Año 1904 — Nº 1509

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INFLAMACIONES AGUDAS DEL CIEGO

TIFLITIS Y PERITIFLITIS

TÉSIS

PRESENTADA

PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

L. DAVID MAININI

« LAS CIENCIAS »
Librería y Casa Editora de NICOLAS MARANA
AVENIDA DE MAYO 620
BUENOS AIRES

1904

INFLAMACIONES AGUDAS DEL CIEGO

TIFLITIS Y PERITIFLITIS

Año 1904 N° 1509

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INFLAMACIONES AGUDAS DEL CIEGO

TIFLITIS Y PERITIFLITIS

TÉSIS

PRESENTADA

PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

L. DAVID MAININI

« LAS CIENCIAS »
Librería y Casa Editora de NICOLAS MARANA
AVENIDA DE MAYO 620
BUENOS AIRES
—
1904

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. Eufemio Uballes

VICE DECANO

Dr. D. Pedro Lagleyze

ACADÉMICOS TITULARES

Dr. D. Leopoldo Montes de Oca
» » José T. Baca
» » Rafael Herrera Vegas
» » Jacob de Tezanos Pinto
» » Eufemio Uballes
» » Juan R. Fernandez
» » Enrique E. del Arca
» » Pedro N. Arata
» » Manuel Blancas
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Güemes
» » Eliseo Cantón
» » Gregorio N. Chaves

ACADÉMICOS HONORARIOS

Dr. D. Ernesto Aberg
» » Eduardo Wilde
» » Martin Spuch
» » Telémaco Susini
» » Emilio R. Coni
» » Olyntho de Magalhaes

SECRETARIOS

Dr. D. Zenón Aguilar
Dr. D. Carlos Robertson

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 (con lic.)
Anatomía Descriptiva	»	Juan José Naon (con lic.)
Anatomía Descriptiva	»	Juan D. Piñero
Semiología y ejercicios clínicos	«	Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	»	Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	»	Vacante
Anatomía Patológica	»	Telémaco Susini
Bacteriología	»	Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	»	Julio Mendez
Materia Médica 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 (con lic.)
» Epidemiológica	»	José Penna
» Quirúrgica	»	Juan B. Justo
» Neurológica	»	José M. Ramos Mejía
» Médica	»	Luis Güemes
» Médica	»	Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze (con lic.)
Patología Interna	»	Marcial V. Quiroga
Medicina legal	»	Francisco de Veyga (con lic.)
Clínica Quirúrgica	»	Antonio C. Gandolfo
» Médica	»	Gregorio N. Chaves
» Obstétrica	»	Samuel Molina
Toxicología Experimental	»	Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas
Clínica Médica	»	Abel Ayerza
» Génito-urinaria	»	Federico Texo
» Psiquiátrica	»	Domingo Cabred
» Quirúrgica	»	Diógenes Decoud
» Obstétrica	»	Eliseo Cantón
Patología General	»	Roberto Wernicke

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Juan José Galiano
Química Médica	»	Francisco B. Reyes
Botánica Médica	»	Roberto S. Kolbe
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid
Anatomía Descriptiva	»	Joaquin L. Figueroa (en ej.)
Semiología y ejercicios clínicos	»	Vacante
Anatomía Topográfica	»	Avelino Gutierrez / Francisco Llobet
Fisiología General y Humana	»	Horacio G. Piñero (en ejer.) / Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	»	José Badia / Marcelo Viñas
Bacteriología	»	Juan Cárlos Delfino / Leopoldo Uriarte
Higiene pública y privada	»	Vacante
Materia Médica y Terapéutica	»	Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	»	Nicolás Repetto / Leandro V. Valle (en ejerc.)
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde / José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello / Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	M. Aberastury (en ejer.)
Patología Externa	»	Pascual Palma
Patología Interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Francisco C. Barraza / Teófilo A. Moret (en ejerc.)
» Médica	»	Patricio Fleming
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Enrique Corbellini / Daniel J. Cramwell
» Neurológica	»	José A. Esteves / José R. Semprun
» Médica	»	Ricardo Colón
Medicina legal	»	Domingo S. Cavia (en ejer.) / Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Ignacio Allende
» Obstétrica	»	Fanor Velarde / Enrique A. Pardo
Toxicología Experimental	»	J. Alba Carreras
Clínica Pediátrica	»	Facundo Larguia / Antonio F. Piñero
» Médica	»	Vacante
» Génito-urinaria	»	Pedro Benedit
» Psiquiátrica	»	Benjamin T. Solari / José T. Borda
Patología General	»	Vacante
» Obstétrica	»	Enrique Zárate

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS		CATEDRATICOS TITULARES
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia . ..	Dr.	Adolfo Mugica
Química inorgánica aplicada.....	»	Miguel Puiggari
Farmacognosia vegetal y animal.....	»	Juan A. Boeri.
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....	»	Pedro N. Arata
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)	»	J. Manuel Irizar
Higiene	»	Ricardo Schatz
Química Analítica y Toxicológica.....	»	Atanasio Quiroga
Ensayo y determinación de drogas	»	J. Manuel Irizar
Química orgánica y analítica.....	»	Francisco P. Lavalle

ASIGNATURAS		CATEDRATICOS SUSTITUTOS
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia...		Vacante
Química inorgánica aplicada.....		Vacante
Farmacognosia vegetal y animal..... ...	Sr.	Juan A. Dominguez
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....		Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)		Vacante
Higiene..... ...		Vacante
Química Analítica y Toxicológica.....		Vacante
Ensayo y determinación de drogas		Vacante
Química orgánica y analítica.....		Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS TITULARES
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica ..... } Parto distócico y Clínica Obstétrica .... }	Dr. Juan R. Fernandez (con lic.)

