Año 1910 N°. 2130

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

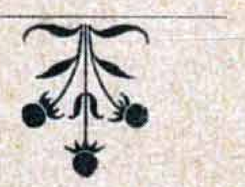
TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS ENTRE NOSOTROS

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

VIRGILIO LIGNELLI



BUENOS AIRES

Establecimiento Tipográfico SALTA 1317

TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS ENTRE NOSOTROS

Año 1910 N°. 2130

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

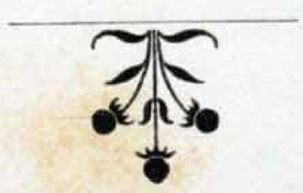
TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS ENTRE NOSOTROS

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

VIRGILIO LIGNELLI



BUENOS AIRES

Establecimiento Tipográfico SALTA 1317

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

Artículo 162 del R. de la F.

Facultad de Ciencias Médicas

ACADEMIA DE MEDICINA

PRESIDENTE

DR. D. EUFEMIO UBALLES

VICE-PRESIDENTE

DR. D. PEDRO N. ARATA

MIEMBROS TITULARES

1 DR. D. JOSE T. BACA
2 » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3 » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4 » » EUFEMIO UBALLES
5 » » PEDRO N. ARATA
6 » » ROBERTO WERNICKE
7 » » PEDRO LAGLEYZE
8 » » JOSÉ PENNA
9 » » LUIS GÜEMES
10 » » ELISEO CANTÓN
11 » » ENRÍQUE BAZTERRICA
12 » » ANTONIO C. GANDOLFO
13 » » JOSE M. RAMOS MEJIA
14 » » ENRIQUE DEL ARCA
15 » » DANIEL J. CRANWELL
16 » » HORACIO G. PIÑERO
17 » » JUAN A. BOERI
18 » » ANGEL GALLARDO
19 » » CARLOS MALBRAN
20 » » M. HERRERA VEGAS
21 » » ANGEL M. CENTENO

SECRETARIO

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS HONORARIOS

1 DR. D. EDUARDO WILDE

2 » » MARTÍN SPUCH

3 » » TELÉMACO SUSINI

4 » » EMILIO R. CONI

5 » » OLHINTO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO

DR. D. ELISEO CANTÓN

VICE-DECANO

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

CONSEJEROS

DR. D. ELISEO CANTON
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» « G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUVENCIO Z. ARCE
» » JUAN A. BOERI (suplente)

SECRETARIOS

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo) (con lic.)
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Títulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Fisica Médica	» ALFREDO LANARI
Quimica Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Quimica aplicada á la Medicina.	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomia Descriptiva. . . .	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva. . . .	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos .	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica . . .	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana .	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomia Patológica . . .	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Higiene Pública y Privada . .	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica .	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica. .	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica .	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica. . . .	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal.	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica.	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental. . .	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-Urinaria . . .	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología general, Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Quimica inorgánica aplicada. . . .	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognósia y posología razonadas .	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica	» JULIO J. GATTI
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química análitica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos Sustitutos
Farmacognósia y posología razonadas .	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE » ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Anatomia Topográfica	» ROBERTO SOLÉ » CARLOS R. CIRIO
Clinica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON « RICARDO S. GÓMEZ
Medicina operatoria	» PEDRO CHUTRO
Patología interna	» RICARDO COLÓN » PEDRO LABAQUI
Clínica Oftalmológica	« ENRIQUE DEMARIA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS » MARCELINO HERRERA VEGAS » JOSÉ ARCE » ARMANDO MAROTTA
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE » DAVID SPERONI » JUAN JOSÉ VITÓN
» Obstétrica	« ENRIQUE A. PARDO » ENRIQUE ZÁRATE » ARTURO ENRIQUEZ » ALBERTO PERALTA RAMOS » FAUSTINO J. TRONGÉ
» Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS » MAMERTO ACUÑA » GENARO SISTO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI » JOAQUIN NIN POSADAS
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE MÉDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke

» Juan R. Fernandez

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedrat. extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomía Patológica . . .	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE » JOSÈ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL » AVELINO GUTIERREZ
Clinica Dermatog. Sifilográfica .	» MAXIMIL. ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES » JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMIN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Médicina Legal.	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto Fisiológico y Clínica Obstétrica Parto Distócico y Clinica Obstétrica .	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto Fisiológico y Clínica Obstetrica.	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
	» UBALDO FERNANDEZ
Parto Distócico y Clinica Obstétrica .	» J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología. . .	DR. LEÓN PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal.	» N. ETCHEPAREBORDA

CATEDRATICO SUPLENTE

DR. RODOLFO ERAUZQUIN

PADRINO DE TESIS:

DOCTOR PASCUAL PALMA

AL DR. NICOLÁS REPETTO

Á MIS PADRES

Á LOS MÍOS

Il ne faut qu'encourager toujours cet esprit de tolerance, qui constitue une si singulière caracteristique des temps modernes.

HERBERT SPENCER
Premiéres principes (l'Inconnu)
Ch. IV § 33

I

No hay puede ser, cuestión más delicada que la de determinar la oportunidad de la intervención quirúrgica en el tratamiento de la apendicitis. Es sabido por todos las discusiones apasionadas y las luchas ardientes que este tema ha dado lugar, por lo que han separado y separan aún á los cirujanos en dos bandos bien definidos.

Los unos piensan que es necesario siempre intervenir lo más pronto posible desde el momento en que se ha visto al enfermo y reconocido la naturaleza de su mal, y cualquiera que sea el estado anatómico del foco enfermo, agudeza de la crisis, ó importancia del estado general. Estos son los intervencionistas intransigentes (*á outrance*), cuya convicción se ha afirmado aún más bajo los argumentos de una teoría habilmente presentada, retóricamente expuesta y elocuentemente sostenida por el prof. Dieulafoy.

Los otros piensan al contrario que es necesario hacerlo todo para intervenir fuera de la crisis aguda y su convicción no es menos entera cuando declaran que el primer deber del cirujano que se encuentra frente á un caso de apendicitis, es buscar *á outrance* también hacerlo enfriar, y operar más tarde cuando toda traza de inflamación haya desaparecido y que el enfermo haya, por asi decirlo, curado.

Los primeros basados en una brillante concepción teórico-práctica han aplicado al tratamiento de la apendicitis y como único recurso, la intervención quirúrgica en cualquier momento manera y forma de su evolución.

Los segundos, deduciendo de la observación empírica el buen resultado obtenido por una terapéutica médico-quirúrgica expectante, han aguardado la evolución de la enfermedad, sin precipitarse demasiado.

«Vosotros no sabeis, no podeis saber, dicen los intervencionistas, cual será la evolución de la crisis que tratais, y el enfermo que os parece hoy enfriar su foco, nadie puede decir que mañana no sea llevado por accidentes fulminantes ante los cuales quedareis impotentes á dominarlos. Si todos los enfermos, y ellos son numerosos, que sucumben á accidentes de peritonitis difusa hubieran sido operados más pronto, desde el momento que se los vió, y cuando sus accidentes estaban en su inicio,

ellos estarían casi todos curados, y todos los que mueren, no son más que víctimas de una temporisación imprudente y fatal» y esto es cierto.

