¡Algunas veces no es solamente un cordón lo que se toca, sino un verdadero tumor.

Siendo este proceso esencialmente crónico, da lugar á una serie de fenómenos nerviosos más ó menos acentuados, según los sujetos.

En general, estos enfermos son muy irritables y con marcada tendencia á la hipocondría, se aíslan en sus casas y la vida familiar se les hace intolerable é insufrible.

En las mujeres, los fenómenos histéricos son la regla.

En los niños, como muy bien lo hace notar Siredey, se les nota una cierta tristeza, una necesidad de aislamiento que contrasta con los hábitos de su edad.

EVOLUCIÓN Y PRONOSTICO

Es de creencia general en criterio médico, que las poussées de apendicitis aguda como las de apendicitis crónica, comportan un pronóstico progresivamente más benigno, á medida que los ataques hayan sido más numerosos y producidos en un lapso de tiempo más ó menos prudencial.

Pero ahora que el proceso anatomo-patológico de la apendicitis se conoce más á fondo que su etiología es, sino del todo, mucho más científicamente probada, otro es el pronóstico de estos ataques, siendo por lo tanto otra su evolución.

Una de las razones en que se apoyan los que creen que la apendicitis benignifica el pronóstico cuanto más ataques haya tenido, es que estos ataques traen por consecuencia una reacción más ó menos grande del peritoneo y con ella adherencias, bridas, etc., que ponen al apéndice en condiciones tales de defensa, que en caso de perforación, formación de abcesos, etc., estos se encontrarían aislados por las bridas, y por lo tanto, fuera de todo peligro.

En el acto se puede dar cuenta el observador

que esto si bien puede ser cierto en ciertos casos, no puede ser siempre, pues sabemos muy bien por exámenes microscópicos que puede existir una apendicitis, y no haber proceso inflamatorio peri-apendicular y con ellos adherencias.

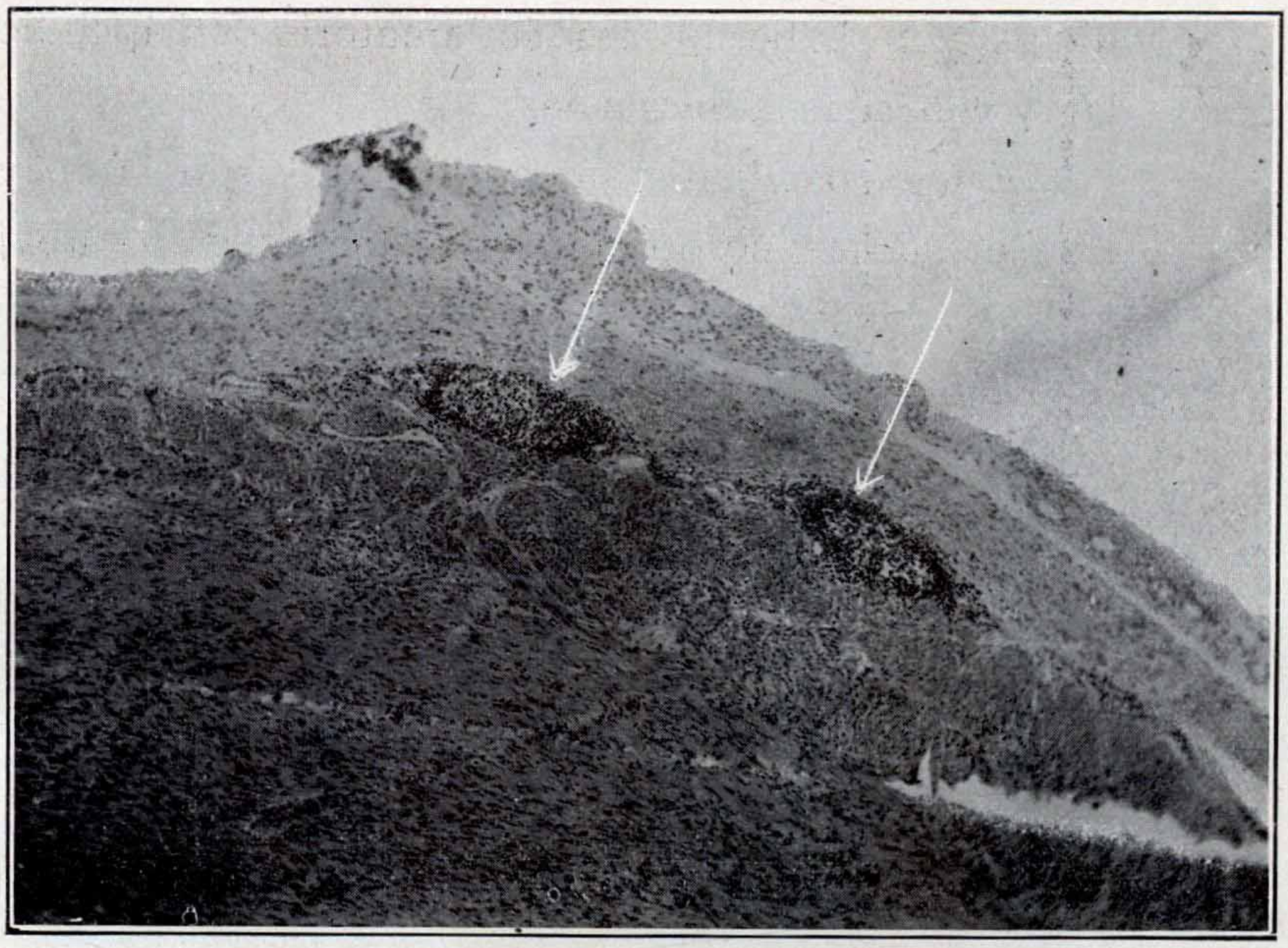
Estas apendicitis sin adherencias son la mayoría de las que nosotros estudiamos en este trabajo.

También se dice generalmente que los repetidos ataques de apendicitis, ya sean agudos ó subagudos, traen por consecuencia una esclerosis del órgano y con ella casi una imposibilidad para la infección del peritoneo ó para la formación de un abceso, etc.