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Dr. Miguel Z. O'Farrell (en ejer.)
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS		CATEDRATICOS TITULARES
Anatomía, Fisiologia Patología.....	Dr.	León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal.....	»	Nicasio Etchepareborda

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS SUSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología.....	Vacante
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal....	Vacante

Padrino de tésis

Académico Titular

Doctor Roberto Wernicke

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

Señores Académicos:

Señores Profesores:

El estudio de las inflamaciones agudas del ciego, ha pasado por un período de esclusivismo que hizo olvidar los conocimientos que se tenían al respecto hasta fines del siglo pasado; las apendicitis llenaron por completo el cuadro clínico de los procesos agudos del ciego y las tiflitis, antes en boga, se las relegó al olvido y aún se las negó como entidad mórbida primitiva. La reacción no tardó en llegar; al entusiasmo de los que solo veían apendicitis, se opuso la fría observación de los que sin negar el valor y predominio de aquellas se resistían á creer en la invulnerabilidad del ciego para las infecciones comunes.

Hoy el problema ha sido resuelto: las tiflitis ocupan un capítulo á parte de las apendicitis; son dos entidades mórbidas distintas, tienen sus cuadros clínicos respectivos; si pueden aparecer juntas como derivadas la una de la otra, ó vice-

versa, en muchas ocasiones la diferencia es suficientemente neta para que sean justiciables de un tratamiento diametralmente opuesto. Este es el fin que nos hemos propuesto, al presentar este sencillo trabajo, á vuestra elevada consideración.

Antes de entrar á estudiar nuestro tema, queremos dejar constancia en estas páginas, del respeto que nos merecen nuestros maestros por sus enseñanzas, y de nuestro sincero agradecimiento al profesor Wernicke por el honor que nos dispensa patrocinando este trabajo, agradecimiento que hacemos extensivo al Dr. J. Cordeyro por las finezas y enseñanzas que nos ha dispensado durante nuestro internado en el hospital Bosch y al Dr. Escudero P. por habernos facilitado la observación clínica que motivó esta tésis.

CAPITULO I

—

Historia y Definición

—

La inflamación aguda primitiva del ciego, se distingue con el nombre de tiflitis, denominación más correcta que aquella de cecitis empleada por los autores antiguos.

El ciego puede inflamarse secundariamente por propagación de procesos cuyo asiento habitual es el intestino grueso ó delgado (tuberculosis, fiebre tifoidea, disenteria, cáncer); estas inflamaciones secundarias constituyen las tiflitis secundarias, que dejaremos de lado para no ocuparnos sino de las inflamaciones primitivas, de las tiflitis verdaderas.

La descripción de la tiflitis fué bosquejada por Dance y Husson en (1827), y Meniére en (1828)

al ocuparse de los tumores flemonosos que se desarrollan en la fosa ilíaca.

En (1830) Golbeck emplea por primera vez en sus descripciones la denominación peritiflitis.

En (1838) Albers (de Bonn), completa estos estudios y describe cuatro variedades de tiflitis: tiflitis estercoral, tiflitis simple, peritiflitis y tiflitis crónica.

Hasta 1882 á pesar de algunas observaciones aisladas de apendicitis Mestivier (1759) Louyer-Villermay (1824) Bodart (1844) Fabre (1851) Leudet (1859) Henrot (1865) Duplay (1876) y de las publicaciones de Melier (1827) en las cuales se encuentran espuestos con bastante exactitud y claridad los síntomas, las lesiones y la importancia de la gravedad de la perforación ileo-secal, la tiflitis y su consecuencia ordinaria, la peritiflitis tal como la describió Albers en 1838 ocupaba ella sola un sitio único en la descripción de las inflamaciones localizadas de la fosa ilíaca derecha.

A partir de esta época la tiflitis es poco á poco desposeida de su rol en patología, en beneficio de las lesiones del apéndice.

En 1884 With reconoce el origen apendicular de la peritiflitis y describe las formas adhesiva, circunscrita y generalizada de la peritonitis apendicular.

Con los autores americanos se inaugura el período quirúrgicos y Fits (de Boston), en una publicación (1886) llega á la conclusión siguiente: *cada vez que el cirujano interviene por síntomas atribuidos á una tiflitis, ó á una peritiflitis, es siempre el apéndice que él encuentra lesionado.*

Talomón en una série de artículos (1882-1892) defendiendo la misma opinión, sostiene que el concepto de la tiflitis primitiva, es puramente teórico, que está exento del criterio serio que el patólogo debe invocar, la prueba de la anatomía patólogica y afirma que nadie ha visto jamás en el cadaver, ni tiflitis simple, ni tiflitis estercoracea.

Dieulafoy en sus interesantes descripciones de apendicitis, niega también la existencia de las tiflitis primitivas.

Observaciones clínicas y anatómicas, no numerosas pero de un valor indiscutible, permiten reaccionar contra el exclusivismo fanático que se ha aferrado en estos últimos tiempos, y si en el ciego pueden localizarse procesos de otra naturaleza, como la tuberculosis y el cáncer, ¿que privilegio, que caracteres morfológicos, ó propiedades antibactericidas especiales, posée la mucosa de esta porción del intestino para impedir que se desarrolle en ella un proceso inflamatorio primitivo ?

Las estadísticas publicadas entre las cuales citamos las de Maurin y Renvers (ver anatomía patólogica) prueban claramente que las tiflitis existen y que no son tan raras como se las supone.

La frecuencia mayor de las apendicitis, no puede hacer negar la existencia de las tiflitis, solo puede reducir su importancia nosológica y en un estudio de conjunto de las inflamaciones pericecales estas deben conservar su sitio al lado de las apendicitis

CAPÍTULO II.

—

Etiología y Patogenia.