«Y vosotros intervencionistas; dicen los oportunistas, vosotros no sabeis, no podeis saber, si interviniendo en plena crisis no conduzcais vuestro enfermo á la muerte. Es un error material de creer que la intervención precipitada sea siempre bienhechora, y muchos enfermos que sometidos á un tratamiento médico bien conducido, habrían expontaneamente enfriado su foco y definitivamente curado á raíz de una intervención retardada, perecen á una intervención intempestiva sobre un foco mal enfriado. Parece fuera de duda según el testimonio de cirujanos que han empleado los dos métodos, que en igualdad de condiciones, la temporización sistemática y armada, dá mejores resultados que una intervención inmediata igualmente sistemática. Hay entonces casos en los cuales interviniendo, vosotros matais á vuestro enfermo». Y esto es igualmente verdadero.

De tal manera que nosotros nos encontramos en esta situación singular, que si la operación inmediata salva un cierto número de enfermos, pierde otros en otros casos; y que si hay enfermos que deben la vida á la temporización, hay otros que la misma temporización conduce á la muerte. Es de toda evidencia entonces, que

nosotros no podemos aqui encerrarnos en una regla absoluta.

En esta cuestión pasa como en muchos otros problemas médicos. Los factores que determinan los fenómenos vitales son múltiples y complejos, gran parte de ellos para nosotros nos son desconocidos. De tal manera que solamente á base de tales ó cuales condiciones causas aproximadas, no podemos preveer más que tales ó cuales efectos tambien aproximados. Las ciencias médicas y las biólogicas en general, son de su naturaleza contingentes. Las leyes que se establecen son para el mayor número de los casos, pero no puede preveerlos todos. El fenómeno orgánico no puede jamás ser comparado, definido y determinado como lo es el fenómeno físico.

Se ha dicho y repetido que cada enfermo es un nuevo problema á resolver. Cada enfermo hace su enfermedad á su manera. Es siempre él, una incognita nueva á despejar. Y estas reflexiones más que en ningún caso son aplicables como en los apendiculares.

Si á esto se agrega que aún en doctrinas al parecer opuestas contienen siempre un fondo de verdad debemos inferir entonces que un sistema que excluye en absoluto á todos los demás, es un sistema que no está de acuerdo con la realidad de los hechos. Como ejemplo á esto no quiero recordar más que el entusiasmo científico de

hace treinta años, cuando á raiz de los descubrimientos bacteriológicos, creyose por todos explicado de una manera absoluta los fenómenos morbosos de las enfermedades. Pero más tarde se ha reaccionado contra la excesiva preponderancia que se había dado al elemento bacterio como causa de las enfermedades; pensandose hoy que él no es más que un factor que debe estar asociado á otros para engendrar un estado morboso determinado. Y estos otros factores aún cuando no están todavia cientificamente bien definidos, se reconoce sin embargo clínicamente su acción eficiente y que se llaman: herencia, constitución, taras orgánicas, etc.: el terreno en una parola.

Por eso entonces tengamos presente que nuestros conocimientos son siempre relativos, y que un estado mórbido siempre nos presenta una modalidad nueva que nos obliga á modificar una explicación anteriormente dada, y que á una explicación en un caso dado, caberá siempre la pregunta: ¿cual es la explicación de esa explicación?

La cuestión de la intervención quirurgica en la apendicitis es menos rudimentaria, menos esquemática y el problema á resolver no es el de saber si hay que recurrir sistematicamente á intervención inmediata ó á la temporización. Es más delicado, más complejo, más elevado. Lo que debemos saber es determinar en que casos

se ha de intervenir y en cuales otros vale mejor esperar. Y en esto la mejor guia, como dice Faure, son las impresiones siempre vivas que nos vienen de los enfermos, las que nos dictarán la mejor conducta á seguir; impresiones que nos llevan á la deducción de como un temperamento ecléctico y no exclusivista es el que debe imperar, á exclusión de todo sistema y doctrina principista.

Estudiando los distintos criterios con que la ciencia médica argentina ha abordado el presente tema, vemos que es precisamente este temperamento el que ha predominado, salvo divergencias en el detalle. El porque de esto es explicable. No existiendo propiamente dicho una escuela genuinamente nacional, y no le puede por ahora en esta fase de integración de elementos extrangeros y por lo tanto eterogéneos, fuerza es que toda nuestra ciencia esté inspirada en escuelas europeas. Pero he aquí el beneficio de nuestro cosmopolitismo: por éste nosotros, dejando á un lado cuestiones de nacionalidad que tanto se deja ver en las obras de Farabeuf; á un lado tambien la fascinación sin limites por genios que aún en sus mismos errores son tambien aceptados, como ha pasado con Virchöw en Alemania; nosotros no teniendo porque tener esas preocupaciones, tomamos de ellos, juzgandolo, lo mejor.

II

La opinión del doctor Palma al respecto es la siguiente:

Iª cuestión: Considera la intervención precoz en el tratamiento de la apendicitis como idealmente buena, por todas las razones que logicamente se han expuesto, pero la cree muy poco realizable en la práctica.

Pero aún así y en presencia de un enfermo que se halle en las primeras horas de su crisis aguda, él no cree por ésto, que el sujeto sea pasible de una intervención. Es decir: 1era. conclusión: Rechaza la intervención precoz, como formula sistemática. El enfermo, ó presenta él un cuadro clínico en general armónico? luego hay que temporizar, saber esperar.

Ahora, ¿que condiciones deberá presentar el enfermo para que sea intervenido? En otro tiempo el criterio sobre que se basaba estaba fundado en las impresiones que recibía el enfermo. Organizando estas impresiones ha podido deducir ser bastante que un solo síntoma *desentone,* como él dice, del cuadro general, para inducir la indicación de un intervención. Este síntoma puede ser muy variado. En un caso puede ser una sequedad extremada de la lengua; en otro las facíes; la frecuencia del pulso que no concuerde con una temperatura análoga; el

dolor exagerado en otros; y con mucho más razón la intervención se impondrá, si el *desentone* es dado por más de un síntoma.

2ª Cuestión. El enfermo ha pasado su ataque agudo. En estas condiciones, él cree no ofrecer ninguna ventaja á ser operado en frio. Muchos enfermos despues de un primer ataque no vuelven á tener ningún otro en su vida. Ahora si se presentara el caso de una recidiva, claro está que en ese caso intervendría.

Luego 2ª conclusión: Rechaza la intervención en frio como fórmula sistemática.

En cuanto á la técnica, cree que el apéndice debe extirparse sistematicamente en todos los casos, en que se interviene, y las razones son las siguientes:

1° Una intervención que se haga por peritonitis generalizada, necesariamente será incompleta sin la extirpación de un apéndice que está en esos casos perforado, y volcando en consecuencia y continuamente productos de infección en el peritoneo.