Esto no es así.

En efecto, sea cualquiera la manera como se halla instalado ó demostrada la apendicitis, nosotros tendremos, como sabemos, una policulitis más ó menos intensa y extensa, que podrá evolucionar perfectamente hacia la curación, pero que siempre nos dejará folículos aptos para sufrir el proceso inflamatorio que han sufrido los otros, y por lo tanto, exponer al enfermo á toda la serie de complicaciones á que se exponía en su primer ataque.

Nosotros sabemos, y se puede ver perfectamente bien en la micro-fotografía núm. 6, que existen ó pueden existir folículos casi mismo bajo la serosa del apéndice, y por lo tanto pueden infectarse en una cualquiera de las poussées apendiculares y traernos, por consecuencia, conjuntamente con la infec-



Presencia de folículos bajo la capa muscular de fibras longitudinales

ción apendicular, una infección peritoneal por simple contigüidad, que será más ó menos formidable, según sea más ó menos grave ó virulento el microorganismo que es causa de la infección.

Pero no es necesario que el folículo enfermo se encuentre bajo la serosa peritoneal para que con su infección é inflamación correspondiente nos produzca la peritonitis, pues nosotros sabemos y Jayaguier lo dice, que las lesiones peritoneales observadas en el curso de la apendicitis no son siempre debidas, como se podría creer á perforaciones, sino que es corrientemente por los linfáticos que se hace la inoculación del peritoneo.

De ahí entonces se desprende, que desde el momento que se instala una apendicitis, por sí sola puede seguir una evolución tal, que puede traer trastornos tan serios y graves, como puede traerlos la perforación del apéndice, complicación tal vez la más grave de la apendicitis.

El proceso folicular en la apendicitis crónica puede quedar más ó menos acantonado por decirlo así, y después de un cierto tiempo, cualquier trastorno intestinal más ó menos serio, ó por cualquier otra causa, dar lugar á la reavivación de la infección y con ella poner en serio peligro al enfermo, máxime en estos casos, en los cuales los enfermos se encuentran en condiciones deplorables de salud.

Según los autores, el proceso apendicular es más

grave en los niños, porque en ellos es más común y fácil la infección del sistema linfoideo, y á más por la tendencia y facilidad que tienen estas infecciones hacia la generalización.

A más de los trastornos graves que puede traer una poussée aguda de apendicitis, hecha sobre una crónica, existen otros trastornos de no menor importancia y que enumeraremos comenzando por el enflaquecimiento y malestar general que se explican fácilmente conociendo los grandes trastornos gastro-intestinales que trae aparejada la apendicitis crónica.

Este enflaquecimiento se acompaña generalmente de un pereza física é intelectual bien marcada, que unidas á una expresión dolorosa hacen pensar inmediatamente al médico en una afección ó infección crónica, que está luchando con el organismo del enfermo.

Reyes de Marsella ha llamado la atención sobre dos variedades de trastornos vesicales en estos enfermos.

1ª Trastornos, reflejos benignos, como incontinencia, retención, etc.

2ª Trastornos más graves de infección vesical por propagación en las apendicitis á forma pelviana.

Según los autores, en los niños el crecimiento sufre un retardo manifiesto.

Representan menos edad de la que realmente tienen, sufriendo conjuntamente y en proporción con

su estado físico, su desenvolvimiento intelectual, por eso que Siredey dice: que cuando se observan estos cuadros clínicos en estos enfermos que dan como antecedentes un ataque más ó menos velado de apendicitis, el diagnóstico se impone, y con él, el tratamiento más racional, que es el de la extirpación del apéndice, causa de todos los trastornos.

Se cita también como debido á la apendicitis crónica, otros trastornos muy raros; como hematemesis, hemorragias intestinales, congestión aguda del hígado, que son como se supone de muy difícil explihígado que son, como se supone, de muy difícil explicación.

TRATAMIENTO

El tratamiento más racional de la apendicitis crónica, es sin duda ninguna, la extirpación del apéndice.

Pero no todos los enfermos consienten en una tal intervención, sino después de haber agotado hasta el último recurso terapéutico, concluído el cual y convencidos de su ineficacia, concluyen por hacerse operar.

El mejor medio terapéutico para poder conseguir alguna mejoría en estos enfermos, es someterlos á un régimen dietético muy severo.

El régimen lacto vegetariano es el más conveniente para ellos, se les puede dar también huevos y pastas en pequeña cantidad, como lo aconseja Siredey.

Este autor aconseja y obliga á sus enfermos á quedarse extendido durante una ó dos horas después de cada comida; aconsejando también pequeños enemas para asegurar la libertad del vientre, si bien este régimen y tratamiento observado rigurosamente puede al cabo de algún tiempo conseguir alivio á

los enfermos, la mayoría de las veces y es lo que nosotros hemos observado, ha sido necesario la extirpacón deil apéndice para poder obtener una franca mejoría.

Porque es esta intolerable repercusión, que la apendicitis crónica tiene sobre el estómago é intestino, conjuntamente con los dolores abdominales, unidos á un estado neuropático especial del enfermo, que les hace finalmente pedir á ellos mismos un tratamiento enérgico para salvarse de los sinsabores de una vida que se les hace imposible.

La gravedad que, como ya lo hemos hecho notar, parece que tiene esta afección en la infancia, debido á la fácil generalización al sistema linfoideo, hace ó exije una intervención más rápida en los niños, porque si no se les extirpa; ese apéndice enfermo, puede sufrir un repercutimiento ó *pousée* aguda en ocasión de cualquier trastorno intestinal serio, ó por una enfermedad infecciosa cualquiera, y colocar entonces al apéndice en plena apendicitis aguda y en condiciones sumamente más difíciles para su extirpación y curación.

Para la resección del apéndice se usan las dos incisiones clásicas: la incisión ilíaca de Roux y la incisión de Jallaguier.