—

La tiflitis estercoral es más frecuente en el adulto; alcanza su máximun de frecuencia de 15 á 30 años, predominando el sexo masculino en la proporción del 80 %. Según Balzer este prodominio por el sexo, se observa aún en la infancia; en la vejez es más rara esta afección. Según ideas modernas, toda inflamación es originada por un agente microbiano. Tanto más son ciertas estas ideas, cuando se aplican á las inflamaciones del intestino. Aunque se halla demostrada la posibilidad de inflamaciones amicrobianas, estas no deben ser tenidas en cuenta al tratar de las afecciones inflamatorias del tractus intestinal, son mas bien de origen esperimental y las condiciones que se

exigen para su aparición no pueden encontrarse en las paredes intestinales.

Podemos considerar pues que todo proceso inflamatorio aparecido en el intestino es de origen microbiano.

Si se estudian en conjunto los individuos en los cuales se observan las tiflitis, se ve que todos pueden ser encuadrados en una misma descripción; todos ellos se hallan espuestos á causas que favorecen grandemente su aparición. Enumeraremos las principales. Todos los autores están de acuerdo para atribuir al estancamiento fecal una causa primordial en la aparición de la efección que nos ocupa; tal estancamiento parecería ser favorecido por la conformación anatómica del ciego y un estado de paresia de la tunica muscular. Cuffer fundandose en este dato de observación, atribuye un papel importante á las soluciones de continuidad originadas por este estancamiento; pero para que las materias fecales fueran capaces de originar tal cosa, sería necesario que estuvieran constituidas por restos de alimentos no digeridos ó por pelotones fecales endurecidos que harían las veces de cuerpo estraño.

Siendo esto cierto, no dejará de comprenderse que estos cuerpos estraños son incapaces por si solos de originar ningún proceso inflamatorio; fa-

vorecen si su aparición, abriendo vías á los elementos microbianos que pululan en el medio intestinal. En definitiva pués, las materias fecales desempeñarían el papel de simples causas predisponentes.

La clase de alimentación influeye poderosamente: se ha observado que las tiflitis son más frecuentes en los pueblos donde la alimentación la constituyen substancias alimenticias groseras ó mal preparadas, como lo prueba la observación de Speck en la Siberia Oriental; fácil es esplicarse tal fenómeno: los alimentos de escaso poder nutritivo, dejan gran cantidad de residuos, la mala masticación y su escasa ó ninguna condimentación las favorecen.

A parte de las enunciadas existen otras causas no menos importantes: casi todos los tiflíticos son ó han sido viejos intestinales.

La constipación habitual se la halla con tal frecuencia que se la enumera entre los primeros favorecedores de las inflamaciones del ciego y es ella la originaria de la estancación fecal cuyo papel etiológico hemos esplicado. Pero aún más importante que la constipación son las inflamaciones agudas ó cronicas del intestino grueso; las enterocolitis sub-agudas ó cronicas, la colitis cuya frecuencia conocemos todos, originan un verda-

dero *locus minore resistentie* que favorece la aparición de la enfermedad de que venimos hablando.

Spear, Eichhorst, Courtois-Suffit y Vanni atribuyen un papel muy importante á los esfuerzos musculares. Si el hecho deja de ser dudoso, las incertidumbres aparecen cuando se trata de esplicar el mecanismo productor.

Eichhorst esplica diciendo que bajo la influencia del esfuerzo se originan dilaceraciones del tejido celulo-conjuntivo sobre el cual descansa el ciego; en cambio Courtois-Suffit admite la posibilidad que después de las comidas los esfuerzos hagan penetrar las materias fecales violentamente en el ciego; produciendo verdaderos traumatismos.

Nosotros estamos de acuerdo con la interpretación que dá Vanni; la observación ha demostrado que el ciego es el organo más vulnerable del abdomen á los traumatismos de origen externo ó interno; por otra parte un esfuerzo implica una inspiración sostenida que se traduce por un obstaculo á la circulación venosa intestinal de retorno; esta ingurjitación venosa produce una disminución de resistencia del tejido epitelial.

Ambas causas, resistencia menor del epitelio y vulnerabilidad mayor del ciego originan soluciones de continuidad de la mucosa, que son el punto de partida de las infecciones tiflíticas.

Anatomía patológica.—Las alteraciones anatómicas encontradas en las autopsias practicadas en los casos de tiflitis observadas, son las siguientes: ciego ordinariamente muy dilatado, conteniendo en su interior, aglomeraciones fecales endurecidas, concreciones salinas (ordinariamente fosfatos y carbonatos), cuerpos estraños, fragmentos de hueso. semillas de fruta, etc., etc.

En los casos donde el proceso es más intenso, las paredes se encuentran espesadas, la mucosa está tumefacta, fuertemente hiperemiada, recubierta de una secreción mucosa, ó muco-purulenta; no es raro encontrar numerosas hemorragias puntiformes y ulceraciones.

La tumefacción de la mucosa es considerada por Jalaguier y Bouveret como una de las causas de los fenómenos de oclusión intestinal, que dependería sobre todo según Bouveret del obstáculo opuesto al pasage de las materias fecales á traves de la embocadura del ileon, á causa del hinchamiento de la válvula de Bauhin.

La observación de Louis Mariage reviste una importancia máxima, porque basta por si sola para convencer á los más obstinados de la posibilidad de la tiflitis como enfermedad primitiva.

Se trata de un niño de 10 años que ingresó al servicio de Legroux, con síntomas de tiflitis; la

afección estaba en vía de sanación, cuando este niño contrajo una angina diftérica á la cual debía sucumbir.

Mariage practicó la necropsia y encontró al nivel del ciego las alteraciones siguientes: paredes aumentadas de volumen, mucosa rugosa y tumefacta, sin ulceraciones ni perforaciones; aderencias pericecales con el intestino delgado, y en el medio de estas adherencias, algunos abcesos pequeños, bien limitados, de los cuales el más voluminoso tenía el tamaño de una avellana. No había peritonitis generalizadas. *L'apendice etait libre et tout á fait saine.*

La peritiflitis era evidentemente consecutiva á una tiflitis primitiva, sin la menor participación del apéndice en los fenómenos inflamatorios.

El profesor Silva ha recojido una nueva observación que refiere en una nota en la traducción de la obra de Talomón.