2° Hay ventajas en buscar el apéndice, pues es solo así como se consiguen abrir, además del abceso superficial, otros abcesos enquistados y más profundos que seguramente habrían escapado á la acción del cirujano, si éste se hubiera circunscripto solamente en abrir la pared sin buscar el órgano enfermo.

3° Siendo la circulación venosa del apéndice, sistema directo de la porta, cabe la pregunta, ¿hasta que punto la extirpación del apéndice puede prevenir las infecciones á distancia y particularmente al higado bajo forma de abcesos multiples? Habriendo solamente la pared y siendo la circulación venosa de ésta de un sistema diferente, es natural que no se podrá prevenir, con esta intervención incompleta, la complicación anterior.

En cuanto al tratamiento médico en el caso en que esté indicado, debe reducirse á la dieta, frio local y ligeros purgantes.

Hace notar con mucha insistencia ser de muy mala práctica usar el opio: pues es sabido de cuanta utilidad el sintoma dolor, ya por su intensidad, ó por su ausencia, es indispensable para diagnosticar la modalidad clínica, ó la presencia de una complicación en la marcha de la enfermedad; cosas que los opiaceos tratan de ocultar con todos los inconvenientes que esta enmascaración de sintomas pueda llevar al facultativo á apreciaciones erroneas sobre la evolución de la enfermedad.

El doctor Repetto se expresa así:

En primer lugar hay un hecho de observación cierta y es la de que en la gran mayoría de los casos las apendicitis curan expontaneamente, y sólo en un número muy reducidos de casos la gravedad de los síntomas

llevan al cirujano á intervenir: luego resulta algun tanto ilógico aplicar á todos los casos el criterio de la intervención precoz.

Ahora bien los casos que son pasibles de una intervención, ésta la fundaremos en los siguientes síntomas:

1° Resistencia muscular: á mayor defensa en la pared, corresponderá una intensidad mayor de la afección.

2° Persistencia del dolor.

3° Frecuencia del pulso y respiración.

Ahora cuando se presenta el caso de un enfermo que ha pasado su ataque agudo, no cree deba siempre operarse en frio; y sí solamente cuando el sujeto siga sintiendo molestias del lado de su apéndice, lo que estaría indicando la persistencia de un órgano enfermo. Y á esta conclusión lo lleva la experiencia que le ha hecho ver, que, en muchos enfermos operados en frio, el apéndice se había totalmente destruido por el ataque agudo anterior, máxime si este ataque fué de cierta intensidad: luego es de rechazar tambien, intervenir en frio en todos los casos.

Estas conclusiones las deduce de una práctica de 230 casos operados.

El doctor Gutierrez se ajusta al siguiente criterio:

Dado un caso de apendicitis cuando debe intervenirse? En otros tiempos influidos por las doctrinas de

Dieulafoy muy en voga entonces, y atemorizados por el fantasma de la peritonitis, nuestro criterio era de intervención inmediata y la formulábamos de esta manera: «á diagnóstico hecho, intervención propuesta». La experiencia nos ha ido enseñando y fundados en ella formulamos hoy una propuesta diferente!

Deste luego las incertidumbres pueden existir solo en los casos que recien se inician, esto es entre el 1° y 4° dìa; pasado ese tiempo es más facil juzgar de la oportunidad de la intervención. En efecto, si en este transcurso de tiempo el enfermo se ha repuesto ya del ataque inicial y se encuentra con buen pulso, buen estado general, el vientre poco timpanizado y el dolor circunscripto á la zona del apéndice, significa ello que el agente infectante está ya como excluido de la cavidad abdominal, aislado por la peritonitis circunscripta, entonces se puede formular en los siguientes términos: el caso presente es de los que permiten esperar y esperando pueden ocurrir dos cosas:

1° que la inflamación supurada ó no se enfrie y pueda intervenirse en mejores condiciones.

2° que la inflamación no ceda, que la fiebre persista, que el tumor aumente, que la supuración se establezca sin tendencia ninguna á disminuir, sino por el contrario á aumentar; entonces la necesidad nos obliga á interve-

nir para evitar la intoxicación ú otras complicaciones, como puede ser la abertura del abceso en alguna víscera.

Hay verdadera dificultad para juzgar la oportunidad de la intervención cuando se está entre el primero y cuarto día; por eso en otro tiempo, cuando asistiamos á la iniciación del ataque y no pudiendo juzgar de la gravedad de los sintomas futuros por la lenitud de los sintomas actuales, proponiamos la operación. Nuestro criterio de entonces era intervencionista. Nuestro criterio actual es otro.

La experiencia demuestra que la mayoría de las veces la apendicitis tiende á localizarse y enfriarse, y las menos veces á generalizarse ó formar flegmón, sin tendencia ninguna á la resolución; por eso nuestro criterio se ha modificado sustancialmente, y en la actualidad más nos inclinamos á esperar que no á intervenir, si el caso por circunstancias particulares, no nos obliga á lo contrario, para lo cual siempre estamos con el arma al hombro, listo para emplearla en cualquier momento.

Si nosotros tras de exámenes repetidos á corto intervalo (dos ó más cada día para sorprender cualquier alteración, cualquier discordancia ó cambio, vemos que el apéndice está arrinconado hacia la cresta iliaca (lo cual se reconoce porque el máximum de dolor asienta en

un punto próximo á dicha cresta), que el resto del vientre es poco ó nada doloroso, que hay muy poco ó nada timpanismo, que el pulso no es frecuente, que la facies es plácida, y el estado general bueno, entonces esperamos, dispuestos eso sí, á intervenir en cualquier momento.

Si por el contrario de nuestro examen resulta que el apéndice ocupa una posición interna, es decir que está situado entre los intestinos, que el dolor está generalizado por todo el vientre, que hay bastante timpanismo, facies contraida, algo de inquietud, pulso frecuente y más aún si encontramos discordancias en los síntomas, decidimos la intervención.

Entre el primero y cuarto día, con síntomas como estos intervenimos; con aquellos síntomas esperamos.

El dolor que en las primeras horas se generaliza por todo el vientre, debe ya á las 24 ó 48 horas quedar localizado en la fosa iliaca, si pasado ese tiempo el vientre, duele por todas partes, casi uniformemente y además hay los sintomas que acabamos de mencionar en el párrafo anterior, podemos decir que el caso presenta mal cariz y la intervención se impone.

La discordancia de sintomas es de muy mal augurio. En los casos de coprohemia el pulso engaña, es amplio y no muy frecuente, lleno, aunque de poca tensión.

La facies es plácida, hay mucha tranquilidad, cierta torpeza intelectual, mirada vaga y fija y algo de incoherencia en las ideas.

Hay que estar advertido de todo esto para no engañarse.

