Año 1910 N.° 2226

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

APENDICITIS

SU TRATAMIENTO MÉDICO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS BERLENGIERI

EX-PRACTICANTE DEL HOSPITAL SAN ROQUE

BUENOS AIRES

SOCIEDAD ANÓNIMA ALFA Y OMEGA

573 - CALLAO - 577

1910

APENDICITIS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

APENDICITIS

SU TRATAMIENTO MÉDICO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS BERLENGIERI

EX-PRACTICANTE DEL HOSPITAL SAN ROQUE

BUENOS AIRES
SOCIEDAD ANÓNIMA ALFA Y OMEGA
573 - CALLAO - 577
1910

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

(Artículo 162 del R. de la Facultad.)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

Dr. D. Eufemio Uballes

Vicepresidente

Dr. D. Pedro N. Arata

Miembros titulares

1. Dr. D. José 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. » » Jose Penna
9. » » Luis Güemes
10. » » Eliseo Cantón
11. » » Enrique Bazterrica
12. » » Antonio C. Gandolfo
13. » » José M. Ramos Mejía
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 MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Académicos Honorarios

1. Dr. D. Eduardo Wilde
2. » » Martín Spuch
3. » » Telémaco Susini
4. » » Emilio R. Coni
5. » » Olhinto de Magalhães

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón

Vicedecano

Dr. D. Enrique Bazterrica

Consejeros

Dr. D. Eliseo Cantón
» » Luis Güemes
» » Enrique Bazterrica
» » Antonio C. Gandolfo
» » José M. Ramos Mejía
» » Baldomero Sommer
» » G. Aráoz Alfaro
» » José R. Semprún
» » Abel Ayerza
» » Eufemio Uballes (con lic.)
» » Francisco Sicardi
» » Nicasio Etchepareborda
» » Eduardo Obejero
» » Juvencio Z. Arce
» » Juan A. Boéri (suplente)

Secretarios

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

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica...	» Alfredo Lanari
Química Médica.....	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica.....	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina.	» Pedro N. Arata
Histología.....	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva.....	» Joaquín López Figueroa
Anatomía Descriptiva.....	» José Arce (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos..	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica.....	» Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana....	» Oracio G. Piñero
Anatomía Patológica.....	» Telémaco Susini
Bacteriología.....	» Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada.....	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica..	» Justiniano Ledesma
Patología Externa.....	» Obdulio Hernández
Medicina operatoria.....	» Leandro Valle
Clínica Ginecológica.....	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica...	» Eduardo Obejero
» 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
Clínica Médica...	» Abel Ayerza
» Génito-urinarias.....	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica.....	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica.....	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. D. Roberto Wernicke
» » Juan R. Fernández

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Física Médica.....	Dr. D. Juan José Galiano
Anatomía Patológica.....	» » José Badía
Clínica Ginecológica.....	» » Alfredo Lagarde
	» » José F. Molinari
Clínica Médica.....	» » Patricio Fleming
Clínica Oftalmológica	» » Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	» » Daniel J. Cranwell
	» » Avelino Gutiérrez
Clínica Dermatol. Sifilográfica.	» » Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica.....	» » José A. Esteves
	» » José R. Lemprún
Clínica Psiquiátrica	» » Benjamín T. Solar
Clínica Pediátrica.....	» » Antonio F. Piñero
Medicina Legal.....	» » Domingo S. Cavia

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr	D. Greenway
Botánica Médica	»	» Rodolfo Enríquez
Histología	»	» Julio G. Fernández
Bacteriología	»	» Juan Carlos Delfino
	»	» Leopoldo Uriarte
	»	» Alois Bachmann
Higiene Médica	»	» Felipe Justo
Anat. Topográfica	»	» Roberto Solé
	»	» Carlos R. Cirio
Clínica Ginecológica	»	» Jaime Salvador
» Oto-rino-laringológica	»	» Eliseo V. Segura
Patología Externa	»	» Carlos Robertson
	»	» Ricardo S. Gómez
Medicina Operatoria	»	» Pedro Chutro
Patologia Interna	»	» Ricardo Colón
	»	» Pedro Labaqui
Clínica Oftalmológica	»	» Enrique Demaría
» Quirúrgica	»	» Francisco Llobet
	»	» Marcelo Viñas
	»	» Marcelino Herrera Vegas
	»	» José Arce
	»	» Armando Marota
» Neurológica	»	» Mariano Alurralde
Medicina Legal	»	» Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	» Luis Agote
	»	» David Speroni
	»	» Juan José Vitón
Clínica Obstétrica	»	» Enrique A. Pardo
	»	» Enrique Zárate
	»	» Arturo Enríquez
	»	» Alberto Peralta Ramos
	»	» Faustino J. Trongé
Clínica Pediátrica	»	» Manuel A. Santas
	»	» Mamerto Acuña
	»	» Genaro Sisto
» Génito Urinaria	»	» Bernardino Maraini
	»	» Joaquín Nin Posadas
» Psiquiátrica	»	» José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	Dr. Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía.....	» Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada....	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada.....	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología razonadas.....	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica.....	» Julio J. Gatti
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» Francisco P. Lavalle
Técnica Farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química Analítica y Toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» Ricardo Schatz

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posología razonadas.....	Dr. Juan A. Domínguez

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	Dr. D. Fanor Velarde

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	Dr. D. Miguel Z. O'Farrell » » Ubaldo Fernández » » J. C. Llames Masini

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología. Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	Dr. D. León Pereyra » » N. Etchepareborda
	Catedrático suplente
	Dr. D. Rodolfo Erausquin

PADRINO DE TESIS:

DOCTOR MANUEL RUIBAL SALABERRY

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A LA MEMORIA DE MI ABUELA

A MI MADRE

A MIS HERMANOS

CAPÍTULO PRIMERO

Síntomas y Formas

La apendicitis, aparece en sujetos atacados de colitis (muco-membranosa y constipación), en el curso ó convalecencia de enfermedades infecciosas y en personas sin antecedente patológico.

Entre un "debut" insidioso, casi apirético, poco doloroso y un debut fulminante, febril, muy doloroso, se observan todos los estados intermediarios. Regla general, es raro que la apendicitis sea precedida de prodromos; ella sobreviene bruscamente en el curso de una excelente salud, sin que nada pueda presagiarla (Dieulafoy).

Lo que domina casi siempre al enfermo, es el dolor, que presenta caracteres de gran importancia para el diagnóstico y pronóstico.

El dolor subjetivo tal como lo refieren los enfermos, es semejante á un cólico común, pero que sin interrupción va aumentando de intensidad, para marcar el máximum en los días siguientes; el dolor brutal, en forma de puñalada desde los primeros momentos, se observa también, pero con menor frecuencia; lo acusan siempre en la fosa ilíaca derecha, puramente local ó con irradiaciones en distinto sentido, que obliga al enfermo á adoptar posiciones variadas; es frecuente la

flexión del miembro inferior derecho, ya sea debido á la irritación de la vaina del psoas ó á que esta posición disminuye la tensión de la pared abdominal y con esto el dolor. Cuando las irradiaciones se hacen hacia la parte superior del abdomen, el diafragma se inmoviliza y el enfermo adopta el tipo respiratorio costal superior.

—El dolor objetivo ó provocado puede obtenerse de distinta manera.