Se procede del modo siguiente:

Se hace una incisión que pase por el punto de

Mac Burney, que sea paralela al borde externo del músculo recto anterior del abdomen.

La dimensión de esta incisión es más ó menos de 8 á 10 centímetros, haciendo de tal modo que un tercio de la incisión quede por encima del punto de Mac Burney y los otros dos tercios por debajo.

Se incinde piel, tejido celular subcutáneo y aponeurosis del gran oblicuo, que se toma con pinzas.

El labio interno de la aponeurosis cortada se rechaza hacia adentro, de modo que nos permita ver el borde externo del músculo recto anterior, encerrado en su vaina aponeurótica.

Una vez visto este músculo, se incinde su aponeurosis á un centímetro y medio más ó menos hacia adentro de su borde externo.

Se toma esta aponeurosis con pinzas y se diseca su labio externo de adentro hacia afuera, hasta llegar al borde externo del músculo recto anterior del abdomen.

Una vez disecado este borde se le separa por medio de separadores hacia adentro. Se tiene entonces bajo la vista la pared posterior de la vaina del recto anterior.

Se incinde á su vez esta aponeurosis con cuidado, pues á este nivel la fascia transversalis íntimamente unida á ella, está aplicada directamente sobre el peritoneo.

Se abre el peritoneo haciendo una incisión simi-

lar á la de la fascia transversalis y se toma con pinzas.

Abierto el abdomen, se busca el ciego, que se encuentra y se reconoce.

Siguiendo su bandeleta longitudinal anterior, como lo aconseja Elliot, se encuentra á su fin el apéndice, que puede estar ó no adherido á los diversos órganos circunvecinos.

Una vez el apéndice en la mano, se liga la arteria apendicular que corresponde al borde externo del meso-apéndice.

Hecha la ligadura del apéndice ,se corta el meso-apéndice y se liga el apéndice á un centímetro de su base de implantación, por medio de un catgut número 2 ó 3.

Se le aisla prolijamente por medio de compresas y se le corta á un centímetro más ó menos de su ligadura, por medio del termo-cauterio, cauterizando la mucosa del muñón restante.

Este muñón restante se invagina en las paredes del ciego, donde se han hecho previamente unos puntos subserosos en forma circular y que permiten, estirando los dos cabos de la sutura, fruncir la pared del ciego, invaginando el apéndice.

Si el apéndice estaba adherido y, por lo tanto, ha sido laboriosa su extración, es prudente dejar un drenaje.

La reconstitución de la pared se hace uniendo

los labios de las diferentes aponeurosis entre sí, y previa sutura del peritoneo, como se comprende.

De modo que el músculo recto anterior del abdomen, vuelve á encontrarse en su loge aponeurótica perfectamente reconstituida.

Se sutura la piel con crín de Florencia.

RESUMEN

La apendicitis crónica resulta:

1º De apendicitis agudas bien averiguadas.

2º De apendicitis que *no han sido averiguadas.*

3º En el primer caso, el diagnóstico es de relativa facilidad.

4º En el segundo caso, resulta á veces muy difícil.

5º La utilidad de un diagnóstico en este caso es evidente, no sólo porque la operación produce en la mayoría de los casos la salud, sino porque es el único medio para librar á los pacientes de *una sorpresa de perforación* ó de otros trastornos graves.

6º El dolor en la apendicitis crónica consecutiva á apendicitis no averiguada, es expontáneo en la menor parte de los casos, provocado en la mayor parte por la marcha, equitación, canto, juegos, *posición vertical prolongada*, etc.

7º No tiene sitio fijo. Se hace especialmente en el epigastro con irradiaciones.

8º Si se provoca por la presión es más agudo en el punto de Mac Burney.

9º Hay siempre desórdenes gastro-intestinales. Inapetencia, á veces apetito exagerado. Sequedad de vientre casi siempre, con alternativas raras de diarrea.

10. Se confunde esto con indigestiones y con fenómenos de colitis ulcero-membranosa.

11. A veces coincide con la colitis.

12. La estación vertical prolongada en los apendiculares crónicos es dolorosa é imposible. No pueden hacer grandes marchas.

13. La inspección á veces da una elevación visible. Es raro esto sin embargo.

14. La palpación puede hacer apreciar un tumor ó una cuerda (apéndice espesado). Siempre se puede constatar una *diferencia de profundidad* entre las dos fosas, siendo menos profunda la derecha.