Muchos cirujanos cuando se les pregunta sobre cual es su criterio, dan esta respuesta: «yo me atengo al caso práctico, según como él se presente, intervengo ó no», eso en verdad, no es decir nada. Por mi parte afirmo que cada caso de los que se llaman particulares, es caso de ley como cualquier otro y que en esto de la gravedad de los casos entran varios factores, á saber: 1° la intensidad de la afección apendicular. 2° la situación interna del apéndice, y 3° la resistencia orgánica del sujeto que de ningún modo es despreciable.

Conclusiones:

1° Las más veces, los ataques de apendicitis por lo menos los primeros tienden al enfriamiento y á la resolución quedando eso sí, despues del primero en peores condiciones por el acodamiento consiguiente, á la inflamación. Las menos veces producen la peritonitis generalizada ó la supuración sin resolución.

2° Si el caso lo permite debe esperarse para intervenir á que se enfrie.

3° Para decidirse á intervenir desde el comienzo de

un ataque hay que atenerse á la agudeza y difusión de la infección. (La discordancia de síntomas tiene mucho valor pronóstico).

El doctor Gandolfo:

1° No cree en ningún tratamiento médico.

2° Debe siempre operarse dentro de las 24 horas, si es posible.

3° En el periodo intermediario el estado general del enfermo es el que indica la intervención.

4° Si se nota en este periodo una mejoria entonces hay que esperar para operar luego en frio.

5° Cuando por distintos datos se sospecha la presencia de un abceso, operar.

6° No cree en la destrucción del apéndice por ataques sucesivos, pues dice, no haber nunca visto; luego opina que se debe siempre operar á todo sujeto que haya ya sufrido y curado un primer ataque agudo de apendicitis.

El doctor Cranwell ha adoptado un temperamento análogo.

1° En todo caso de apendicitis aguda bien diagnosticada debe procederse á la operación inmediata en las primeras 24 horas, dentro de las 48 horas á mas tardar. Cuanto más temprano se opere, tanto más benigna será la intervención, presentando las siguientes ventajas:

a) facilidad de la intervención porque al principio no existen adherencias;

b) se libra al enfermo de todas las molestias, que en el mejor de los casos ofrece una apendicitis, y se evitan todas las complicaciones;

c) se suprime el serio inconveniente de las eventraciones y fistulas tan frecuentes en los casos con abceso;

d) se obtiene la curación radical y no hay que pensar más en la recidiva.

2° En el curso de la enfermedad, durante el periodo intermediario, conviene esperar para intervenir en frio, salvo que se presente un abceso.

3° En los casos complicados con peritonitis debe intervenirse siempre, pues se suelen salvar con la operación enfermos que parecian irremediablemente perdidos.

4° Despues de pasado el ataque, es decir en frio, debe operarse siempre para evitar una recidiva que puede ser fatal. Pero es necesario tener seguridad del diagnóstico, porqué de lo contrario nos exponemos á operar enfermos atacados de tiflo-colitis que en nada beneficiarían de la intervención.

El doctor Decoud expone la cuestión de la manera siguiente:

Los ataques ligeros y las formas á plastrón evolucionan hacia la curación, los primeros casos siempre,

los otros en el mayor número de los casos, ocho y nueve veces en diez. Si no hay indicación operatoria, el tratamiento medico debe reducirse á la dieta hídrica en el primer periodo, seguida despues con un regimen lácteo moderado y la aplicación local de frio para calmar el dolor. El opio tiene numerosos partidarios y todos conocemos sus buenos resultados. Sin embargo el uso de purgantes é irrigación intestinal, asociado al regimen puede dar excelentes resultados y Robin ha dado á este respecto una estadística de 250 casos de los cuales solo seis requirieron intervención quirúrgica.

Las recidivas se evitan si se observa un regimen dietético por largo tiempo.

Las indicaciones de la intervención quirúrgica son:

Un primer ataque no obliga á la intervención. Su evolución es rápida y si se siguen los preceptos anteriores, no se repite.

Las apendicitis á plastrón son las que originan incertidumbre en la conducta á seguir. El plastrón es el signo de la reacción vital del peritoneo (de defensa). ¿Se debe operar? Interviniendo en pleno plastrón se encuentra un apelotonamiento de ansas intestinales entre las cuales se halla el apéndice oprimido en un lecho de tejidos inflamados. Si se encuentra el abceso, con frecuencia no es posible hallar el órgano perforado y por temor de

romper la debil valla limitante, la operación se interrumpe, dejando en su lugar la lesión con las probabilidades de tres consecuencias ingratas: la fistulización, la eventración y las nuevas crisis.

De esa doble inseguridad de encontrar el abseso y de extirpar el apéndice provenían las dudas, y esto influía tanto más en el espíritu cuanto que la intervención en caliente da una mortalidad de 10 á 25 %.

Un elemento de diagnóstico que desde hace unos años hace sus pruebas nos coloca ahora en condiciones de guiar mejor nuestra actitud. Es el signo de Cürshmann, la reacción leucocitaria.

Polinucleosis de 20.000 y mejor aún de 25 á 30.000 que se mantenga por 24 horas, la existencia de pus es segura.

Asi establecido, el cirujano que dispone de ese medio de diagnóstico en presencia de una forma á plastrón puede resolver si ha de intervenir ó no.

Las formas á plastrón que evolucionan favorablemente pero que despues de tres ó cuatro semanas mantienen la sensibilidad en la región cecal, indican la existencia de un abceso enquistado, susceptible de reagudecimiento y que por consiguiente requieren el tratamiento operatorio.

Los ataques repetidos á intérvalos son la revelación

de que el proceso persiste: son los casos de apendices extrangulados, con cavidad cerrada, deben ser siempre operados.

La indicación de la intervención en la peritonitis generalizada no se discute.

Cualquiera que sean las circunstancias, la extirpación del apéndice fuera de los periodos inflamatorios es una operación de éxito seguro.

Reasumiendo en cuenta al tratamiento, puede establecerse que la indicación operatoria es terminante en las peritonitis generalizadas, en los ataques á recaida y en las formas á plastrón con reacción leucocitoria de 25 á 30.000 glóbulos, y solamente convencional en los otros casos.

El doctor Viñas plantea el problema en los siguientes términos:

La oportunidad de la intervención depende de la relación entre la intensidad de la lesión anatómica y los síntomas clínicos. Llamado el cirujano en cualquier periodo de la crisis aguda, no cree deber intervenirse de una manera sistemática. Hay que tratar de buscar enfriar el proceso para luego intervenir en frio.

La intervención en caliente solo es permitida en los casos en que los sintomas, dolor, vómitos, etc. se acentúan.

En estos casos no se procederá á extraer el apéndice

si esto es dificil de hacer; pues no es nada conveniente romper las adherencias en un momento en que las defensas orgánicas (anti-toxinas, anti-cuerpos, etc.) no se hallan bien desarrolladas. Cuando se está en presencia de una apendicitis ligera, ésto no nos obliga á intervenir en frio, despues que haya pasado el ataque agudo. Es necesario en estos casos esperar un segundo ó tercer ataque para decidirnos á una operación. Si el ataque en cambio ha sido de alguna intensidad, en este caso estaría indicado la intervención en frio.