—Dado el dominio que generalmente tiene el médico sobre el enfermo y la facilidad de sugestionarle, debe tenerse el cuidado, al practicar la palpación, de no interrogarle si duele, sino observar la cara del paciente, que hará una mueca ó se quejará al sentir la presión de la mano en las partes dolorosas.

—La provocación del dolor, que se hará con la mayor dulzura, deberá practicarse siempre y cometerá un grave error el que se confíe de la descripción que le haga el paciente, pues sólo tiene un valor relativo.

—Frotando ligeramente la piel de la fosa ilíaca derecha con el dedo ó un lápiz, se obtiene una contracción más ó menos intensa de los músculos subyacentes; este signo, que es negativo en las regiones alejadas del foco apendicular, se le conoce con el nombre de hiperestesia cutánea.

—A la palpación, se observa una fuerte tensión de la pared muscular, que impide penetrar profundamente en la fosa ilíaca; pero cuando es hecha de una manera paulatina, prudente y la defensa no es acentuada, suele palparse una masa que responde al apéndice inflamado ó absceso formado en consecuencia de la perforación.

—Conviene determinar el sitio del apéndice que corresponde al máximum del dolor; el clásico punto de Mac Burney, mitad de la línea que va de la espina ilíaca antero-superior al ombligo, está lejos de coincidir con el apéndice, pues éste

varía en largo y dirección, pero se acepta en términos generales que éste responde á un triángulo formado por las líneas que van del ombligo á la espina ilíaca y espina pubiana.

—¿Todo dolor localizado en la fosa ilíaca derecha, es provocado por la inflamación del apéndice? No, las salpingitis y ovaritis traen un cuadro muy semejante, de aquí que se haya propuesto la palpación á distancia, que tiene gran ventaja sobre la palpación directa en las formas muy dolorosas. Rovsig, que ha ideado este medio de investigación, dice que una fuerte presión ejercida en la fosa ilíaca izquierda, á lo largo del colon descendente, provoca un dolor netamente localizado en la fosa ilíaca derecha, siempre que haya un proceso inflamatorio del apéndice ó ciego. Se procede de la siguiente manera: se aplican en plano los dedos de la mano izquierda sobre el colon descendente, con la mano derecha se hace una presión remontando hacia el ángulo izquierdo del colon, los gases contenidos en éste se desplazan hacia el ciego inflamado, cuya distensión es dolorosa. "Si la presión del colon fuera negativa, se puede concluir que no hay apendicitis y que los accidentes revelan otro origen" (Rovsig).

—Ante la dificultad que á esta maniobra presentan los enfermos obesos ó cosquillosos, debe recurrirse á un enema practicado con una sonda que permite llevar el líquido profundamente; el fenómeno es análogo.

—¿En las formas catarrales, si bien no hay perforación, el peritoneo se encuentra atacado? La anatomía patológica sólo aclara el punto cuando el sujeto es operado; pero en la clínica hay un recurso demostrativo. En la sala X del hospital San Roque, el Doctor Méndez estudia un signo de irritación peritoneal, dándole mucha importancia; se procede, recomendando al enfermo la mayor atención, practicando una presión lenta y progresiva hasta tocar el peri-

toneo, se retira rápidamente la mano; si el enfermo acusa mayor dolor en el momento de retirar los dedos, el signo es positivo; la serosa está invadida.

—Pero la participación del peritoneo es variada; depende del ó de los agentes microbianos que la provocan y de las lesiones anatómicas que haya sufrido el apéndice. En las formas purulentas y gangrenosas, las cosas varían entre una peritonitis parcial y una generalizada. En las primeras la defensa impide que la lesión avance, por la formación de falsas membranas que aislan la gran serosa del foco apendicular; el dolor entonces abarca una zona más ó menos grande que responde á toda la parte del peritoneo invadida.

Paul Delbet dice que el síntoma dolor puede por sí solo, en circunstancias especiales, servir para el diagnóstico de la perforación, y funda su observación en algunos casos confirmados con la intervención quirúrgica practicada en pleno ataque. Se trata de apendiculares sometidos á un tratamiento médico para operarles en frío, todos los síntomas están en regresión; pero de pronto, sin que nada indique la gravedad, el paciente acusa nuevamente un agudo dolor en la región del apéndice; este es el signo de Delbet. Si la peritonitis es total, el dolor también se generaliza á todo el abdomen y el enfermo lo acusa sin necesidad de recurrir á ninguna maniobra. Veremos más tarde qué otros signos acompañan á estas complicaciones.

—La influencia que sobre la sangre podrían tener los diversos procesos inflamatorios, fué sospechada por Cohnhein y Waller, quienes fueron los primeros que estudiando microscópicamente el pus, demostraron la semejanza de sus elementos con los glóbulos blancos.

—Después que Hayem y Malassez iniciaron el análisis de la sangre y sus aplicaciones en la clínica demostrando su

importancia diagnóstica, son innumerables los que han dado su contribución, en el estudio de los diversos procesos inflamatorios, sobre todo en las supuraciones circunscriptas. Pero es evidente que Curschmann, profesor de la escuela de Leipzig, ha sido el que inauguró la numeración sistemática de los glóbulos blancos, en el diagnóstico de las supuraciones de origen apendicular observando durante dos años 60 casos de apendicitis y convenciéndose que es la mejor manera de asegurar, que se ha iniciado el proceso inflamatorio.

—En efecto, una leucocitosis ligera es testigo de una infección de carácter benigno, por el contrario la elevación muy marcada traduce la formación de pus, á menos que no exista otra flegmasía concomitante.

—Curschmann ha confiado mucho en el examen de la sangre asignándole un valor superior al de la termometría. cuya forma puede variar al infinito; se ven supuraciones muy extendidas con fiebre poco elevada, agregado á que ésta puede también ser modificada con la administración de medicamentos antitérmicos.

—Normalmente la cantidad de glóbulos blancos varía entre 7.500 y 10.000 por mm. cúbico, cifra aceptada por casi todos los hematólogos; la cifra de 10.000 se relaciona á los niños, que fisiológicamente tienen mayor número que los adultos; después de las comidas hay también un aumento, de modo que conviene practicar los exámenes, previo interrogatorio al respecto.

—Schùltz ha demostrado que en el perro la simple irritación del peritoneo, por una incisión aséptica en la línea blanca con sutura inmediata de la pared, provoca una leucocitosis que alcanza hasta 54.000: Wassermann llega á las mismas conclusiones practicando laparatomías en frío.

—Aceptado que en toda apendicitis hay irritación peritoneal análoga á la experimental, debe, cualquiera que sea

la forma del ataque, existir una leucocitosis, y si en algunas ésta no se manifiesta, es porque se trata de unas infecciones hipertóxicas en las cuales no hay reacción de defensa.

—Es imposible saber la marcha de un proceso apendicular con un solo examen practicado en las primeras horas y solamente la repetición de éstos en los días siguientes, nos permitirá distinguir los que van hacia la resolución ó supuración, pero es decisivo cuando nos hallamos en presencia de apendicitis histéricas, cólicos hepáticos, nefríticos ó ataques de colitis, que hacen muchas veces titubear á médicos experimentados; éstas no traen modificación de la fórmula normal.