15. La apendicitis crónica es en general *apirética*. A veces da algunos décimos de fiebre.

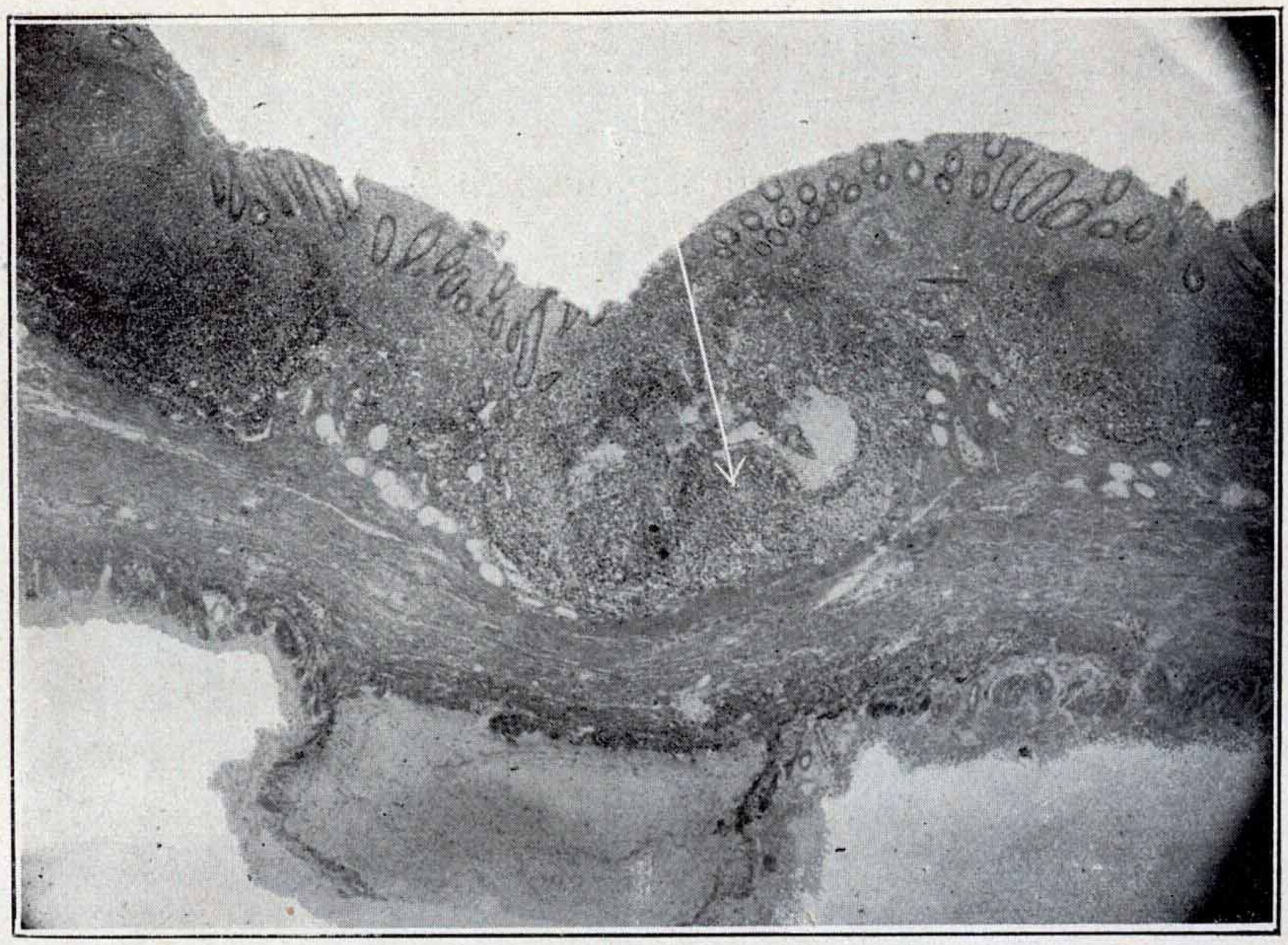
16. En el interior del apéndice se encuentran cicatrices, espesamientos, úlceras, etc.

17. Casi todos estos enfermos tienen fenómenos neurasténicos é histéricos.

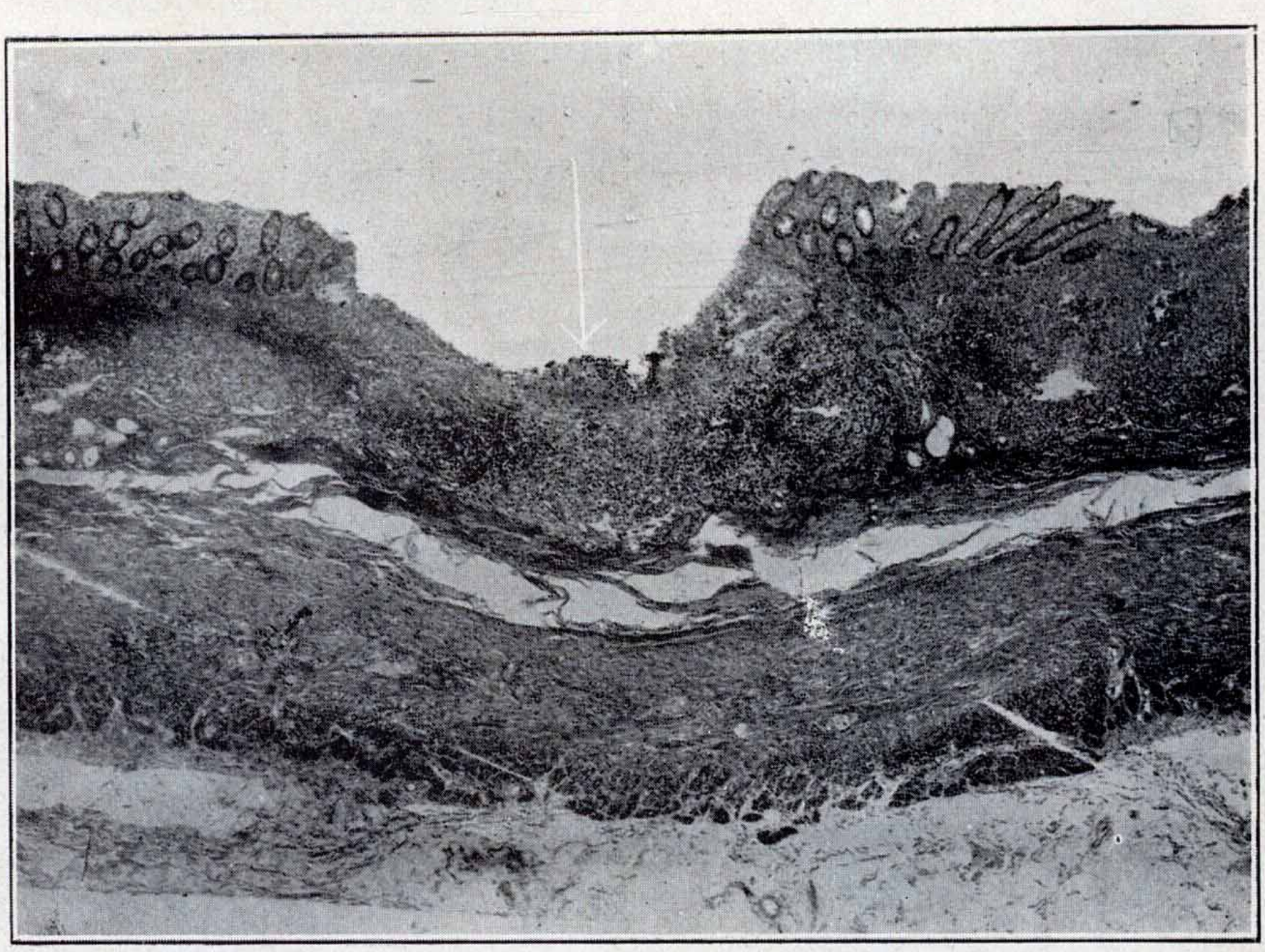
18. El apéndice se ha encontrado, en la mayoría de nuestros casos, libre de toda adherencia.