En las formas á plastrón con una obscura fluctuación y con poca reacción leucocitaria se ha de esperar, para intervenir en frio. Operar, si hay seguridad cierta de la presencia de un abceso.

En este caso los elementos de diagnóstico son: la polinucleosis y la constatación del retículo fibrinoso en la sangre. Además de estos considera de importancia tambien el tacto rectal; pues en muchos enfermos que presentan su fosa ilíaca libre de toda formación de exudados (lo cual es revelado por el timpanismo dado á la percusión), sin embargo el tacto puede revelar la presencia de colecciones en la escavación pelviana que obligan á intervenir.

Operar en los casos de apendicitis crónica cuando el diagnóstico es seguro.

El doctor Prando se expresa así:

Todo caso de apendicitis bien diagnosticado debe operarse siempre ántes de las 24 horas, y la operación será facil y no agraviará el proceso seguramente, y en cambio evitará en muchos casos la muerte y todos los accidentes que ya conocemos.

Si el apéndice está perforado las probabilidades de éxito dependen seguramente de la precocidad de la intervención.

Si el cirujano ve al enfermo despues de las 24 horas, la intervención la decidirá el estado del enfermo; si los sintomas han mejorado, si el pulso es bueno, si el dolor se localiza, creo que la intervención podría ser perjudicial, por cuanto en la resección del apéndice, pueden romperse adherencias y hacer general una peritonitis parcial.

Cuando uno acude 48 horas ó más despues del ataque y hay ya un plastrón, tampoco debe intervenirse por cuanto el plastrón indica localización del proceso; naturalmente la expectación debe ser armada y á la menor disociación del pulso y de la temperatura debe intervenirse.

Si á los 6 ú 8 días la temperatura en lugar de descender aumenta, ó sobrevienen escalofrios y la región donde se palpa el plastrón se hace más dolorosa á

pesar de que el pulso sea bueno, debe abrirse el abceso que está indicando todos esos síntomas.

Debe también intervenirse cuando á pesar de no haber síntomas de peritonitis, hay temperatura elevada, gran sed, agitación extrema, insomnios, escalofrios, pues estos síntomas se ven en las apendicitis hipertérmicas, que matan rapidamente por septicemias.

Por fin en los casos extremos de peritonitis generalizada, el cirujano debe tentar la operación, por cuanto es la única probabilidad, si bien muy remota de salvación.

El doctor J. Arce encara así la cuestión:

El hecho de que algunos enfermos de apendicitis, que han tenido uno ó más ataques viven largos años sin sentir la menor molestia por el lado del apendice no prueba gran cosa en contra de un hecho actualmente indiscutible: «la única forma de curar la apendicitis es practicar la extirpación del apéndsce.» O en otras palabras; todo enfermo que ha tenido un ataque de apendicitis bien caractizado, debe operarse, para tener la seguridad absoluta de su sanación. Clinicamente la evolución de la apendicitis comprende cuatro periodos que pueden repetirse tantas veces como recaidas se produzcan: un primer periodo de iniciación, al que se designa comunemente con el nombre de ataque ó estado agudo de

la enfermedad; un segundo periodo ó de estado; un tercer periodo ó de declinación, y finalmente un cuarto periodo de sanación aparente ó clínica en el que el apendicular, libre de toda molestia, cuando no es portador de un apéndice engrosado y palpable solo conserva de la enfermedad el recuerdo de sus sufrimientos y la amenaza de su repetición.

En la práctica y para referirla al tratamiento, esta división puede ser simplificada admitiendo unicamente dos grandes divisiones dentro de las cuales encuadran muy bien las cuatro á que hemos hecho referencia: apendicitis en ataque ó estado agudo, dentro de las primeras 48 horas de la enfermedad ó despues de haber transcurrido ese lapso de tiempo (periodo de iniciación y de estado) y apendicitis fuera del ataque ya sea en convalescencia ó en frio (periodos de declinación y de sanación aparente).

Apendicitis fuera del ataque. En estos casos aconsejo la operación á todo enfermo que ha tenido un ataque típico de apendicitis benigno ó grave; por supuesto que procedo en la misma forma, cuando ha sufrido más de un ataque. La única razón que podría justificar la conducta de los cirujanos que exigen dos ó tres ataques para intervenir en frío, es la incertidumbre del diagnóstico, y en ese caso bien se puede hacer

de cuenta que no ha tenido lugar ninguno, pues no se puede ni afirmar la existencia de la apendicitis; y digo la unica razón, porque un primer ataque benigno, no garantiza al enfermo de que en el segundo no se ha de presentar como una peritonitis séptica mortal. Cuanto más grave haya sido el ataque ó los ataques que preceden á la operación en frío, tanto más tiempo conviene dejar transcurrir entre la desaparición de los fenómenos agudos y el día fijado para la laparotomia, pues si bien en algunos casos una apendicectomía en frío, hecha pocos días después del ataque, puede ser una operación sencilla, en otros las dificultades llegan á ser tales que la extirpación se hace poco menos que irrealizable. La mejor conducta es operar una vez que los fenómenos subjetivos y objetivos agudos han desaparecido totalmente. Los que así operamos, hablando con exactitud, hacemos operaciones en apendicitis en declinación y no en frío, pero como por un lado no se procede con un criterio fijo en la apreciación de los fenómenos agudos como por otro el tiempo indispensable para el enfriamiento total varía al infinito con los casos, se pueden englobar estas dos divisiones de la intervención de la apendicitis fuera del ataque, en lo que vulgarmente se llama operación en frío y que los alemanes llaman Intervalloperation. Y mientras unos cirujanos practican

dicha operación poco tiempo después del ataque (apendicitis en declinación), otros la ejecutan por lo menos un mes y medio después del ataque y otros aún más tiempo después, (verdadera apendicitis en frío).

Apendicitis en ataque ó estado agudo. Durante el ataque ó en estado agudo, la apendicitis puede presentarse en el curso de las primeras 48 horas de iniciada la enfermedad (período de iniciación) ó una vez pasado este lapso de tiempo (período de estadio). Operar en el primer caso es hacer lo que los alemanes llaman la Frühoperation; hacerlo en el último lo que los mismos autores denominan Intermediäroperation.

Pero existe aún una tercera forma de presentarse la apendicitis durante el ataque ó estado agudo ya sea en el período de inicio ó de estadio; y es bajo forma de peritonitis séptica difusa ó de peritonitis generalizada aguda. Consideremos en primer lugar esta última forma. Todos los cirujanos están contestes en operar inmediatamente los apendiculares que presenten el tétrico cuadro de la peritonitis generalizada aguda ó de la septicemia peritoneal. Las diferencias de concepto estriban en la amplitud de la intervención pues mientras unos sostienen que el objeto único de la operación es el drenaje de la cavidad abdominal, con el objeto de favorecer la lucha contra la infección, otros dicen que

en la peritonitis apendicular lo esencial es privar el organismo enfermo del apéndice, relegando el drenaje á un plano secundario.