—¿Es posible establecer una fórmula leucocitaria para cada forma de apendicitis? Creemos conveniente dar la autorizada opinión de Sonnenburg. "Yo he practicado con Federmann en 121 casos de apendicitis agudas, exámenes minuciosos de los leucocitos repetidos de una á tres veces al día. Hacemos de nuestros casos tres categorías: en 25 casos se trata de apendicitis simples localizadas ó acompañadas de un exudado sero-fibrinoso peri-apendicular. En esta forma hay un aumento agudo de la leucocitosis que alcanza, rara vez, á la cifra de 20.000, con una disminución muy rápida después de cuatro ó cinco días que corresponde á la regresión del conjunto de síntomas mórbidos. En 70 enfermos estábamos en presencia de apendicitis purulentas, perforativas ó circunscriptas; aquí la leucocitosis se eleva bruscamente á 20 y 30.000, pero se constata una disminución en los días subsiguientes, hasta 15.000, y hemos observado que en los casos en que la disminución no se manifiesta sino después del sexto día, la resolución es todavía posible. Se asiste, sin embargo, frecuentemente á un nuevo aumento hasta 20 y 30.000, este aumento es seguido de una disminución á la cifra normal, desde que el absceso ha perdido su carácter

progresivo. En los restantes 26 casos, nos referimos á peritonitis libres progresivas, correspondiendo al tipo de apendicitis gangrenosa. No ignoramos que esta forma de peritonitis puede existir sin gangrena y viceversa, gangrena sin peritonitis progresiva.

—En estos casos la leucocitosis alcanza rápidamente á la cifra de 30.000 para disminuir á 10.000 después de tres días, pero va acompañada de síntomas clínicos graves. Se trata en los hechos de este género de sujetos en los cuales los medios de defensa del organismo son insuficientes; estos casos terminan generalmente con la muerte.

—La apendicitis, como toda infección, viene acompañada de fiebre, á pesar que son varios los que han estudiado un buen número de casos sin temperatura. Rotter presenta una estadística que da el 11 por ciento de apiréticos, Herzog, sobre 198 casos, encontró 50 sin fiebre, ó sea el 26 por ciento, y Rostovtzeg, en 156 casos, cita 16 apiréticos; en total, 9.5 por ciento; de esto podemos deducir que si en realidad existen apendicitis apiréticas, es cierto también que son las menos.

—Pero con justa razón ha sido clasificada entre las enfermedades á fiebre moderada; la mayoría de los autores están de acuerdo en este punto, pues el 70 por ciento evolucionan con una fiebre que oscila entre 38 y 39.5, alcanzando sólo al 15 por ciento las que dan más de 40 grados.

—También está lejos de ser una enfermedad cuya curva térmica sea típica; las distintas complicaciones á que está sujeta, hace que la temperatura se ajuste á estas circunstancias; á pesar de estas dificultades, se ha conseguido hacer tipos fundamentales, consultando gran número de historias clínicas; todo esto, naturalmente, tiene un valor relativo.

—El primer tipo se refiere á enfermos que después de una iniciación ya sea brusca ó paulatina, la temperatura se

mantiene cuatro ó cinco días entre 37.5 y 38.5 grados con pulso tenso, regular y frecuente, después se asiste al descenso paulatino de aquélla, al mismo tiempo que mejora el estado general y disminuye el dolor; en total, no pasa de diez días de enfermedad, todo vuelve á la normal y de una manera definitiva; la fiebre tan poco elevada y mantenida tan poco tiempo, indica que la formación de pus no ha tenido lugar y que la reacción peritoneal ha sido muy limitada en extensión é intensidad.

—A un segundo grupo corresponden aquellos en que la fiebre, en lugar de ceder en el curso de los primeros días, persiste no pasando, sin embargo, de 39 grados; los síntomas, aunque un poco más marcados, no son alarmantes; el abdomen es indoloro, salvo el nivel de la fosa ilíaca derecha. Aun cuando la temperatura se mantenga cinco días, se asiste, como dice Sonnenburg con respecto á la leucocitosis, á la resolución del proceso; pero si ella continúa más de siete días, á pesar que los signos locales no se hayan agravado, debe sospecharse en la formación de un abceso con limitación del resto del peritoneo.

—También es de esperarse la presencia de pus cuando el enfermo se siente sorprendido por escalofríos; cuando la fiebre toma los caracteres de un tipo remitente, la crisis es al parecer benigna, pero sufre inmediatamente un recrudecimiento y por último, si después de varios días de apirexia completa se observa una nueva ascensión térmica, la necesidad de una intervención quirúrgica es muchas veces imprescindible para evitar complicaciones más graves.

—En las peritonitis generalizadas, la forma de la temperatura sirve sobre todo para el pronóstico; elevada durante las primeras veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, desciende de pronto á la normal y aun debajo de ella, en las formas hipertóxicas; aquí la hipotermia, es de pronóstico grave, casi

fatal; en cambio cuando la temperatura se mantiene elevada, indica que si la infección es grave, el organismo se defiende, siendo entonces el pronóstico más favorable. Es sabido que en las pirexias la diferencia entre la temperatura axilar y rectal oscila entre 0.2 y 0.5 grados; en las peritonitis locales y difusas se ha comprobado que la diferencia en cuestión, alcanza hasta 1.5 grados, cosa explicable por la vecindad del recto con el foco supurado, donde la temperatura es siempre más elevada; conviene entonces tomar la temperatura en el recto para evitar sorpresas.

—Al estudiar el pulso, no sólo observaremos la frecuencia, regularidad y tensión, sino también la relación con la temperatura y leucocitosis cuyo equilibrio ó desacuerdo nos indicarán el pronóstico. (Observaciones.)

—En efecto, una elevación sostenida de los tres signos citados, traduce una infección intensa á la que se opone una defensa orgánica también fuerte y será un indicio seguro de curación, si ellos decrecen paralelamente. Pero si, sospechando una complicación peritoneal, comprobamos que alguno de ellos está en desacuerdo con respecto á los otros dos, estaremos muy acertados al hacer un pronóstico grave, pues esto es lo corriente en las apendicitis mortales.

—La bradicardia, según Kahn, es de un valor clínico considerable para el diagnóstico de apendicitis gangrenosa. Sin duda que se ven frecuentemente gangrenas acompañadas de taquicardia, pero este autor dice no haber encontrado jamás pulso lento en las apendicitis simples ó purulentas y se cree autorizado á hacer diagnóstico de gangrena, toda vez que á los signos incontestables de apendicitis, se agrega el de bradicardia, á menos que no se trate de un pulso lento permanente.

La causa de la bradicardia reside en la absorción de

ptomainas que ejercen una acción deprimente sobre el centro y músculo cardíaco.

Los vómitos que no son constantes, pueden ser iniciales ó bien aparecer en el curso del proceso.

—Este estado gástrico, que se reduce comunmente á simples náuseas y desaparece á las pocas horas, está íntimamente ligado con las infecciones benignas; si por el contrario, aquéllos se repiten ó aparecen después de varios días de enfermedad, hay motivo para sospechar una grave complicación peritoneal; en efecto, se asiste en este caso á un número ilimitado de vómitos alimenticios ó mucosos los primeros, á los cuales les suceden los biliosos y por último los fecaloides, siendo de una tenacidad tal, que los enfermos no resisten ni las bebidas administradas con objeto de combatirlos.

—Pero una forma de vómitos particularmente grave, porque terminan con el enfermo en pocas horas, es la que Dieulafoy ha estudiado bajo el nombre de vómito negro. Son hematemesis que suelen estallar, sin que nada lo haga sospechar ó son precedidas de un tinte ictérico de las conjuntivas y tegumentos, con albúmina en las orinas.