19. Sólo la intervención quirúrgica da á estos enfermos la salud.

20. La incisión preferida para la apendicectomia en estos enfermos, es la de Jallaguier.



Necrosis folicular. Observación I



Ulcera de la mucosa. Observación I

Micro-fotografías del apéndice correspondiente á la observación I

OBSERVACIONES

OBSERVACION I

Sta. N. N, 27 años, argentina.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales—La enferma dice que hace más ó menos año y medio que siente trastornos gastro intestinales muy marcados y que consisten en una constipación pertinaz que á veces es alternada con diarrea.

Ha perdido el apetito casi por completo y después de sus comidas siente una sensación de peso en el estómago que desaparece recién á las dos ó tres horas.

Estos fenómenos han sido unidos á dolores abdominales que aumentaban con la marcha, equitación y canto.

No da mayores explicaciones sobre el comienzo de su enfermedad.

Ha sido examinada por varios facultativos que

hicieron diagnóstico de colitis unos y de histeria otros.

Estado actual—A la inspección se nota la escasez de tejido adiposo que contrasta con el buen desarrollo esquelético y regulares músculos.

Tórax—Pulmones:—A la percusión y auscultación, normales.

Corazón—A la percusión y auscultación, normal.

Abdomen—A la inspección, nada de anormal.

A la percusión, da sonoridad timpánica sobre la fosa ilíaca derecha.

A la palpación, se nota en la fosa ilíaca derecha un plastrón doloroso que impide undir la mano dentro de la medida de la profundidad fisiológica.

Se hace diagnóstico de apendcitis crónica y se opera.

Abierto el vientre se encuentra el apéndice aumentado de volumen, y abierto se encuentran tres úlceras perfectamente reconocibles.

No había ninguna adherencia.

La enferma cura por primera.

No ha vuelto á sentir ningún trastorno, tiene apetito y se siente con un bienestar absoluto.

OBSERVACION II

N. N., 17 años, argentina.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales—Ha tenido un ataque de apendicitis, después del cual quedó con trastornos dispépticos marcados.

Acusa dolores abdominales irradiados á todo el vientre con imposibilidad para la marcha y estación vertical prolongada.

Estado actual—Aparatos respiratorio y circulatorio, normales.

Abdomen—A la inspección, nada de particular. A la palpación presenta un plastrón doloroso en la fosa ilíaca derecha que indicaba una menor profundidad de la fosa.

Se diagnostica apendicitis crónica.

Abierto el vientre se encuentra el apéndice aumentado de volumen y sin ninguna adherencia.

Abierto el apéndice se nota la mucosa aumentada de espesor y con una pequeña úlcera en su tercio medio.

Curación por primera.

La enferma queda curada por completo de todos sus trastornos.

Esclerosis de la sub-mucosa

Micro-fotografia correspondiente al apéndice de la observación II

OBSERVACION III

Eduardo P., 26 años, argentino, escribano; domiciliado en la ciudad del Paraná.

Antecedentes hereditarios—Padres viven y son sanos.

Antecedentes personales—Gastro-enteritis en la infancia. Sarampión á los 7 años. Ha tenido tres veces blenorragia.

Enfermedad actual—Hace poco más de ocho meses se despertó una mañana con fuertes dolores en el epigastro é hipocondrio izquierdo, dolores que el enfermo describe como acalambramientos.

Tomó varios laxantes sin resultado.

Al día siguiente tomó un purgante que le dió por resultado dos deposiciones regularmente abundantes. Durante éste día tuvo dos vómitos biliosos y notó que el dolor se localizaba más en la fosa ilíaca derecha. Mejoró de esta descompostura de vientre y recomenzó sus trabajos habituales.

Después de haber tenido éstos trastornos nunca se ha encontrado completamente bien.

Al estirar su pierna derecha siente dolor en su fosa ilíaca derecha que le impide caminar cómodamente, para sentarse tiene que hacerlo inclinándose hacia el lado contrario para no sentir dolor en la fosa ilíaca derecha, la estación vértical prolongada le es imposible, para acostarse tiene que hacerlo del lado izquierdo por serle imposible sobre el lado derecho á causa de los dolores de lafosa ilíaca.

La temperatura máxima ha llegado á 37º8.

Estado actual—Enfermo con buen desarrollo esquelético y regular estado de nutrición.

Aparatos respiratorio y circulatorio, normal.

Abdomen— Hígado: — Límites percutorios, normales.

Bazo:—No se palpa.

A la palpación se nota que la fosa ilíaca derecha no se deprime con la facilidad que se lo hace en la izquierda.

Puntos de Mac-Burney. Ligeramente doloroso. Se nota la presencia de gases en el ciego. Percusión timpánica en la fosa ilíaca derecha.

El enfermo declara que el coito le es imposible pues dice que después de haberlo efectuado queda con dolores en la fosa ilíaca derecha durante 4 ó 5 días.

Ha perdido el apetito y confiesa su cambio de carácter debido á sus trastornos dispépticos y malestar general.