He visto, dice este autor, en la mesa de autopsia un caso de inflamación del ciego y del peritoneo que lo rodea, con perforación del ciego cerca de su mitad, sin participación del apéndice.

Roux (de Lausane), en el curso de una intervención, ha igualmente constatado la existencia de una tiflitis con integridad del apéndice.

Cauchois ha encontrado en una peritonitis supurada una concreción fecal que había penetrado en la serosa á traves de una perforación del ciego.

M. Duguet ha hecho la autopsia de un sujeto en el cual el ciego formaba un tumor de un rojo vivo y vinoso por trechos.

El peritoneo despulido estaba tapizado de falsas membranas. La cavidad del fondo de saco cecal había casi completamente desaparecido por la tumefacción de la mucosa. Un flemón difuso supurado, desarrollado entre la mucosa y la musculosa había ulcerado por trechos la mucosa y se vaciaba en el intestino.

Curschman dice haber encontrado en varias autopsias la tiflitis y la peritiflitis con integridad del apéndice.

Cuando el proceso inflamatorio es muy intenso, la inflamación del ciego se propaga al peritoneo que lo rodea y la peritiflitis se encuentra constituida.

Algunos autores designan con el nombre de peritiflitis á la inflamación del tejido celular y del peritoneo; sería ventajoso para la precisión y la claridad de la descripción de las inflamaciones pericecales volver á la nomenclatura de Oppolzer y llamar peritiflitis la peritonitis pericecal y pa-

ratiflitis el flemón del tejido celular de la fosa ilíaca derecha.

La inflamación del peritoneo pericecal se caracteriza por la formación de escudados fibrinosos, fibrino-purulentos, ó purulentos que recubren la serosa.

Las peritiflitis pueden ser enjendradas por alteraciones cecales y por alteraciones apendiculares.

Las peritiflitis de origen cecal son menos frecuentes y supuran más raramente que las peritiflitis de origen apendicular, que supuran muy á menudo; pero no es esta una razón suficiente para negar la flegmasia aislada del ciego, la *tiflitis verdadera* y para rehusarle toda influencia patogenica en el desarrollo de las peritiflitis (Jalaguier).

Cuando la peritiflitis ha supurado, en medio de las adherencias formadas alrededor del ciego, se encuentran colecciones purulentas múltiples, ó aisladas, sea formando una bolsa única más ó menos estendida. Estas colecciones pueden abrirse una vía distinta según los casos. Cuando una ulceración ó una placa de gangrena han destruido la pared del ciego la colección purulenta se vierte en el intestino. Este es el modo más favorable de terminación y que puede conducir á una sanación espontánea.

Otras veces el pus se abre paso hácia el exte-

rior; finalmente la perforación se hace algunas veces del lado del peritoneo y da lugar entonces á una peritonitis generalizada, rapidamente mortal. Esto mismo puede ocurrir con los abcesos peritiflíticos; en lugar de abrirse en el intestino, evacuan su contenido en el peritoneo.

En casos muy raros se ha visto la colección abrirse en la vejiga, ó como un abceso de congestión, correr á lo largo del psoas y coleccionarse en la cara interna del muslo, ó hacer proeminencia en la ingle. (caso del Dr. Escudero P.).

Aufrecht ha visto la colección formada alrededor del bazo.

Las perforaciones en la tiflitis verdadera son menos frecuentes que en la apendicitis: Maurin sobre 136 observaciones de peritiflitis supurada, ha encontrado 36 veces el ciego solo como causa, y sobre estos 36 casos existían perforaciones en 32 casos. Según la estadística de Renvers la proporción de las perforaciones sería menos frecuente; en efecto, sobre 218 autopsias de inflamaciones cecales, este autor no encantró sino 29 perforaciones.

La inflamación del celular retro-cecal, hemos dicho que constituye la paratiflitis.

La paratiflitis es una afección secundaria; según algunos autores puede ser primitiva; como causas

de esta se citan los enfriamientos y los traumatismos.

La paratiflitis secundaria sucede lo más á menudo á la peritiflitis.

Puede observarse la paratiflitis como consecuencia de una tiflitis, sin intermedio de peritiflitis; esto se explica facilmente, teniendo en cuenta que en algunos sujetos, una porción más ó menos estendida del ciego permanece descubierta de peritoneo.

M. Tuffier ha visto 9 veces sobre 120 cadáveres que el peritoneo faltaba sobre el tercio superior de la cara posterior del ciego; en todos estos casos la porción descubierta estaba directamente en relación con el tejido celular sub-yacente.

La paranefritis y la parametritis, teniendo en cuenta las conexiones íntimas que existen entre el tejido retro-cecal y el que rodea á los riñones en el hombre y el tejido celular que rodea á la matriz en la mujer pueden enjendrar la paratiflitis.

CAPITULO III.

—

Sintomatología general.

—

La sintomatología difiere según que se trate de la tiflitis simple, ó de la tiflitis supurada.

El principio de la tiflitis simple es lento é insidioso.

En algunos casos el desarrollo de los síntomas propios, es precedido por un período de síntomas podrómicos, consistentes en malestar general, náuseas, erutaciones, inapetencia, ligera diarrea seguida de costipación casi absoluta.

Según Cuffer, el fenómeno diarrea no sería muy raro en la tiflitis y estaría lejos de obstaculizar el diagnóstico.

Este autor cree que el origen de la misma debe buscarse en una congestión con hipersecreción

glandular de una porción de intestino, situada por encima del obstáculo.

Considera la constipación como la consecuencia de una paresia de la tunica muscular, que como ya dijimos al hablar de la etiología, precede generalmente, según dicho autor, la evolución de la enfermedad y produce la estancación de las materias fecales. Si se tiene en cuenta los casos de tiflitis observados, en los cuales la constipación falta y la diarrea aparece como síntoma de la inflamación de la mucosa cecal, no se pueda dar á esta opinión sino un valor relativo.