—Es de notar la relación estrecha que tienen los vómitos y la supresión de materias fecales, porque son poco marcados en las formas benignas y se acentúan cada vez más, si el peritoneo es seriamente interesado; la constipación y falta de gases obedece á la parálisis de las fibras musculares del intestino y á la distancia de éste que, formando cavidades interrumpidas de trecho en trecho por codos, impiden la libre circulación de su contenido.

Hace ya varios años que se practican á diario análisis de esputos y orinas, para contribuir al diagnóstico de las enfermedades del pulmón y riñón, pero salvo raras excep-

ciones, no se examinan las fecales en los intestinales, que darían indudablemente gran ilustración al médico y evitarían los trastornos de una intervención quirúrgica, sobre todo hoy, que Metchnikoff y Blanchard han demostrado el rol que los parásitos intestinales desempeñan en ciertas apendicitis que curan con un simple vermífugo.

—Los agentes que con mayor frecuencia se encuentran en las apendicitis parasitarias, son el tricocéfalo dispar y áscaris lumbricoides.

—La facilidad del diagnóstico del áscaris, que habita normalmente en el intestino delgado, depende de la regularidad que sus huevos se distribuyan en las deyecciones.

—Los tricocéfalos radicando en el ciego, reparten sus huevos con irregularidad, cosa que dificulta en parte el diagnóstico y obliga á analizar puntos distintos del bolo fecal, antes de pronunciarse definitivamente.

—Se impone buscar parásitos ó huevos, en las apendicitis á repetición, en los operados que continúen con sus dolores y toda vez que se observen varios atacados en agrupaciones (pensionados y regimientos), epidemias que se explican, si todos ellos han recibido una alimentación común de vegetales crudos ó aguas contaminadas. (Observación 7.ª)

Según experiencias de Yezierski, se observa en el curso de una tifoidea, tuberculosis y apendicitis aguda, un fenómeno notable que consiste en la miosis de la pupila izquierda.

—Por lo que se refiere á la apendicitis aguda propiamente dicha, el autor ha encontrado estrechamiento de la pupila izquierda, en una treintena de casos examinados con este objeto. Este fenómeno es particularmente acentuado, durante el período febril y doloroso; en las fases de calma, aquél no aparece sino después de haber practicado una presión en la región del apéndice, incompletamente curado.

Al comprobar este signo, que es negativo ó poco notable en las formas catarrales, es necesario colocarse en buenas condiciones á fin de evitar que la acomodación á la luz modifique el estado de la pupila.

—(Signo de Ferretti.) Al estado normal, la percusión de los huesos ilíacos practicada al nivel de la espina antero-superior ó inmediatamente hacia afuera, da un sonido timpánico debido á la resonancia del intestino. En las apendicitis con ó sin abcesos el sonido timpánico es reemplazado por una matitez ó sub-matitez.

Pero si la miosis unilateral y percusión ilíaca, no son signos precoces, servirían al menos para facilitar el diagnóstico en los casos dudosos, como lesiones del aparato genital de la mujer, en los cuales estos signos son siempre negativos.

Esta afección se presenta bajo tres formas: catarral, purulenta, gangrenosa.

—Las apendicitis catarrales, llamadas también simples ó congestivas, con una iniciación brusca ó insidiosa, tienen una evolución semejante; éstas se instalan lentamente después de algunos días de malestar, caracterizado por inapetencia, constipación y dolor vago en la fosa ilíaca derecha; si la infección es atenuada, no es raro que el cuadro inicial persista, para terminar después de la administración de un purgante, dieta y reposo. Pero lo corriente es que la simple incomodidad aumente paulatinamente de intensidad, hasta marcar el máximum en los días siguientes; es el dolor en forma de cólico perforante ó "coup de pistolet", como le llama Roux; á la vez aparecen vómitos, síntoma inconstante que no pasa de un simple vómito alimenticio ó mucoso; hay constipación, pero cede á purgantes ó enemas; la temperatura es poco acentuada y oscila alrededor de 38 grados; pulso regular, tenso, 90 á 95 de frecuencia; la leucocitosis rara vez pasa de

20.000; los signos locales, hiperestesia cutánea, defensa muscular é irritación peritoneal, están íntimamente ligados con la intensidad del ataque.

—La característica de esta forma es la evolución; en efecto, la fiebre, pulso, leucocitosis y otros síntomas locales, retroceden lentamente después de cuatro ó cinco días, hasta llegar á la normal. La palpación, sin embargo, se mantiene dolorosa durante algunos días más. (Observaciones.)

Las apendicitis purulentas llámanse así, porque terminan con la formación de pus, contaminando fatalmente el peritoneo y originando falsas membranas ó abcesos periapendiculares.

—El cuadro clínico tiene, en el principio del ataque, analogía con las formas catarrales, pero los síntomas, en lugar de estacionarse y desaparecer como en éstas, persisten o se acentúan. La temperatura presenta las distintas variantes que hemos visto al tratar la fiebre en particular; el pulso oscila alrededor de 100 pulsaciones; la leucocitosis sube á 25 y 30.000; los vómitos y constipación persisten; los signos locales son de gran importancia, sobre todo el dolor provocado, que permite comprobar el estado del resto del peritoneo.

—Después de varios días la apendicitis evoluciona en dos sentidos diferentes: primero, organización del exudado peritoneal, con ó sin formación de abcesos; segundo, ruptura de éstos en la gran cavidad, determinando una peritonitis total.

—En el primer caso los signos declinan paralelamente; la tumefacción local, que no se resuelve sino después de varios días, deja alrededor del apéndice una masa más ó menos considerable de falsas membranas; en este caso la mano siente fácilmente las bridas formadas que dan la sensación análoga á la de un trapo almidonado.

—Pero si á causa de un tratamiento insuficiente ó mala defensa la resolución no tiene lugar, el pus se revela inmediatamente ó permanece en estado latente para manifestarse después de varias semanas; contribuyen á su diagnóstico, además de los signos comunes, el tacto rectal ó vaginal indispensable, y estado local de la pared abdominal que presenta signos de fluctuación ó edema, dilatación de las venas subcutáneas (signo de Keen), y paresia vaso-motriz (signo de Forgue).

Los abcesos se enquistan entre falsas membranas, lo que constituye una terminación feliz de las supuraciones peri-apendiculares, pero el que abandona la cama en estas condiciones, será siempre un enfermo, si una intervención no elimina el pus, evacuación que suele hacerse espontáneamente, en un órgano vecino ó hacia el exterior.

—Los agentes que provocan la apendicitis gangrenosa son de una virulencia tan grande, que terminan con la destrucción del órgano, originando una peritonitis generalizada.

—Los síntomas comunes á toda apendicitis son en este caso más acentuados, pero quedan en pocas horas cubiertos por los de la complicación peritoneal; el dolor local más acentuado alrededor del ombligo, se extiende rápidamente á todo el abdomen; el enfermo que no puede soportar el menor contacto, flexiona los muslos para disminuir la tensión de la pared abdominal y adopta el tipo respiratorio costal superior; los vómitos, cada vez más repetidos, terminan por ser fecaloides análogos á los de la obstrucción intestinal; la constipación es absoluta por parálisis del intestino, los gases acumulados en su interior lo distienden y en consecuencia la piel del abdomen se pone tensa, lisa y lustrosa. Las facies del enfermo son características: tinte plomizo, nariz afilada, orejas transparentes, ojos hundidos en las órbitas, ojeras marcadas, arcos zigomáticos salientes, mejillas

deprimidas, labios secos y ardientes; á pesar de la sed viva, los enfermos rechazan las bebidas ante la tortura que les despierta el vómito consecutivo; la leucocitosis pasa de 30.000, la temperatura es de 39 á 40 grados y el pulso, cada vez más frecuente, llega á ser incontable. Estos tres signos nos indican la gravedad de la infección á la vez que el grado de defensa orgánica; en efecto, si ellos se mantienen elevados, pero guardando una relación, hay motivo para esperar una mejoría; en caso contrario, el pronóstico es fatal.