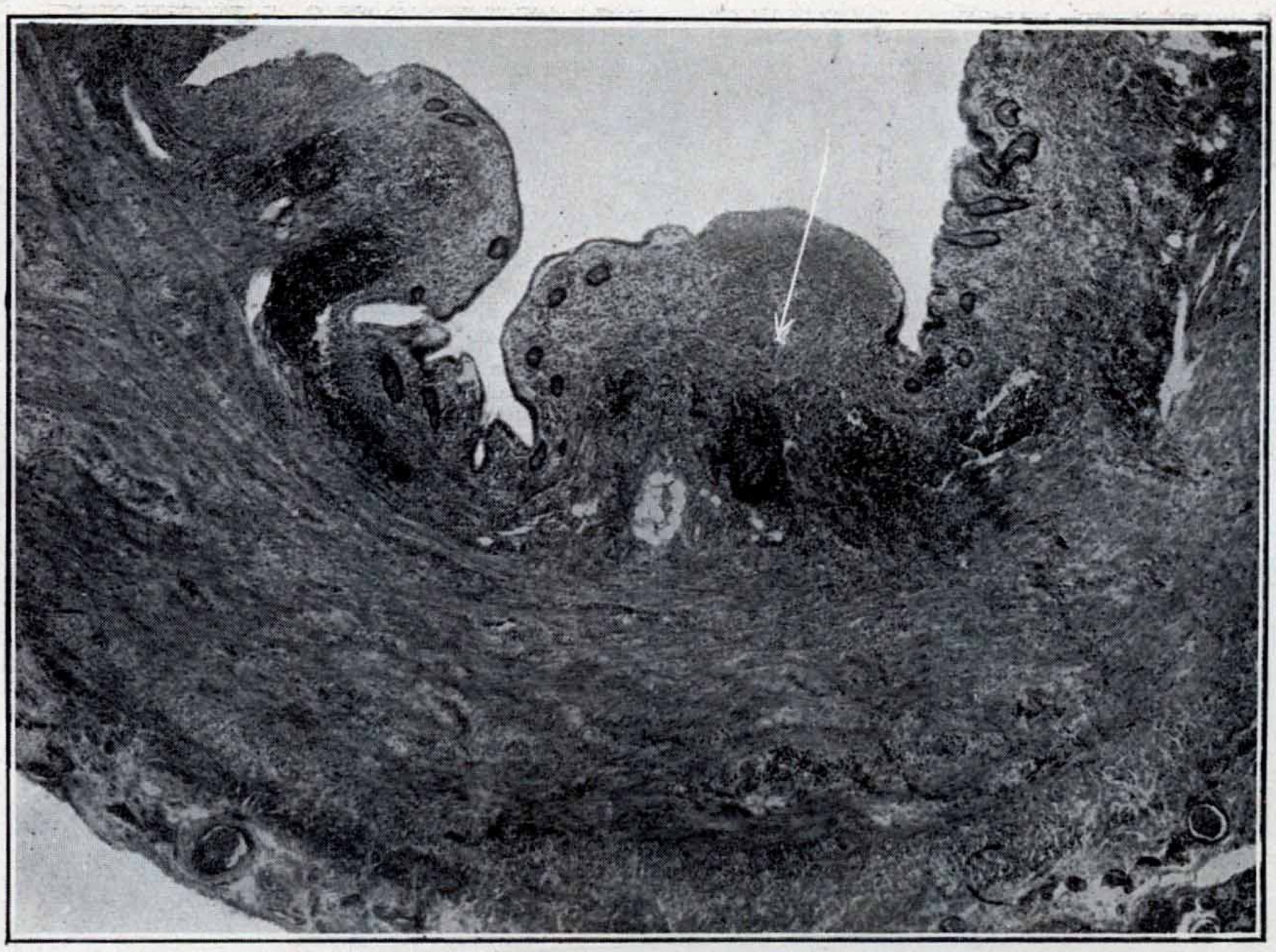
Se diagnostica apendicitis crónica.

Abierto el peritoneo se encuentra inmediatamente el apéndice, que se extirpa.

No hay adherencias.

El apéndice está un poco aumentado de volumen. La mucosa está un poco aumentada de espesor y congestionada.

Curación por primera. Sale de alta á los quince días, completamente aliviado de sus dolores y trastornos gastro intestinales.



Pérdida de los tubos glandulares con esclerosis de la mucosa

Micro-fotografía correspondiente al apéndice de la observación III

OBSERVACION IV

Señorita N. N., 23 años, argentina.

Antecedentes hereditarios—La madre murió de tuberculosis pulmonar, lo mismo que tres hermanas de 16 á 23 años.

Antecedentes personales—Ha sido siempre delicada de salud, predominando sobre el cuadro general una pertinaz constipación.

Ha sufrido dos operaciones en la nariz.

Estado actual—Se queja de debilidad general, de vómitos alimenticios continuos, algunas veces ácidos, al corto rato de haber comido, generalmente precedidos de gastralgias, las cuales cesan después de librarse de su contenido. Las gastralgias son moderadas y vomitan con facilidad. Jamás ha escupido ni vomitado sangre. Algún tiempo antes ha tenido diarrea líquida moderada que le duró pocos días.

La menstruación es dismenorreica y retardada. Padece continuas pérdidas blancas.

La temperatura oscila entre 37,2º y 38º al principio, aunque muy irregular con relación á las horas del día.

Hay poca sed y la lengua se conserva húmeda y casi limpia. Apetito muy escaso. La constipación la molesta siempre. Necesita enemas.

A la palpación el epigastrio es poco doloroso, no hay dolor fijo.

El hígado desborda un centímetro y medio el reborde costal, y á la palpación forzada acusa algún dolor.

El intestino se encuentra meteorizado, sobre todo el grueso y de éste la porción cecal, donde encontramos además defensa muscular moderada y un dolor limitado al punto de Mac Burney.

La palpación uni y bimanual dejan percibir claramente la presencia de una masa pastosa, irregular que escapa entre la gotera ileo-lumbar y la mano, ó entre las dos manos, acompañada de un dolor simultáneo de poca intensidad.

Los pulmones acusan una respiración reforzada en el vértice derecho y sacadé al nivel del ángulo del omóplato izquierdo.

Corazón normal.

Reflejos disminuídos. Cefalea continua.

Se hace diagnóstico de apendicitis crónica.

Se aconseja reposo y dieta láctea, pequeños enemas á baja presión.