Los primeros para usar de una metáfora que se ha hecho en el seno de la Sociedad Médica Argentina reprochan á los segundos que *se ocupen de apagar el fósforo que dió origen al incendio, sín preocuparse de que entre tanto éste se consume la casa;* los segundos podrían reprochar á los primeros para no ser menos felices en la elección de metáforas, *que se ocupen en enjugar el agua derramada sin ocurrírsele cerrar la canilla que sigue manando líquido en abundancia.*

Estos últimos apoyan su manera de proceder: 1° en que es indiscutible que uno de los factores principales de la gravedad de la peritonitis apendicular, reside en que la causa que la provoca (el apéndice) renueva su provocación sin cesar mientras el cirujano no la suprime. 2° en que mientras por un lado, el peritoneo necesita de toda su integridad para defenderse, integridad que le roban las manipulaciones extemporáneas y los lavajes, por otro, el mismo peritoneo, es capaz de absorber y absorbe las secreciones peritoneales en defensa del organismo, de lo que se desprende que el drenage no es indispensable.

Si á esto se agrega que la acción del drenaje no

se ejercita más allá de los limites con los cuales se encuentra en contacto, resulta que sin rechazar en absoluto todo drenaje, se ha de dar mayor importancia en estos casos, á la extirpación del apéndice.

Cuando la apendicitis en ataque ó estado agudo no evoluciona hacia la septicemia peritoneal ó hacia la peritonitis generalizada, puede ser operada antes ó despues de transcurrir las primeras 48 horas de iniciada la enfermedad.

Supongamos el primer caso, es decir vengamos á la consideración de la Frühoperatión..

Podemos considerar la apendicitis bajo el concepto anátomo-clínico de la enfermedad como una peritonitis más ó menos localizada; y esta mayor ó menor localización es un efecto de la combinación de tres factores distintos, que bién pueden sumarse favorable como desfavorablemente, estos factores son la virulencia de los gérmenes, la resistencia del organismo y la disposición anatómica del apéndice.

Ahora bién; estos tres factores son no sólo eminentemente variables, sino que y es lo serio del caso, no pueden ser ni aproximadamente sospechados, antes de haber transcurridos por lo menos las primeras 48 ó 72 horas de la enfermedad; pero desgraciadamente los signos y sintomas que nos dán á conocer su intensidad

en los casos graves, son no ya los de una apendicitis simples sino los de una apendicitis complicada, lo que equivale á decir que no es posible diagnosticar la gravedad de una apendicitis, antes de que estén instaladas algunas de las complicaciones que son precisamente las que desea evitar la operación precoz.

A los resultados operatorios son los que han originado las discusiones más encarnizadas.

A una estadística de un intervencionista con 12 % de mortalidad se ha querido oponerle otra de solo 3 % de fracasos debido al oportunismo.

Pero hay que dejar constancia de un hecho, que quita inmenso valor á los argumentos estadísticos de estos últimos y es el siguiente: al comparar sus resultados operatorios con los de los intervencionistas, la mayor parte de los que operan en frío presentan estadísticas que engloban las apendicectomías hechas una vez pasado el ataque, vale decir, comparan los resultados de una operación hecha cuando el apendicular está sano, excepción hecha de su apéndice, con los de una operación hecha cuando el apendicular está en pleno ataque.

Para derrotar la operación precoz es necesario demostrar:

1.° Que muchos enfermos operados precozmente y muertos, hubieran pasado el ataque mediante la in-

fluencia del hielo, opio y compañía, alcanzando con esto á la Intervalloperation.

2.° Que la mortalidad de los que operan precozmente es mayor que los oportunistas, sumando para calcular la de estos últimos, las muertes de las operaciones hechas en caliente, con los ocurridos en los enfermos que no operaron y con las ocurridas en enfermos que estaban á hielo, opio y compañía y que en un momento dado se agravaron y fué necesario intervenir urgentemente.

Y bien; lo primero, en realidad no se podrá demostrar jamás sino por conjeturas; y en cuanto á lo segundo estadísticas norteamericanas, francesas y sobre todo alemanas prueban bién á las claras todo lo contrario. En primer lugar es necesario hacer notar que las muertes debidas á la apendicitis generalizada no pueden ser debidas nunca á la operación cualquiera que ella sea y por tanto, no deben computarse fracasos de la operación en caliente, pues una peritonitis de dicha naturaleza, cuando cura, cura precisamente gracias á una operación. Los temporizadores aparentan mejores estadísticas justamente porque las peritonitis no se enfrían.

En segundo lugar, es necesario descartar también aquellos casos en que no se ha hecho el diagnóstico, pues con diagnóstico dudoso ningún cirujano está auto-

rizado á intervenir si no existe una índicación urgente por un estado general grave. Ahora bien, si el caso resulta no ser apendicitis y el enfermo cura, no pertenece á la discusión; si el enfermo muere, ¿tienen la culpa los que sostienen que la apendicitis debe ser operada, de que los cirujanos, ellos mismos si cabe, no sepan hacer el diagnóstico diferencial, ó por insuficiencia propia ó porque la clínica sea aún impotente para permitirlo?

Juzgadas así las cosas es como á la estadística de Jalaguier 3 % (oportunista) se le haya opuesto la de Terrier con 3,57 % cifras perfectamente paragonables.

De todas estas consideraciones creo poder concluír que en el momento actual, la operación precoz gana rapidamente terreno y que en el porvenir llegará seguramente á simplificar mucho el tratamiento de la apendicitis.

Pasadas las primeras 48 horas la conducta de los cirujanos varía al infinito. Es innegable que la mortalidad con ó sin la operación, es mucho mayor en la Intermediäroperation que en la Frühoperation, y es ésta una razón más para defender esta última con lo que se evita que la enfermedad llegue al período que yo he llamado de estado y que los alemanes llaman intermediario.

Naturalmente que si se forma un abceso ó se en-

cuentra una colección purulenta en el momento en que el enfermo es visto por primera vez, la conducta á observar es bien sencilla: hay que operar. Y en los casos de duda en que se sospecha la presencia de pus, aunque no se tenga seguridad absoluta, es preferible operar á no permitir la formación de esos grandes abcesos que posteriormente traen complicaciones y aún mismo la septicemia y la muerte.

En cambio cuando la enfermedad declina evidentemente, lo mejor es esperar para operar en frío; si los síntomas reagudecen ó se conservan sin mejoría alguna, entonces es necesario intervenir, si no se quiere esperar á que aparezca un foco de supuración que, siendo muy profundo, para cuando se haga aparente habrá causado ya muchos males ó asistir á una de esas peritonitis tardías tan graves como las precoces y que deben ser siempre evitadas con una prudente operación.