—Esto ocurre en ciertas apendicitis violentísimas, cuyos agentes son tan virulentos que, antes de gangrenar el órgano, han invadido totalmente el peritoneo, anulando la defensa de éste.

—La peritonitis también es hipertóxica; el enfermo, con una sintomatología local menos marcada que en la forma anterior, tiene en cambio predominio de los signos de intoxicación general y el aspecto de un operado en "shock" (Guinard). El desacuerdo entre la temperatura leucocitosis y pulso es completo, pues mientras los dos primeros apenas se modifican, este último se hace incontable.

CAPÍTULO II

Diversas consideraciones patogenéticas

Es sabido que las apendicitis constituyen una entidad mórbida perfectamente definida, á partir del año 1888, época en que todavía reinaban las tiflitis, con cuyo cuadro clínico aquéllas se confundían; este error fué aclarado por la cirujía y anatomía patológica, á la vez que se demostró como las tiflitis son raras comparadas con las inflamaciones del apéndice.

—Diversos autores, al explicar el mecanismo del proceso, es decir, la patogenia, han originado una de las discusiones más largas, pues hasta el presente, no se ha llegado á un acuerdo perfecto.

Veamos las teorías que se han emitido.

—Talamón, haciendo un estudio anátomo patológico de los apéndices, llamó la atención sobre la presencia de cuerpos extraños en el interior de la cavidad de aquéllos, cuya naturaleza, forma y volumen varía.

—Los que se encuentran con mayor frecuencia son cálculos fecales ó scybales, cuya consistencia depende del tiempo que han permanecido depositadas.

—Una parte de las materias fecales estancada en el ciego se reduce á pequeños corpúsculos redondeados bajo la influencia de los movimientos constantes de aquél, de la

misma manera que se forma una bolita de pan entre los dedos.

Estos cálculos fecales tienen entonces para Talamón un origen cecal, pero reconoce que algunos pueden formarse en el mismo apéndice, para lo cual sería necesario que éste tuviera dimensiones mayores que lo corriente.

—Los cuerpos detenidos por cualquier motivo en el apéndice determinan la obliteración del canal por un lado y por otro, disturbios circulatorios por compresión de las paredes de aquél.

—Los bacterios que al estado normal viven y se multiplican en el intestino son enteramente inofensivos, si las paredes de éste no están alteradas; pero el tubo cerrado constituye una circunstancia particularmente favorable para que aquéllos exalten su virulencia; en estas condiciones los bacterios atraviesan las paredes debilitadas por una irrigación defectuosa, determinando ulceraciones, mediante las cuales pueden hacer irrupción en el peritoneo.

—Caído el cálculo se inicia un cuadro clínico que Talamón llama cólico apendicular. "Los síntomas pueden ser de una violencia extrema, pero son siempre de corta duración y todo entra en orden, dentro de 12, 24 ó 36 horas, espontáneamente ó á consecuencia de una inyección de morfina ó cualquier otro calmante." (Talamón.)

—Este accidente sería idéntico al cuadro de un cólico hepático ó nefrítico, en los cuales el dolor es el resultado de la irritación del colédoco ó uréter por un cálculo; eliminado éste, la terminación brusca sería el final del cólico apendicular; en caso contrario, el ataque tomaría un aspecto que varía con sus complicaciones.

—Veamos las críticas hechas á esta teoría.

—La estadística de los cálculos encontrados en las operaciones y autopsias da un porcentaje muy reducido; no

se explican entonces la mayoría de las apendicitis; además, son varios los apéndices en los cuales hay cuerpos extraños sin antecedentes de inflamación.

—La opinión de Talamón, en lo que se refiere al origen y composición química de los cálculos ha sido batida por Rochaz, quien dice que éstos raramente son redondeados; en su mayoría son cuerpos cilíndricos, fusiformes ó prismáticos, con tres ó cuatro facetas; los formados por materia fecal son la minoría, siendo más comunmente constituídos por un núcleo orgánico rodeado de sales minerales (carbonatos y fosfatos), sirviendo de cemento á los distintos elementos el mucus segregado abundantemente por las glándulas del apéndice; basta hacer un corte transversal de varios de ellos para constatar que son estratificados. Esto prueba que los cálculos crecen lentamente en el canal, por superposición de capas orgánicas y minerales, de la misma manera que se forman los cálculos biliares, requiriendo entonces como condición un sitio dotado de poco movimiento.

—Talamón dice, el ataque termina con el retorno de la scybala al ciego. Las concreciones encontradas son de un volumen que es difícil que abandonen el apéndice, pero si éstas, por sus dimensiones pudieran recorrer el canal, creemos sería imposible que lograran hacerlo durante el ataque, porque, á consecuencia de la inflamación, la congestión de la mucosa es tal que la luz del apéndice desaparece por completo, condición que favorece su aprisionamiento.

—La terminación brusca, semejante á un cólico hepático ó nefrítico, no es la común; por el contrario, las apendicitis regresan lentamente. (Observaciones.)

—¿Y cuando no se encuentra ningún cálculo? "Es porque éste se ha transformado en una masa semilíquida por el contacto con los líquidos acumulados" (Talamón). En primer lugar, los cálculos, por su composición química, no se

prestan á la disolución y si esto sucediera es más fácil que tuviera lugar en el ciego, donde llegan constantemente materias fecales líquidas.

Por último, la nutrición del apéndice se hace por la arteria apendicular, que marcha por su meso; no nos explicamos entonces como un cálculo pueda perturbar la circulación, fuera de que la anatomía patológica ha demostrado que lejos de haber anemia por compresión, hay hiperemía congestiva.

—Las experiencias por un lado, las numerosas apendicitis sin cálculos condenan la teoría de Talamón, que tiene, á pesar de todo, una palabra feliz, "la cavidad cerrada", á la cual este autor le dió importancia, pero muy secundaria, siendo en cambio para Dieulafoy el punto de partida de la teoría que hasta hoy sostiene con tanto entusiasmo diciendo: "la apendicitis ó, si se prefiere, los accidentes apendiculares, resultan de la transformación de una parte del canal apendicular, en una cavidad cerrada, en la cual se elabora un foco de infección é intoxicación, debido á la exaltación de la virulencia de los microbios aprisionados."

La obliteración obedece: á un cálculo que aumenta progresivamente de volumen; á la tumefacción de las paredes como resultado de una infección local; á la flexión, acodamiento, torsión ó estrangulamiento por una brida, y, por último, al enrollamiento del apéndice alrededor de su meso.

—Esta teoría ha encontrado un singular apoyo en la célebre experiencia de Klecki, que al realizar la oclusión de una ansa intestinal con anillos de caucho, comprobó que la muerte del animal era debida á una peritonitis generalizada, sin que la porción de intestino estrangulada tuviera la menor perforación. La conclusión es que la ansa, experimentalmente transformada en cavidad cerrada, es asiento de una gran pululación de microbios habituales del intestino y de una

fuerte exaltación de su virulencia; estos microbios pueden atravesar la pared intestinal no perforada y determinar una peritonitis.