El dolor es el primer síntoma local que aparece, se asienta al nivel de la fosa ilíaca derecha; es primero vago, después más netamente acusado, no tarda en irradiarse de un modo más ó menos difuso á todo el abdomen.

Este dolor se exaspera al menor movimiento; aumenta á la menor presión.

Los enfermos adoptan, para relajar la pared abdominal y apaciguar la violencia de los fenómenos dolorosos, posiciones particulares. Casi siempre se acuestan sobre el lado derecho, inclinan el tronco hacia adelante y flexionan el muslo.

El vientre se distiende y el curso de las materias fecales y de los gases, se encuentra suspendido; la sed viva, la anorexia absoluta, la lengua saburral,

el aliento fétido, las náuseas, los vómitos alimenticios y biliosos, denotan el mal estado de las vías digestivas.

La fiebre puede faltar completamente, sin embargo es habitual, notar una elevación de temperatura de 1 ó 2 grados; tiene carácter continuo remitente, á veces con remisiones matinales muy pronunciadas, que llegan casi á la normal.

El pulso aumenta de frecuencia, pero la tensión vascular desciende. Eichhorst parece haber observado lo contrario, y califica al pulso de duro.

La orina es emitida en pequeña cantidad y contiene gran cantidad de urobilina é indican.

Los rasgos de la fisonomía se alteran, denotan el dolor, y los ojos se escavan. El sueño es casi siempre agitado é interrumpido; el insomnio es debido en parte á la violencia de los dolores.

La percusión de la fosa ilíaca derecha nos dá un sonido mate ó sub-mate.

La matitez puede faltar; ella puede ser remplazada por una sonoridad hidro-aérica, debida á la mezcla de líquidos y gases en el ciego distendido.

La palpación de la fosa ilíaca derecha, amenudo difícil á causa de la contracción refleja de los planos musculares, permite á veces delimitar en

esta región, una masa sólida á contornos más ó menos netos.

Este tumor, cuando es bien circunscrito, tiene la forma de un cilindro liso ó abollonado, (boudin cecal de los autores franceses) del grosor del puño, que representa al ciego distendido por un bolo fecal voluminoso.

M. F. Glenard (de Lyon), aconseja un modo de palpación especial, que él llama procedimiento de deslizamiento y que facilitaría mucho el hallazgo del tumor cecal.

Consiste en deprimir la pared abdominal según una línea vertical paralela al ciego, situada fuera de su asiento presunto, después en hacer deslizar la línea de compresión sobre los planos subyacentes de fuera á dentro y de dentro á fuera. Esta maniobra permite tocar, los bordes del organo enfermo y reconocer la existencia de un tumor, que por el modo habitual de palpación quedaría ignorado.

La constatación del cilindro cecal es indudablemente muy importante.

Talomón ha contestado sin embargo, su valor semiológico y dice que el cilindro cecal se observaría también en la apendicitis, sea como causa de las contracciones antiperistálticas del intestino grueso consecutivas á la excitación dolorosa de la

tunica muscular, sea por atonia paralítica de esta misma tunica que, muy vivamente excitada primero durante la crisis se haría enseguida impotente para hacer progresar las materias en su dirección ordinaria.

Todos estos accidentes pueden ceder expontánea ó consecutivamente á la administración de purgantes ó de algunos lavajes. Los enfermos tienen una abundante evacuación de gases y materias, después todo entra en orden.

La fiebre cesa, los dolores se mitigan, la tensión local disminuye y el estado general se mejora prontamente. Solo subsiste un poco de sensibilidad á la presión de la región cecal; esta desaparece en pocos días.

La tumefacción es la última en desaparecer; pueden encontrarse trazas bien netas, dos meses después del comienzo de la enfermedad, como se observó en un caso citado por Vanni.

Otras veces la resolución se hace de un modo incompleto y la inflamación se difunde al colón, alterando así la entidad patológica local de la tiflitis y transformándola en un proceso de enteritis crónica muy difícil de sanar.

Por el contrario, en los casos en los cuales la constipación no cede á los medios oportunos la

obstrucción se hace absoluta y la oclusión intestinal se manifiesta con todos sus síntomas.

El timpanismo aumenta, el hipo, los vómitos, biliosos, después fecaloides son incesantes, la facies se altera, las extremidades se cianosan, la voz se extingue y el enfermo sucumbe en un estado semi-comatoso, causado por la reabsorción de los productos tóxicos contenidos en el intestino.

La ruptura de una ansa de intestino delgado, consecuencia de una dilatación excesiva de sus paredes por la acumulación de materias fecales y de gases es exepcional.

Cuando lo ruptura tiene lugar, la muerte se produce bruscamente.

El cuadro que hemos descrito corresponde á las tiflitis, pero muy á menudo la inflamación se propaga al peritoneo que rodea al ciego, constituyendo las peritiflitis. Aquí debemos hacer una distinción entre peritiflitis plásticas y supuradas porque significan un tratamiento distinto.

En su principio estas dos formas no pueden distinguirse, por que la peritiflitis supurada comienza por ser plástica.

En algunos casos la inflamación pericecal se bocaliza, el dolor disminuye paulatinamente, la formación del tumor no aparece y pasado el período agudo, la palpación de la fosa ilíaca derecha solo

constata un ciego engrosado pero no es posible percibir ni plastrón ni tumor; la convalecencia es breve y el sujeto puede volver á sus ocupaciones: es lo que constituye la forma plástica.

Cuando la peritiflitis debe supurar, el dolor y la fiebre persisten.

La curba térmica es francamente remitente, sus exacerbaciones vesperales acompañadas de escalofríos y de sudores anuncian la formación de una colección purulenta que muy á menudo es intraperitoneal.

El estado general se hace malo, la facies se altera y toma un tinte plomizo. La constipación del principio dá lugar á la diarrea ó á alternativas de diarrea y constipación.