Por haberse aumentado el dolor de la fosa ilíaca derecha y un poco la temperatura, se llama al doc-

tor Decoud qiuén confirma el diagnóstico establecido por el doctor González, médico de cabecera.

La enferma siguió más ó menos bien durante veinte días al cabo de los cuales tuvo un acceso histeriforme confirmado por el doctor Semprún.

Se espera aún dos meses al cabo de los cuales la enferma exige una intervención quirúrgica como había aconsejado su médico de cabecera.

Operación—Interviene el doctor Decoud, y encuentra al apéndice con evidentes señales de congestión, dirigíase hacia la izquierda arriba y atrás, describiendo alrededor del meso 2 1/2 espiras bastantes cortas. Su aspecto era turgescente é inyectado su grozor pasaba al de un dedo meñique y su longitud era de unos ocho centímetros.

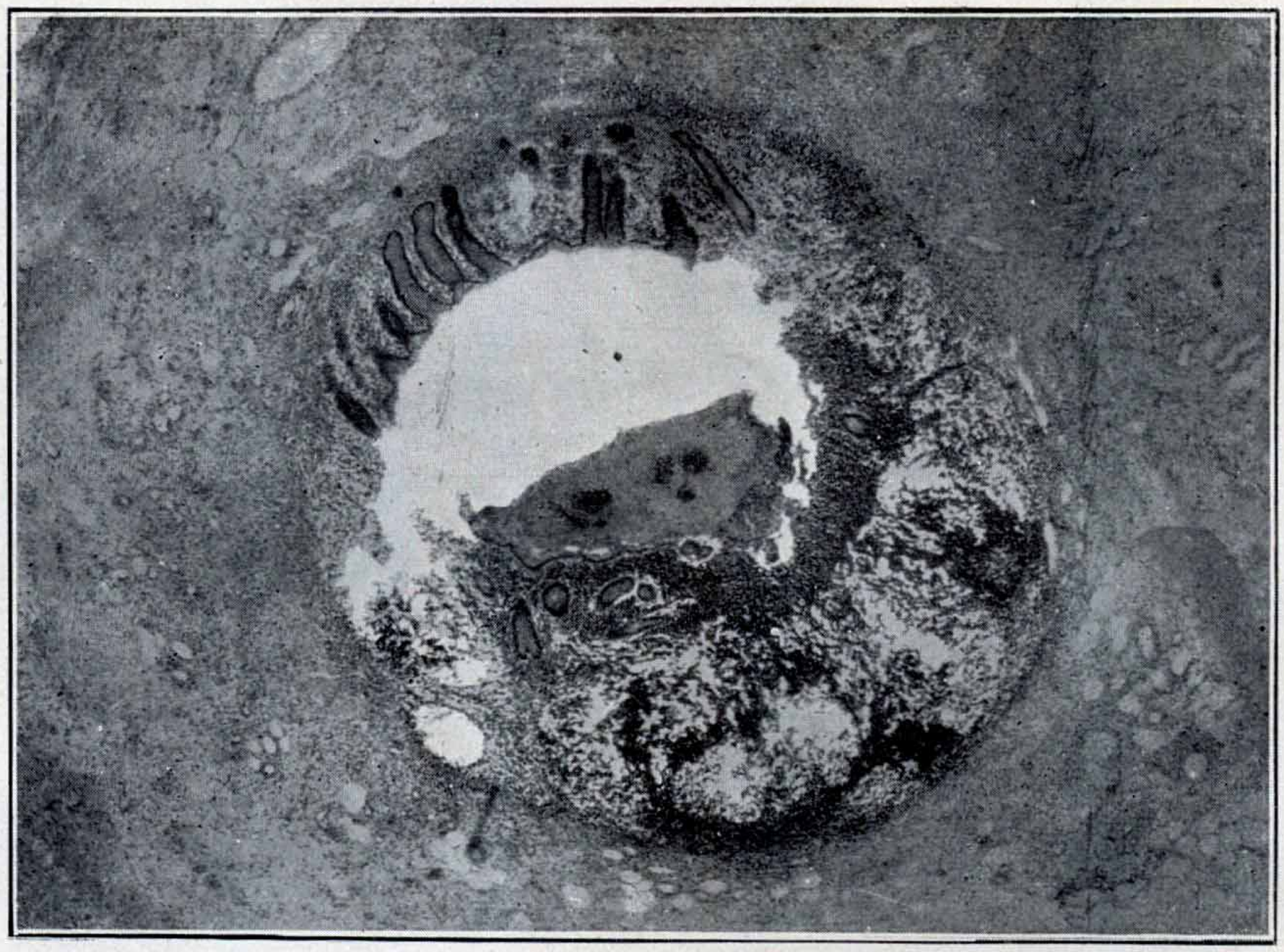
Los órganos vecinos y anexos encontrábanse intactos.

Curación por primera.

La enferma ha mejorado completamente de sus trastornos abdominales dolorosos y funcionales.

Persisten los fenómenos observados en los pulmones.

No ha vuelto á tener accesos histeriformes.



Destrucción de tubos glandulares y folículos por necrosis. Observación V
Micro-fotografía correspondiente al apèndice de la observación V

OBSERVACION V

Esteban Córdoba, 23 años argentino, soltero.

Antecedentes hereditarios—Madre muerta de neumonía padre de cáncer del hígado.

Antecedentes personales—Como único antecedente da el enfermo una fiebre tifoidea hace 10 meses.

Se resfriaba con facilidad.

Enfermedad actual—Comenzó hace un mes con dolores al epigastro y náuseas que no llegaban al vómito.

Este dolor en el epigastro, el enfermo lo describe como una puntada continua y localizada en la línea media á unos 4 traveses de dedo por encima del ombligo, esta puntada le duró 5 días después de los cuales el dolor se generalizó á todo el vientre por espacio de 9 días.

Estuvo 3 días con un bienestar relativo, después de los cuales comenzaron sus dolores abdominales, pero ahora más localizados hacia el lado derecho y principalmente la fosa ilíaca de ese costado.

Como no ha notado mejoría y por consejo de un médico ingresa al hospital.