—Roger, Josué y Rouville, con objeto de imitar mejor el proceso apendicular y dar una base más sólida á la teoría de Dieulafoy, han experimentado sobre el mismo apéndice, teniendo cuidado, para evitar los vasos, de no incluir el meso-apéndice en el estrangulamiento.

—Hartmann y Minot, han medido el grado de virulencia de los microbios incluídos en la cavidad y los encontrados en la porción libre del canal, inoculando los cultivos obtenidos, en varios cobajos; aquellos que sufrieron los productos de cavidad cerrada, fueron atacados de flegmones, mientras que los otros no tuvieron ningún accidente.

—Sin embargo, se ha objetado á Dieulafoy que las experiencias de Klecki sobre el intestino, no podían relacionarse con un apéndice durante el ataque, pues las condiciones no son exactamente iguales. Por otra parte, los microorganismos aprisionados son patógenos, en el sentido que forman pus en la cavidad cerrada; pero lejos de tener una virulencia de día en día más viva, como la que tiene lugar en el intestino estrangulado, terminan al cabo de unos diez días por perder su poder; uno de los animales que sirvieron de experiencia á Roger y Josué vivió durante tres meses; después de este tiempo, la cavidad contenía un líquido turbio poco virulento.

—Todos los argumentos y experiencias á que recurre Dieulafoy, son muy convincentes mientras haya una circunstancia (cuerpo extraño, acodamiento, etc.), que determine la cavidad cerrada; pero ¿cómo se forma ésta en el resto de las apendicitis?

—En semejantes circunstancias, responde Dieulafoy, bajo la influencia de la tumefacción de la mucosa, el canal apen-

dicular se cierra exactamente como se oblitera la Trompa de Eustaquio en los casos de otitis aguda. La obliteración del canal entonces, es el resultado y no la causa de la infección; aquí fracasa esta teoría, dejando sin explicación la mayoría de las apendicitis.

—Eliminadas las teorías del cuerpo extraño y cavidad cerrada, los autores han llegado á un acuerdo al decir que la apendicitis es una infección, pero la discusión continúa al explicar la vía que siguen los bacterios para localizarse en el apéndice; unos sostienen la vía sanguínea, otros la vía intestinal.

—La colitis que precede á varias apendicitis y otras consideraciones que veremos, hacen pensar que estas últimas, son propagadas del intestino.

—Al examinar las infecciones gastro-intestinales de la infancia y adultos, se asiste á lo siguiente: una gastritis se propaga al resto del tubo digestivo, provocando una gastro-entero-colitis; de un simple catarro intestinal, nada más común que ver como consecuencia, ictericia catarral; y si nos alejamos del abdomen, un ejemplo práctico lo tenemos en la blenorragia, que de la uretra ó vulva, se propaga á los anexos genitales, terminando, aunque rara vez, con una septicemia generalizada.

Todos consideramos muy lógico que, dada la continuidad de estos órganos, las infecciones se extiendan sin inconveniente.

Ahora bien; si bajo el punto de vista anatómico, salvo ligeros detalles, el intestino y apéndice son órganos iguales, hay motivo suficiente para pensar que las lesiones del primero, pueden propagarse al segundo, de la misma manera que en los casos anteriores, pero existe una diferencia que conviene anotar.

La anatomía patológica demuestra que los procesos infla-

matorios del intestino son de naturaleza variada: catarral simple, como las provocadas por el coli, etc.; ulcerosa consecutiva al bacilo Koch, tifoidea ó cáncer; las primeras se caracterizan porque se propagan en superficie, limitándose á la túnica interna, sin que el resto de la pared sea interesado, y por lo tanto el peritoneo queda intacto; las segundas, si bien en raros casos las lesiones no son destructivas, la ulceración de la pared es la regla, siendo fatal la contaminación del peritoneo.

—La histología patológica del apéndice nos presenta hechos análogos; por un lado hay un simple catarro apendicular con ó sin destrucción de la mucosa, pero con participación constante del folículo linfático; por otro ulceraciones, necrosis, sin que éstas sean de origen tifoso ó tuberculoso. "Pero la diferencia con los procesos semejantes del intestino delgado estriba únicamente que, en muchos casos en las lesiones catarrales del apéndice se pueden encontrar lesiones peritoneales semejantes á las de los casos de perforación" (Arce). Esta circunstancia es perfectamente explicable. "Téngase en cuenta á la vez que la estructura del folículo linfático y la riqueza de vías de comunicación de que dispone, la pequeña distancia que lo separa en el apéndice de la túnica peritoneal (apenas un milímetro) y se comprenderá la facilidad de la propagación, y por poco que la inflamación sea violenta, vale decir, que lo sea la infección que la motiva, las paredes del apéndice y con ella la seguridad de la cavidad peritoneal, se encontrarán rápidamente comprometidas" (Arce).

—Mientras Richelot atribuye siempre á la apendicitis un origen intestinal, Dieulafoy se coloca en el extremo opuesto, aconsejando tranquilidad cuando nos encontremos frente á una entero-colitis muco-membranosa con respecto á una apendicitis; su autoridad y la estadística de 200 casos unida

á los 102 que presenta Potain, pueden ser muy convincentes, pero no son motivos para considerar las inflamaciones del intestino como protectoras del apéndice.

—Si las cosas pasaran como piensa Richelot, casi todos seríamos apendiculares, dada la cantidad de colíticos que hay entre nosotros; pero limitando un tanto las cosas, Broca dice que la apendicitis en los niños es muy frecuente y está en relación con las víctimas de la gastro-enteritis.

—Otro hecho clínico, dice Arce, que demuestra la frecuencia con que la infección apendicular procede del intestino, nos lo suministran las apendicitis á recaídas; es bien sabido que en la mayoría de los casos éstas se producen á la menor separación de un régimen dietético severo que, manteniendo la desinfección relativa del tubo digestivo, asegura cierta tranquilidad por el lado del apéndice, ya lesionado por una infección anterior y seguramente en estado de infección latente.

—Metchnikoff ha demostrado de una manera evidente la existencia de apendicitis de origen parasitario; no tienen una sintomatología propia, pero el examen de las fecales demuestra la presencia de huevos ó parásitos que no se encuentran en las otras formas.

El gran principio que domina hoy el origen de las enfermedades es la infección. ¿Puede considerarse el parásito por sí mismo como un agente infeccioso? La distinción entre parásito y micro-organismo está aceptada por todo el mundo, á pesar que hay parásitos que poseen toxinas, pero de una nocividad muy limitada.

—¿De qué manera pueden entonces estos agentes provocar una apendicitis y formar abscesos?

—Cruveilher dice que los vermes encontrados en el peritoneo y en ciertos abscesos estercorales, han llegado por intermedio de una perforación preformada .

—Pero si no es posible que estos agentes puedan ejercer una acción de desintegración de la pared intestinal, tienen en cambio poder suficiente para lesionar la mucosa de tal modo que actuarían como una lanceta de inoculación.

—El áscaris lumbricoides habita normalmente en el intestino delgado, pero es un parásito muy errante y no es extraño encontrarle en el apéndice; tiene en su extremidad anterior un aparato labial muy desarrollado constituído por tres labios movibles con sus bordes dentellados; uno de ellos está situado en la línea media dorsal y lleva dos papilas táctiles; los otros dos son laterales y poseen una sola papila.