La colección purulenta una vez formada tiende ha abrirse en el ciego mismo, ó al exterior á traves de los planos abdominales por encima del ligamento de Poupart.

En este último caso la induración cecal y pericecal queda estacionaria ó crece; las venas subcutáneas situadas por encima del arco se dilatan; á veces hay un ligero edema de la pared abdominal á este nivel.

La fluctuación falta habitualmente.

La zona empastada y dolorosa, dá generalmente

matitez, pero amenudo la percusión es sonora cuando gases se han mezclado al pús.

Del lado de los distintos aparatos, no se observa ninguna particularidad sintomática, excepción hecha de aquellos casos en los cuales la afección se acompaña de complicaciones.

Según una estadística de Volbrecht de la clínica de Gerhardt se habrían encontrado complicaciones pleurales, pleuresias serosas, secas y purulentas en el 38 °/₀ de los casos.

Evolución y Pronóstico. — En su forma simple la tiflitis y la periflitis plástica no supurada, no constituyen una afección grave y evolucionan rapidamente; la sanación por resolución se observa en la mayoría de los casos.

Sobre 112 autopsias de sujetos muertos por diversos procesos morbosos, Maurin ha encontrado 16 casos en los cuales la superficie externa del ciego presentaba adherencias que demostraban claramente, antiguos procesos tiflíticos y peritiflíticos terminados por resolución.

Es frecuente ver la tiflitis y la peritiflitis recidivar y dejar como consecuencia ulceraciones de la mucosa cecal que por sus cicatrices favoreceran ulteriormente el estrechamiento del instestino; el pronóstico debe ser reservado, y también porque las adherencias pericecales pueden ser el origen de accidentes de oclusión intestinal.

El pronóstico es siempre serio cuando la peritiflitis ha supurado. La sanación puede todavía observarse, por reabsorción del exudado, cuando este no es muy considerable, sea por evacuación espontánea en una cavidad natural ó hacia el exterior; pero las complicaciones temibles son posibles: la peritonitis generalizada, por perforación; la propagación de la inflamación al celular retrocecal (paratiflitis), la infección general de la economía y las supuraciones inagotables.

El pronóstico es gravísimo en los casos de peritonitis generalizada, por perforación; esta complicación es casi siempre mortal, y son tan raros los casos de peritonitis generalizada, por perforación que se circunscriben, que se podría decir que siempre es mortal. No obstante debe recordarse el caso de Patschkowsck y observado en la clínica de Frerichs donde la sanación sobrevino apesar de esta complicación.

CAPÍTULO IV.

—

Formas clínicas. Diagnóstino diferencial.

—

El diagnóstico de la tiflitis estercoral simple no presenta ninguna dificultad. El estudio atento de los conmemorativos da elementos de diagnóstico muy preciosos. Se trata generalmente de adultos dispepticos, sedentarios, constipados habituales, colíticos, presentando á menudo, alternativas de diarrea y de constipación.

La enfermedad comienza con pequeños dolores ó cólicos en la región cecal. El dolor sobreviene con ocasión de una larga marcha, después de una comida copiosa, ó consecutivamente á un enfriamiento; es vago al principio, aumenta de intensidad progresivamente y se generaliza á todo el abdomen; el vientre que se encontraba ligeramente

distendido, ha aumentado de volumen. El curso de las materias fecales y de los gases se encuentra suspendido. El estado general no es malo, hay síntomas evidentes de embarazo gastrico, pero el organismo no está profundamente alterado.

El exámen físico local, permite constatar por la presión una superficie dolorosa, estendida sobre todo el ciego y una porción del colón ascendente.

En el resto del abdomen, la reacción peritoneal es en general muy poco pronunciada. Cuando la distención y la contracción de los músculos abdominales, no son muy pronunciadas, la palpación revela la existencia de un tumor cilíndrico alargado, (boudin cecal y cólico) reproduciendo la forma del intestino grueso y cuyos contornos pueden ser delimitados siguiendo el procedimiento de palpación ya citado.

La percusión dá un sonido mate, algunas veces un sonido hidro-acrico, característico de la distención del ciego.

La tiflitis debe ser distinguida de la apendicitis simple, ó con cuerpos estraños, con ó sin perforación.

No obstante el hecho de que los síntomas reaccionales y la localización en la región cecal establecen una gran analogía entre estas dos

afecciones, el diagnóstico diferencial es sin embargo casi siempre posible desde el principio.

Importa sentar exactamente este diagnóstico pues las dos afecciones tienen un tratamiento diametralmente opuesto.

Contrariamente á lo que ocurre en la tiflitis, en la apendicitis se trata de un sujeto joven, atacado bruscamente en plena salud, á menudo en medio de sus juegos ó durante un ejercicio violento de un dolor súbito extremadamente vivo con tendencia sincopal.

A la presión el máximun del dolor se extiende sobre una región muy limitada, sobre un punto situado entre la espina ilíaca y el ombligo (punto de Mac Burney).

La reacción peritoneal es en general poco pronunciada en la tiflitis; el peritonismo en la apendicitis es siempre intenso desde el principio, aun en la ausencia de una peritonitis generalizada.

En la apendicitis no encontramos al hacer la palpación, la tumefacción cecal, el ciego está vacío; más tarde cuando la apendicitis dá lugar á la peritiflitis la induración que la constituye, placa más ó menos difusa en algunos casos, circunscrita en otros, no se asemeja en nada al *boudin cecal*.

En algunos casos, sin embargo, el comienzo de la apendicitis lejos de ser brusco y sin prodromos se acompaña de pequeños fenómenos anteriores que la hacen asemejar á la tiflitis. En estos casos el diagnóstico suele ser posible, porque á parte de los fenómenos físicos que hemos indicado, la faz aguda á la evolución de la cual se asiste ha estallado bruscamente.

Cuando la tiflitis reviste cierta intensidad se acompaña siempre de peritiflitis acusada en mayor ó menor grado.