El viaje en coche hasta el hospital dice que le ha producido dolores en la fosa ilíaca derecha, lo mismo que cuando ha tenido que caminar.

Es constipado, necesitando purgantes para mover el vientre.

Al ingresar al servicio tiene 37,2º de temperatura, dice no haber tenido fiebre los días anteriores.

Estado actual—Hombre bien desarrollado, buen esqueleto, regulares músculos y poco tejido adiposo.

El examen del aparato respiratorio y circulatorio no revela nada de anormal.

En el abdomen á la inspección no se nota nada de particular.

A la palpación se nota en la fosa ilíaca derecha una pequeña resistencia muscular y un poco de dolor cuyo máxmum se eincuentra al nivel del punto de Mac. Burnoy.

Se diagnostica apendicitis crónica y se interviene.

Interviene A. F. Celesia debido á la amabilidad del doctor Decoud.

Abierto el peritoneo se nota el ciego adherido á la pared abdominal anterior, se busca el apéndice y se le encuentra adherido por una brida que partiendo de su vértice va á insertarse hacia arriba de la cresta sacro-ilíaca.

Se le extirpa invaginando su muñón restante en las paredes del ciego.

Durante la intervención el enfermo sufre un síncope respiratorio, del que reacciona después de cinco minutos de respiración artificial.

Desde el cuarto día después de la intervención se ha notado una franca mejoría en este enfermo.

Han desaparecido sus dolores, tiene apetito y las regurgitaciones ácidas que tenía antes de la intervención ya no las tiene.

Ha aumentado de peso y mueve su vientre con regularidad.

A. F. Celesia.

Mayo 22 de 1908.

———

Buenos Aires, mayo 2 de 1908.

Nómbrase al señor Consejero doctor A. Gandolfo, al profesor titular doctor A. Decoud y al profesor suplente doctor C. Robertson, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON,
Decano.

R. S. GOMEZ,
Secretario.

Buenos Aires, mayo 30 de 1908.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 1773 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN,
Decano.

R. S. GOMEZ,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Oportunidad de la intervención quirúrgica en las apendicitis.

II

¿Es posible practicar la extirpación del apéndice con anestesia local?

III

Drenage peritoneal en los abcesos pelvianos apendiculares.

BIBLIOGRAFIA

ALFRED WAGON: «L'appendicite chronique d'emblée», París 1904.

M. ALEXANDRE RASTOUIL: «Appendicite Chronique», París.

COMBY: «Soci: med. des Hôp.», Noviembre 1903.

DELAGENIERE: «Des relations de l'appendicite et. des affections des anexes», Congrès français de chirurgie, 1897.

SIREDEY: Soc. med. des Hôp.», Noviembre 27 1903.

CHAZTANET: «Appendicite et entero-colite», París 1897.

GAGNIÊRE: «Grippe et appendicite, Gaz. hôp.», Paris 1899.

RENDU H: «Appendicite avec. sero-diagnostic positif», Semaine Medicale, París Febrero 1901.

BRISSAUD PINARD, RECLUS: Practique Médico - Chirurgicale.

BERGMAN, BRUNS, MIKULIEZ: «Tratatto di Chirurgia Pratica».

FRANÇOIS RENÉ: «L'appendicite au cours de la typhoide», París 1904.

E. WEILL: «Precis de medicine infantile», 1904.

JALLAGUIER: «Soc. de chirurgie», 1900.

BROCA: «L'appendicite, Fornes y tratement», 1900.

LETULLE et WEINTERG: «Presse Medicale», 1898.

LETULLE et BRUN: «Lessions histologiques de lal'appendicite», Presse Medicale, 1897.

COMBY et GRANCHER: «Maladies de l'enfence», 1904.

GROEW: «Des oclusions intestinales apendiculares», 190n

BARBIERI: «Tratamiento de la apendicitis», 1902.

GUTIÉRREZ A: «Sobre 41 casos de apendicitis», Argetina Medica, 1906.

DECOUD: «La apendicitis, Segundo congreso médico Latino-Americano de Montevideo», 1904.

VASALLO: Consideraciones sobre 600 apendicites», Congreso Latino-Americano de Montevideo, 1907.

BRUN A. LETULLE: «Sesións histologique de l'appendicite». Presse medicale 1807.

TERRIER: «De l'appendicite». Revue de Chirugie 1900.

ARCE JOSÉ: «Concepto de la apendicitis y su tratamiento». 1907.

BRUN: «Presse medicale». 1897.

MONOD Y VAUVERTS: «Technique operatoire». 1902.

L. TESTUT Y O. JACOB: «Traité d'anatomie topographique». 1906.

L. TESTUT: «Anatomie humaine». 1898.

LEJARS: «Chirurgie d'urgence». 1906.

F. FORGUE: «Precis de pathologie externe». 1904.

MOTY: «Observacion d'appendicite lautente, Gaz. des hôp.» Paris 1902.

LENDU: «Difficulté du diagnostic de l'appendicite cher les histeriques, Gaz. des hôd.». 1897.

E. KIRMISSON: «Précis de chirugie infantile». 1906.

BARDON CHARLES: «Quelques mots sur le rôle étiologique des maladies infectieuses dans l'appendicite». Paris 1094.

CORBELINI: «El bacilo de Sfeiffer en la apendicitis, Sociedad Médica Argentina». 1902.

DIEULAFOY: «Manuel de pathologie interne». 1904.

DUPLAY Y RECLUS: «Traité de chirurgie».

KELLY: «The vermiform appedix ane its diseases». 1905.
MARIÓN G.: «Technique chirurgicale».
LE DENTU Y DELBET: «Traité de Chirurgie».
G. SMITH: «Chirurgie abdominale».
LONGUET: «Trois cas d'appendiculaire, Progres Medical» Paris 1902.
BRUN: «Soc. de Chirurgie». Paris 1900.
FÉLIX BERNARD: «Repports de la colite muco-membranosa et l'appendicite». Congrès intern. de medi. 1903.

Imp. Ad. Grau—Moreno 960.