—Admitiendo que los dientes del áscaris sean impotentes para roer y perforar el intestino, no puede desconocerse que sus labios sean incapaces de lesionar la mucosa, esta acción repetida puede producir focos inflamatorios que, según los casos, terminan por resolución ó forman abscesos al nivel de los cuales, la membrana se ulcera produciendo una perforación.

—El tricocéfalo dispar, otro de los parásitos también encontrados en esta forma de apendicitis, tiene los dos tercios de su extremidad anterior fino como una aguja que penetra profundamente en los tejidos para atacar á los capilares sanguíneos, de cuyo contenido se alimenta, como lo prueba su intestino, que encierra restos de glóbulos rojos.

—Se ha objetado que este parásito se encuentra en las autopsias separado de la mucosa intestinal y mezclado en las materias fecales; si esta fijación tan corrientemente notada en los animales, no se observa en el hombre, es simplemente porque todos los parásitos que se adhieren á las paredes del tubo digestivo se desprenden poco tiempo después de la muerte del animal, sin esperar el enfriamiento completo del cadáver; para observar el tricocéfalo in situ, es necesario practicar la autopsia inmediatamente después de

la muerte y tomar ciertas precauciones para evitar el desprendimiento de los que quedan adheridos; no debe emplearse entonces el agua que mecánicamente puede arrastrar el parásito, sino cerrar el ciego con una ligadura y practicar después cortes para constatar como la extremidad anterior del parásito desaparece enteramente en la pared.

—Una explicación también muy satisfactoria la da Blanchard al decir que los parásitos, ante la amenaza de morir de inanición por falta de circulación en los vasos del cadáver, se desprenden de la pared buscando mejores condiciones de vida.

—A partir de la solución de continuidad practicada por el parásito, el rol de éste es enteramente pasivo, dejando que los microorganismos inoculados, actúen de la misma manera que en las otras infecciones.

—No porque el apéndice sea un órgano extremadamente séptico y sus vecindades se encuentren en iguales condiciones, debemos buscar la infección por la vía intestinal solamente, sino considerar que si todos los procesos inflamatorios encuentran en la vía hemática una explicación satisfactoria: la apendicitis no tiene razón de ser una excepción. Entonces, de la misma manera que los microorganismos consiguen localizarse en una cavidad enteramente cerrada, como son las meninges y articulaciones, sin que intervenga ningún traumatismo, el apéndice es atacado por vía hemática.

—Está fuera de duda que un buen número de apendicitis han sucedido á enfermedades infecciosas ó se han producido en el curso de procesos inflamatorios localizados, como flegmones, forúnculos; los microorganismos han penetrado en la circulación general, produciendo una metástasis en el apéndice, tan rico en elementos linfoideos. "Y así como se ha dicho que la médula de los huesos, ganglios linfáticos y amígdalas, órganos todos en cuya constitución entra por

gran parte el tejido linfoideo, se aceptan y se envían con igual facilidad los gérmenes de la mayor parte de las infecciones conocidas, que tan frecuentemente hacen presa de alguno de ellos, el apéndice órgano también eminentemente linfoideo, debe ingresar en la categoría de candidato á localización fácil de todas las bacteremias'' (Arce). La bacteriología ha prestado también su concurso para resolver el problema, aunque no se ha dado con un agente específico, sino que, por el contrario, la variedad de gérmenes encontrados es muy grande.

—Lanz y Tavel, observando 138 casos con ó sin supuración consecutiva, llegan al siguiente resultado: Bacilus coli 105 veces, ó sea 80.8 por ciento; enterococo 62 veces, 47.7 por ciento; B. pseudotetani 50 veces, 45.4 por ciento; streptococo 49 veces, 37.7 por ciento; B. oedematis 49 veces, 37.7 por ciento; Triedländer 6 veces, 4.6 por ciento; vulgaris 5 veces, 4 por ciento.

Kelly encuentra en 201 casos estudiados 73 por ciento de coli, 13 de coli y stafilococo, 1 1|2 por ciento de coli y streptococo, 6 por ciento piociánico, 3 por ciento stafilococo; en 107 crónicas 90 por ciento de coli, 5 por ciento coli y stafilococo dorado. Low, en 161 casos, encontró en 79 streptococo y diplococus, 82 coli puro.

—¿Pero la inflamación obedece á un solo agente ó á varios á la vez? El Doctor Corbellini, en una comunicación á la Sociedad Médica, ha demostrado de una manera evidente, la presencia del bacilo de Pfeiffer casi en estado de pureza, á propósito de un apendicular operado en las primeras horas de iniciado su segundo ataque.

—Los cultivos fueron practicados por el Doctor Dessy, quien pudo aislar las colonias empleando agar-agar y caldo, adicionados con sangre de paloma ó conejo. Si otros autores han fracasado en investigaciones análogas, es por no haber

usado medios de cultivos especiales que son indispensables para este agente.

Pero lo corriente es observar asociaciones microbianas, siendo entonces imposible establecer cuál de ellos, es el iniciador del proceso; las cosas se complican más si, por intermedio de una ulceración al foco primitivo, se agregan los saprofitos intestinales.

—Las apendicitis provocadas por el bacilo Pfeiffer, pneumococo y streptococo, son consideradas como hechas por vía sanguínea y no requieren alteraciones anteriores del apéndice; son especialmente graves porque no es necesaria la perforación para interesar seriamente el peritoneo, estando muy de acuerdo con la observación de apendicitis que matan sin ulceración.

—Por el contrario las colibacilares son propagadas del intestino y de pronóstico benigno, porque el peritoneo se defiende aun en presencia de ulceraciones.

CAPÍTULO III

Tratamiento

Desprovistos como nos encontramos de un suero ó medicamento, que tenga para esta enfermedad una acción específica, y aceptado que la defensa orgánica, es la que desempeña el rol más importante en la curación de toda infección, nuestro papel no se reducirá á dejar al enfermo abandonado á sus propias fuerzas, sino que trataremos de favorecerlo, aunque sea indirectamente, evitando todo aquello que pueda perjudicarle.

—El mecanismo íntimo de la inmunidad hasta hoy no es conocido, pues son varias las teorías que se han propuesto, lo que equivale á decir que ninguna satisface; pero el rol que desempeñan los leucocitos es, á no dudarlo, de gran importancia, como lo prueba el gran número de experiencias hechas al respecto. La presencia de los fagocitos es indispensable para la buena marcha de toda infección.

—Veamos si el opio, tan corrientemente empleado, presenta algún inconveniente.

—Cantacuzene, estudiando la destrucción de los vibriones en el organismo, después de gran número de experiencias se ha pronunciado en contra de este medicamento.

Extractamos de su trabajo los párrafos siguientes: Bajo la piel de dos cobajos vacunados contra el cólera, introducimos una serie de tubos capilares cerrados en sus extremos y conteniendo una emulsión de vibrión colérico. Sometemos á uno de los animales á la acción de la narcosis por el opio y examinamos los tubos retirados de hora en hora; el narcotizado comienza á despertarse al cabo de dos horas; en este momento, ningún leucocito ha penetrado en los tubos, en el testigo los tubos contienen un tapón de leucocitos de dos milímetros de largo. Dos horas más tarde, los tubos del narcotizado no contienen leucocitos; en el testigo el tapón alcanza á un largo de 4 mm. Dos horas después, es decir seis horas después del principio de la experiencia, los tubos del narcotizado contienen un tapón leucocitario de 2 mm.; á contar de este instante, la penetración se hace con rapidez.