La peritiflitis plástica tiene un período evolutivo breve, se acompaña de poca reacción febril y su repercusión sobre el estado general del enfermo es poco marcada. En poco tiempo el dolor desaparece, el tumor disminuye y el estado general se mejora.

En la peritiflitis supurada, la evolución es mucho más larga; el estado general, lejos de mejorar empeora, el sujeto se demacra, la fiebre persiste ó aumenta y la palpación limita un tumor en la fosa ilíaca derecha.

Establecido el diagnóstico de peritiflitis supurada, se tratará de investigar su origen cecal ó apendicular.

El diagnóstico se basará en el estudio atento

de los antecedentes del enfermo. Por otra parte este diagnóstico es solo una diferenciación sutil, sin importancia práctica, pues el tratamiento es el mismo.

CAPITULO V

—

Tratamiento médico y quirúrgico.

—

En presencia de un caso de tiflitis simple donde la comprostasia es la causa, es necesario evacuar el intestino recurriendo á los purgantes. El aceite de ricino será preferido á los demás por su poca acción congestiva sobre el intestino. Se evitará la intolerancia, administrandolo en cápsulas.

Los lavajes intestinales antisépticos y calientes solución acuosa de ictiol 4 °/₀₀, de quinosol, 1 °/₀₀, de borato de sodio 5 °/₀₀, tienen una acción benéfica sobre el organismo, decienden la temperatura, calman los dolores, y mejoran el estado general eliminando las toxinas, contenidas en el intestino.

Para practicar estos lavajes se procederá del modo siguiente: se colocará al paciente en de-

cubito derecho con la estremidad inferior de este lado estendida sobre la cama y la izquierda flexionada reposando sobre la primera; se introduce una sonda de Nelatón N° 20, esterilizada y recubierta de vaselina ó aceite asépticos, casi totalmente, hecho lo cual se permitirá la entrada del líquido al intestino, que procederá de un irrigador colocado á 0.50 cent. sobre el plano del lecho. Agotado el líquido el enfermo permanecerá diez minutos, en la posición indicada, al cabo de los cuales la cambiará por el decubito dorsal y luego por el izquierdo.

Para evitar la introdución de aire en el intestino se dejará salir una pequeña cantidad de líquido antes de introducir la sonda. Media hcra después ó antes, el enfermo mueve su vientre, espulsando gases, materias fecales y toxinas.

La inflamación pericecal será combatida por la aplicación de fomentos calientes humedos; si el dolor es muy violento se puede sustituir ventajosamente el calor humedo, por la aplicación permanente de la bolsa de hielo.

En las formas graves, y en aquellos casos donde hay alguna duda sobre la participación del apendice, la medicación evacuante está seriamente contraindicada, exacerba los dolores y espone á las perforaciones.

En estos casos se debe recurrir al empleo metódico del opio: se administra cada dos horas una pildora de extracto de opio de 0.02 centgr. hasta la dosis de 15 á 20 centígramos para un adulto y de 10 centígramos para un niño de diez ó doce años.

El proceso flegmásico será combatido por los medios locales ya mencionados.

La dieta de líquidos en particular la láctea, será observada durante la evolución de la afección. En el período de convalecencia deben vigilarse el regimen alimenticio, la regularidad de los movimientos intestinales y no se permitirá el uso de la alimentación ordinaria hasta después de un tiempo bastante largo, prescribiendo de esta todas las sustancias que dejan gran cantidad de residuos, á fin de evitar las recidivas que como hemos dicho son muy frecuentes.

En las formas supuradas el tratamiento es quirúrgico.

El abceso peritiflítico será tratado por una ámplia incisión seguida de drenaje.

En la peritonitis generalizada, la sola probabilidad de éxito, reside en una laparotomía mediana, seguida del lavaje acéptico de la cavidad peritoneal y del drenaje según el procedimiento de Mickulics; aún asi las probabilidades de éxito son muy raras.

Observación Clínica.

—

Servicio de Clínica Médica del H. Rawson.

A cargo del Dr. Leopoldo Uriarte.

Médicos agregados Doctores Pedro Escudero

y Gaston M. Souto.

—

Jesús V., 48 años, español, casado, obrero, cama 29.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes individuales. — A la edad de 12 años tuvo ataques epileptiformes, que se repitieron durante 3 ó 4 años para no reproducirse más.

A los 18 años aparecen sus primeros trastornos intestinales: deposiciones muco-sanginolentas con tenesmo rectal, acompañadas de fuertes dolores al vientre. Estos trastornos se producen sin fiebre. Guardó cama 20 días.

A los 22 años viruela. A los 37 años sintió un dolor en la región umbilical, sin irradiaciones, acompañado de imperiosa necesidad de orinar y defecar; 2 horas después tuvo una evacuación, consecutivamente á la cual desapareció el dolor.

Un año más tarde se repite, aunque con menor intensidad; después de una deposición espontánea, cesa el dolor.

Desde estos ataques llaman la atención del enfermo, los deseos frecuentes de orinar y las deposiciones de consistencia pastosa, que se repiten 2 ó 3 veces en el día. Hace 8 años pasó á Pará (Brasil) donde residió 5 años; durante este tiempo se repitió nuevamente su dolor al vientre con sus deposiciones pastosas y polakiurias.

Enfermedad actual. — Hace 2 meses (Octubre 1903) en viage de su patria á Buenos Aires, siente nuevamente su dolor en la región umbilical acompañado de imperiosa necesidad de orinar y defecar; esta vez el dolor es mucho más intenso y le obliga á estar en cuclillas en la cama.

Por indicación propia ingiere un purgante que lo alivia, pero siempre persiste un dolor sordo y profundo, que se exagera con la marcha.

El 25 de Diciembre el dolor aparece con toda su intensidad localizado en la fosa ilíaca derecha,

dificultandole la marcha y obligandolo á flexionar el muslo derecho sobre la cadera.