Concretando, y basado en las anteriores consideraciones, mi concepto personal se emite en pocas palabras:

1.º Llamado el cirujano antes de transcurridas las primeras 36 á lo sumo 48 horas, debe intervenirse (operación precoz).

2.º Llamado una vez que ha pasado el ataque, sea éste el primero ó el vigésimo, debe intervenirse (operación en frío).

3.° Llamado en período agudo, pero una vez pasadas las primeras 48 horas (estado intermediario ó período de estado de la enfermedad) el cirujano debe comportarse según el caso que tenga á la vista y de acuerdo con las reglas generales de la cirugía. En el caso que opere, practicará la operación en estado intermediario, que consiste generalmente en la abertura de abcesos con apendicectomía ó sin ella.

4.° El cirujano debe tratar siempre tanto en el primero como en el segundo y tercer caso, de extirpar el apéndice; participo de la opinión de aquellos que dicen que es excepcional á menos de fusión por necrosis total, no encontrarlo.

5.° La operación precoz y la operación en frío, unidas deben tratar de hacer desaparecer de la cirujía la Intermediäroperation.

El criterio del Dr. Robertson es el siguiente: Siempre que el diagnóstico se pueda hacer de una manera precisa interviene siempre en las apendicitis que se inician dentro de las primeras 48 horas.

Pasado este período se atiene á los síntomas; en este caso de espera proscribe en absoluto el opio. Si hay discordancia de pulso y temperatura, dispnea, estado general malo, dolor: ó con la preponderancia de uno cualquiera de ellos, interviene. El síntoma dolor lo consi-

dera de mucha importancia, pues su persistencia y aumento, le indica que se está en presencia de una perforación. En los demás casos espera para operar en frío.

En todo caso de intervención, sistemáticamente busca el apéndice á pesar de sus dificultades. No teme romper, con todas las precauciones debidas, las adherencias y extirpar el apéndice, puesto que sujetos operados por simples abcesos sin resección apendicular han tenido más tarde recidivas imputables á la persistencia del órgano enfermo.

El doctor Vassallo en una comunicación leída en el Congreso Latino-americano (1907) llega á las siguientes conclusiones:

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

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

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

4.° El mismo caso, agudo en 8° ó 10° día con tem-

peratura y tumor doloroso; operación porque seguramente hay pus.

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

6.° El mismo caso á los 8 ó 10 días con temperatura, con tumor pequeño no doloroso, sin fiebre, espera de 15 á 25 días para operar en frío.

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

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

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

10.° Apendicitis crónica (apendicalgía): cuando uno esta bien seguro del diagnóstico, después de observar algunos meses al enfermo: operar.

11.° Apendicitis crónica (tuberculosa) operar siempre

que las condiciones y el estado del enfermo no vuelvan para él, una operación inútil.

Acompaña una estadística de 592 enfermos operados con dos defunciones.

III

Haciendo una síntesis de lo expuesto anteriormente, vemos cuan lejos estamos de la fórmula demasiado simplista del profesor Dieulafoy. La creación de la doctrina de la intervención «á outrance» tuvo su razón de ser en su momento.

La apendicitis, enfermedad que recién se empezaba á conocer, á pesar de haber sido ya intuído por Mélier en el año 1827, quien á propósito de su tratamiento se expresaba diciendo que: «s'il était possible d'établir d'une maniére certaine le diagnostic de ces affections et qu'elles fussent toujours bien circonscrites, on concevrait la possibilité d'en debarraser les malades, au moyen d'une operation, on arrivera peut-être un jour á ce resultat»; confundida esta enfermedad con la tiflitis, peritiflitis, y tratada en consecuencia por medios exclusivamente terapéuticos de resultados no muy buenos, es natural entonces que se viera en la intervención quirúrgica el único recurso para salvar á los enfermos. Y á una vi-

sión demasiado simplista de la enfermedad, se le opuso también una terrapéutica de la misma índole. Y esta vino bien en su época: puesto que tuvo el gran mérito de dejar en segundo lugar el tratamiento exclusivamente médico por entonces predominante, y reconocer en cierto modo la primacia de la intervención.

Pero observaciones posteriores hicieron comprender como aplicando sistemáticamente este criterio de la intervención «á outtrance» de por suyo demasiado esquemático, se tenían numerosos fracasos en los resultados prácticos. Entonces se empezó á precisar mejor los factores que debían determinar la exacta indicación.

Del estudio de todas estas opiniones surge la siguiente resultante:

Si la suerte quisiera que viéramos los enfermos desde el principio de la crisis, la conducta á observar sería bien sencilla, á lo menos por una crisis de alguna intensidad y amenazando tomar mal cariz; habría que operarlos de urgencia. La operación inmediata no presenta en estas condiciones que ventajas. El estado general es todavía, aún en los casos graves, suficientemente bueno para soportar una intervención, agregando que la facilidad de ésta por la ausencia de adherencias peritoneales, hacen fácil el hallazgo del apéndice y su consecutiva resección. Si se trata de un caso grave, en el

cual el apéndice está gangrenado ó perforado, su extirpación previene los accidentes septicémicos ó peritoneales que no habrían tardado en aparecer; y si se trata de un caso ligero ó de mediana gravedad no hay mayores inconvenientes en hacer sobre un enfermo en buen estado general una operación tan simple. La operación inmediata aquella que se hace en las 24 á más tardar en las 36 horas que siguen el principio real del ataque reune en suma las ventajas de la operación en caliente, ó las ventajas de la operación en frío. Como la operación en caliente previene la peritonitis difusa y otros accidentes fulminantes que pueden sobrevenir cuando se intenta enfriar la crisis; y como la operación en frío permite hacer lo que siempre se desea, es decir: extirpar el apéndice.

Desgraciadamente la ocasión de practicar esta intervención ideal raramente se halla en la práctica. Es raro que los facultativos sean llamados en un tiempo tan perentorio. Quizás se haga en un porvenir próximo, cuando todos estén más al corriente sobre los síntomas de la enfermedad y la importancia de la urgencia en llamar al médico. Y aún cuando éste sea llamado en las primeras horas hay muchas circunstancias á veces que concurren para hacer perder tiempo y dejar pasar el momento propicio para la operación ideal.

En primer lugar el diagnóstico está lejos de ser siempre fácil. En las primeras horas la fiebre no ha hecho siempre su aparición, y es temerario sobre un simple dolor, algunos vómitos y alguna resistencia muscular, afirmar el diagnóstico de apendicitis como para proponer una intervención que es siempre de alguna seriedad. En este caso puede muy bien cometerse un error de diagnóstico y operar por una pretendida apendicitis, un sujeto atacado de un simple cólico hepático ó nefrítico, inflamación anexial, kiste del ovario torcido, indigestión, etc.

Los casos dudosos escapan entonces forzosamente á la intervención quirúrgica inmediata: con más razón los desconocidos. Pero aún más, escapan también muchos otros casos bien diagnosticados por facultativos que, reconociendo los buenos resultados del tratamiento medico lo instituyen desde un inicio á fin de atenuar la crisis y localizar los fenómenos mórbidos.

De aquí una deducción: Que si la intervención inmediata en las 24 ó 36 horas sea ideal en principio, sea en realidad relativamente rara. Y es sobre todo á enfermos atacados de tres, cuatro, cinco ó más días, á los cuales hemos de prestar nuestros cuidados.

Supongamos encontrarnos en presencia de una crisis completamente terminada y de un foco absolutamente

enfriado, lo cual es muy común al quinto, sexto ó séptimo día. La temperatura ha vuelto á lo normal, pulso perfecto, el dolor expontáneo nulo, pero hay todavía un poco de sensibilidad á la presión y un cierto grado de empastamiento en la fosa iliaca. En estas circunstancias es necesario esperar á que el empastamiento haya desaparecido y la temperatura haya quedado normal durante quince días á lo menos. En una palabra, esperar á que el foco no presente ninguna traza de inflamación. Una intervención sobre un foco absolutamente enfriado es más simple, pues nada de adherencias, ni falsas membranas, ni drenaje, y es á ella á que debe recurrirse, cuando el caso es de los que hemos presentado.

Pero las cosas no se presentan siempre asi; y frecuentemente el cirujano es llamado por el enfermo después del segundo día en plena crisis, cuando precisamente la fiebre, el dolor, la resistencia muscular, vómitos están en plena evolución.

Parecería á primera vista que la única conducta lógica y razonada sería la de abrir el vientre y sacar el foco de infección, causa de todo el mal. Pero he aquí un hecho empírico y es que una larga experiencia de muchos cirujanos y que han sucesivamente aplicado el método de la intervención y de la abstención, ha dado

para los que adoptan el método de la intervención razonada que se esfuerza de obtener el enfriamiento expontáneo y no operar en caliente sino en casos particulares, da al rededor la mitad menos de muertos que el método de la intervención sistemática. ¿Porqué ésto?

No se puede comprender bien como un enfermo que lleva en sí tanta fuerza de resistencia á la infección, bastante potencia de reacción peritoneal para luchar contra un foco de infección tan grave como el de una apendicitis aguda, pueda sucumbir á consecuencia de la abertura de este foco, de su drenaje y de la expulsión hacia afuera de los productos tóxicos que él encierra. ¿Será debido á la anestesia general? como lo insinúa débilmente Faure?

De todas maneras en estos casos la práctica mejor es intentar ante todo el enfriamiento y temporizar. Pero á temporizar con una vigilancia de todos los instantes, y tenerse listos á actuar á la primera alerta.

Vamos á otra facíes del problema: La apendicitis aguda puede presentar dos formas bien distintas: una forma septicémica y una forma peritoneal. En la primera los signos peritoneales son nulos. No domina la escena más que síntomas septicémicos que se traducen sobre todo por la alteración de la facíes, y la mala cualidad del pulso. La temperatura no significa nada. Con

160 pulsaciones ella puede estar á 40°, 37ª ó por debajo. En estos casos el apéndice enfermo no hace más que verter en el torrente circulatorio tóxicos potentes, que pueden matar, sin dejar del lado del apéndice trazas bien marcadas de su elaboración.

En estas formas terribles hay que intervenir y pronto sin tener esperanzas absolutas sobre la eficacia de la intervención.

La forma peritoneal es menos grave que la forma septicémica. Aquí el peritoneo reacciona, la defensa se organiza. Hay casos es cierto, igualmente graves que suceden á perforaciones apendiculares, pero excepción hecha de estos casos; por lo general el pronóstico es menos sombrío, falsas membranas vienen á aislar el foco y la apendicitis puede marchar sin trabas hacia el enfriamiento regular.

Pero las cosas no siempre marchan así. Que si bien es cierto ser frecuente la desaparición de un foco apendicular, no se infiere de aquí que ella sea constante.

Al cabo de cuatro ó cinco días, seis al máximum, la fiebre debe de haber caído, el pulso normal, el dolor desaparecido. Un foco que al sexto día no vá bien es un foco á abrir. Si el pulso es muy bueno, lento y tenso se puede esperar todavía: más si el pulso aumenta su frecuencia, la temperatura sube y el dolor se

acentúa, hay que intervenir y pronto.

Concretando diremos: la temporización es siempre permitido mientras todo va bien é intervenir y pronto toda vez que algún incidente perturba la evolución natural hacia la curación. El juicio que nos formamos de que todo va bien, ó que algún incidente ha llegado á perturbar, lo deduciremos de todos los elementos semiológicos que el enfermo nos suministre, y son el estudio atento del pulso, temperatura, dolor, disnea, facíes, estado general, reacción leucocitaria. resistencia muscular.

Y será á base de todos estos elementos que surgirá como resultante la indicación terapéutica.

¿Se ha de inferir por eso que adoptando ese temperamento no nos habremos á exponer á sorpresas desagradables y dolorosas? No.

La vida ese complejo de acciones y reacciones siempre tienen el medio de dar un desmentis á nuestras mejores y prudentes previsiones.

Pero es de seguro tener las menos. Y vale entonces aceptar lo que dentro del esquema anteriormente expuesto, lógicamente debe ser aceptado.

BIBLIOGRAFIA

A. Gutierrez. — Sobre algunos casos de apendicitis. — (*Anales del Círculo Médico Argentino; núms. 15 y 16, 1899*).

D. Decoud. — Las apendicitis del punto de vista quirúrgico. — (*Anales del Círculo Médico Argentino; núms. 17 y 18, 1899*).

J. Arce. — Tratamiento de la apendicitis. Discusión en el seno de la Societé de Chirurgie de París. — (*Anales del Círculo Médico Argentino; pág. 53, 1904*).

Prando. — Algunas consideraciones sobre apendicitis. — *Argentina Médica; pág. 205, 1903*).

Gutierrez. — Un caso de apendicitis. — (*Argentina Médica; página 251, 1905*).

Gutierrez. — Sobre 37 casos de apendicitis. — *Argentina Médica; págs. 253, 265, 291, 1906*).

D. Decout. — La apendicitis. — (*Segundo Congreso Médico latino-americano; pág. 212, IV tomo 1904*).

J. Arce. — Concepto de la apendicitis y su tratamiento. — *1907*.

D. Cranwell. — Lecciones de clínica quirúrgica. — *1908*.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Complicaciones en el curso de la apendicitis.

GANDOLFO

—

Tecnica de la operación en estado agudo.

J. ARCE

—

Importancia del tacto rectal en el diagnostico de las colecciones purulentas en la apendicitis.

MARCELO VIÑAS

Buenos Aires, Marzo 16 de 1910

Nómbrase al señor Consejero Dr. Antonio Gandolfo, al profesor titular Dr. José Arce y al profesor suplente Dr. M. Viñas, para que constituidos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tésis, de acuerdo con el Art. 4° de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON

R. S. Gómez
Secretario

Buenos Aires, Marzo 31 de 1910

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta N° 2130 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN

R. S. Gómez
Secretario