El 28 ingresa el enfermo al servicio citado.

Estado actual. — Individuo flaco, demacrado, mal estado de nutrición, arterias que ruedan bajo la piel guarda el decubito lateral derecho y tiene su extremidad inferior derecha en adducción con el muslo flejado sobre la cadera y la pierna sobre el muslo; cuando se le invita á estender el miembro lo hace con mucha precaución, si uno fuerza por conseguirlo acusa dolor en el triángulo de Scarpa. El exámen prolijo de la cadera no revela nada patológico.

Abdomen. — Epi y mesogastrio deprimido; en la fosa ilíaca derecha se esterioriza un tumor alargado en la dirección de la arcada de Falopio, sin reacción inflamatoria exterior, inmovil con la respiración, no pulsatil ni reductible, doloroso á la palpación, mate á la percusión. La piel se desliza facilmente; hay ligera defensa por la palpación, esta parece indicar que el tumor se pierde en la fosa ilíaca.

El tumor tiene contornos netos, no hay plastrón ni reacción peritoneal vecina. El resto del abdomen aparentemente normal.

El individuo de pié se inclina al lado enfermo con el miembro inferior derecho flexionado, apo-

yandose sobre el izquierdo y el tronco ligeramente inclinado hacia adelante.

Movimientos vertebrales intactos.

Puede apoyarse sobre el miembro derecho inclinandose hacia adelante y afuera, no acusando sino una ligera molestia en el triángulo de Scarpa.

Cuando se le invita ha enderezarse estando en la posición indicada el dolor se hace mucho más intenso. Haciendo tacto rectal no se alcanza el tumor.

Pulmones. — Infiltración bacilar vertice derecho. Pulso 98 por minuto. Tensión 11. Resonancia del 2º tono aórtico. Temperatura 38º.

Día 29. Temperatura por la mañana 36º $^{5}/_{10}$.

T. por la tarde 38º $^{4}/_{10}$. Tratamiento, espectación.

Día 30. T. Por la mañana 37º.

T. por la tarde 38º $^{4}/_{10}$.

Día 31. T. por la mañana 37º $^{1}/_{10}$.

T. por la tarde 39º. Lavaje intestinal de agua hervida caliente.

Enero 1º. T. por la mañana 38º $^{8}/_{10}$.

T. por la tarde 37º $^{6}/_{10}$. Lavaje intestinal de agua hervida caliente.

Enero 2. T. por la mañana 35 $^{4}/_{10}$.

T. por la tarde 37 $^{2}/_{10}$. Continuan los lavajes.

Enero 3. T. por la mañana 35º $^{8}/_{10}$.

T. por la tarde 35 $^{4}/_{10}$. Continuan los lavajes.

Enero 4. T. por la mañana 35° $^{2}/_{10}$.
T. por la tarde 37°. Supresión de los lavajes.
Enero 5. T. por la mañana 36°.
T. por la tarde 38°. El tumor se ha hecho más visible, y se ha estendido en sus dos direcciones, longitudinal y transversal; no hay reacción peritoneal vecina. La piel está ligeramente adherida, roja y edematosa.

El enfermo está en la misma posición; decubito derecho, con el miembro del mismo lado y completamente flexionado.

La palpación de la región renal izquierda permite constatar una dureza casi indolora y que pelotea poco. La palpación del lado opuesto está libre. Se decide la intervención.

Interviene el Dr. Rocatagliata.

Incisión recta á la altura del tumor próximo á la arcada femoral; incindida la piel se cae en una cavidad de donde sale un pus fétido. Se esplora y no parece tener comunicación. En la parte superior de la incisión (á la altura de la espina ilíaca superior) se abre el peritoneo y sale una gran cantidad (100 gramos) de pus amarillo é igualmente fétido.

Explorada la cavidad se llega á su fondo introduciendo el dedo no menos de 12 cent., muy profundamente hacia atrás y hacia arriba detrás del

ciego y sobre la aponeurosis del psoas; está llena de adherencias, se busca el apéndice y no se le encuentra.

Enero 8. El enfermo está sin fiebre, en mejor estado; puede estender el miembro derecho, sin sentir mayor molestia, 20 días después es dado de alta en perfecto estado; á su salida se le instituye un tratamiento para su estado intestinal.

L. David Mainini.

Buenos Aires, Junio 15 de 1904.

Nómbrase al Académico Dr. Gregorio N. Chaves, al Profesor Titular Dr. Francisco Sicardi y al Profesor Suplente Dr. Ignacio Allende para que constituidos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tésis de acuerdo con el art. 4º de la ordenanza vigente sobre exámenes.

UBALLES.
Zenón Aguilar.

—

Buenos Aires, Octubre 4 de 1904.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex-alumno L. David Mainini.

« La comisión que suscribe encargada de dic-
« taminar respecto de la admisibilidad de la tésis
« presentada por el ex-alumno L. David Mainini,
« que versa sobre « Tiflitis y Peritiflitis » resolvió
« admitirla. Con lo que terminó el acto. — Fir-
« mados: G. N. Chaves — Sicardi — I. Allende —
« C. Robertson, secretario. »

Robertson.

—

Octubre 4 de 1904.

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

UBALLES.
Robertson.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

1ª Individualidad anatómica y clínica de las inflamaciones agudas del ciego no tuberculosas.

2ª ¿Tiene importancia para el tratamiento el diagnóstico diferencial entre las peritiflitis supuranas de origen cecal y apendicitas?

3ª ¿La tiflitis tiene las mismas complicaciones que la apendicitis?

BIBLIOGRAFIA

Brouardel et Gilbert. — Traité de médecine et de thérapeutique.

Charcot, Bouchard et Brissaud. — Traité de médecine.

Comby. — Traité des maladies de l'enfance.

Debove et Achard. — Manuel de médecine.

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Eichorst. — Traité de pathologie interne.

Jaccoud. — Traité de pathologie interne.