—La narcosis de los leucocitos ha durado entonces alrededor de cinco horas; la diapedesis ha quedado suspendida desde el principio del fenómeno, malgrado la dilatación vascular que existe en el animal durante todo el tiempo de la narcosis. Hay lugar á preguntarse si en el curso de la anestesia la movilidad, la sensibilidad táctil y la sensibilidad quimiotáctica, han sido igualmente atacadas en las células emigrantes.

—Si á un cobayo narcotizado, al cual se le inyecta en el peritoneo una pequeña dosis de tinta china diluída en suero-fisiológico, se le examina el exudado peritoneal extraído un cuarto de hora después, se constata que el número de leucocitos es muy débil y no pasa la proporción normal de los leucocitos intraperitoneales. Todos contienen, sin embargo, un cierto número de corpúsculos de la tinta inyectada. Esta falta completa de diapedesis que dura 2 1|2 á 3 1|2 horas, pero con persistencia de la sensibilidad tactil demostrada por la facultad de englobar cuerpos extraños en

su contacto, hace pensar, que la sensibilidad quimiotáctica es la primera atacada.

—Glóbulos blancos y rojos atraviesan mecánicamente los vasos dilatados del peritoneo; á las tres horas éstos han aumentado en el exudado peritoneal, pero los leucocitos últimamente llegados están vacíos, ninguno contiene granitos negros; su movilidad y su sensibilidad tactil están abolidos. Es alrededor de tres horas, á contar desde el principio de la anestesia, que la narcosis de los leucocitos es más profunda y ella corresponde al momento en que el animal se despierta. Si el opio fuera inyectado directamente en el peritoneo, la fagocitosis queda abolida inmediatamente.

—Los animales que poseen una inmunidad natural ó adquirida, la curación en presencia de una infección, es función de la actividad leucocitaria; en efecto, á un cobajo sólidamente inmunizado contra el cólera, se le practica una inyección de vibrión colérico, el exudado peritoneal demuestra la presencia de leucocitos, en cuyo seno se hallan los vibriones inoculados; á la intervención de aquéllos se debe la curación del animal.

—Pero un cobayo en iguales condiciones muere, si se le inyecta tintura de opio; los leucocitos, incapacitados por efecto del medicamento, permiten que los vibriones vivan y se multipliquen fácilmente produciendo toxina; estos productos se absorben, determinando una intoxicación que está muy avanzada, cuando los fagocitos pueden prestar una ayuda eficaz.

—Sabemos también que un cobayo que recibe al mismo tiempo que una dosis mortal de vibrión colérico, una cantidad suficiente de suero preventivo, la curación es la regla.

—No es lo mismo cuando está de por medio el opio, porque las cuatro quintas partes de los animales mueren, en un tiempo que varía entre veinte y setenta horas. Canta-

cuzene, después de muchas experiencias, llega á las conclusiones siguientes: si á un animal que ha recibido en el peritoneo una mezcla de vibriones y suero preventivo, se retarda la intervención de los fagocitos y se debilita su actividad por medio de la narcosis, el animal morirá intoxicado, á pesar de la transformación de los vibriones en granulaciones. En efecto, los fagocitos han sido incapaces de suspender la pululación de estos vibriones particularmente virulentos; en este caso, como en el de inmunidad activa, la fagocitosis es condición indispensable para desembarazar al organismo de sus parásitos.

El opio constipa, actuando según Rabuteau y Moreau, como un anexosmótico, es decir, impidiendo las secreciones intestinales. "Mientras que 20 centímetros cúbicos de una solución de sulfato de magnesia al quinto, introducidos en la ansa intestinal de un perro, determinan al cabo de diez y ocho horas un exudado tal, que la ansa contiene 500 centímetros de líquido, al contrario, si el animal es morfinizado, la ansa intestinal no encerrará más que unos 10 centímetros de un líquido purulento ó quedará absolutamente vacía." A juicio de Nothnagel y Rossbach, los movimientos peristálticos del intestino también son detenidos; acéptase entonces que la constipación obedece á un doble motivo, falta de secreción y movimiento.

—Hemos visto que gran número de apendiculares, dan antecedentes muy netos de colitis muco-membranosa, constipación y que las lesiones son propagadas del intestino y ciego. La constipación ya existente se hace más pronunciada al iniciarse el proceso apendicular, siendo tanto más intensa cuanto más grave es la infección.

Administrando opio, inmovilizamos el intestino, favoreciendo la coproéstasis; veamos si esto tiene algún inconveniente.

—Dieulafoy, fundándose en las experiencias de diversos autores, Klecki, Rouville, Roger, etc., ha puesto en relieve, como un microorganismo que vive habitualmente en el intestino como saprofiito, puede exaltar su virulencia y transformarse en un agente tóxico, cuando se forma una cavidad cerrada; en consecuencia es lógico pensar, que los microorganismos ya tóxicos, toda vez que se encuentran en condiciones análogas, deberán aumentar su poder virulento.

Bajo la influencia de la congestión la luz del apéndice desaparece, dando origen á una cavidad cerrada; si á esto superponemos una masa de materias fecales inmovilizada, habremos contribuído á cubrir más la cavidad ya formada y á exaltar el poder tóxico de los microbios encerrados, agreguemos todavía, los productos formados por la coproéstasis y como resultado tendremos, que una apendicitis catarral libre de todo peligro, se habrá transformado en una más grave, con todos los inconvenientes que tienen las complicaciones peritoneales de éstas.

—Además el opio es un analgésico, que obra directamente sobre las células nerviosas, produciendo al principio fenómenos de excitación de corta duración, después los sujetos caen en una soñolencia que termina con un profundo sueño. Aprovechando estas propiedades, se recurre á este medicamento para combatir el dolor, cosa que se consigue, pero no se hace más que disfrazar la evolución del proceso sin detenerlo.

No pretendemos que el médico sea tan inhumano ante los intensos dolores del enfermo y no trate de atenuarlos, pero tampoco debemos privar á éste de su estado intelectual, porque le será perjudicial, en el sentido que las conclusiones á que arribará aquél serán erróneas.

—El purgante ha sido condenado hace ya varios años, por considerárselo un agente perjudicial; los movimientos

que provoca en el intestino, aceleran la perforación y caída de los microorganismos en el peritoneo é impiden la organización del exudado peri-apendicular.

—En cambio el opio, con su propiedad de inmovilizar, favorece la formación de bridas, aislando el foco inflamatorio y los abcesos del resto de la serosa, cuya contaminación constituye el peligro más alarmante del proceso.

Analicemos las complicaciones.

—En toda apendicitis el peritoneo está atacado, con una intensidad variable con las formas de aquélla; en las catarrales, la peritonitis no se revela siempre á simple vista y es necesario recurrir al microscopio para constatarla; en las purulentas y gangrenosas, la peritonitis es local en las primeras y general en las últimas; no ignoramos que lo dicho está lejos de ser una regla invariable, porque es evidente que hay peritonitis generalizada sin perforación del apéndice, y viceversa, con necrosis de éste, aquélla queda localizada.

Ahora bien, si con pocos microorganismos hay peritonitis total, es de rigor aceptar que el peligro de toda apendicitis depende exclusivamente de la virulencia del agente que la provoca y no de la cantidad de microorganismos proporcionados por una perforación.

Así nos explicamos cómo sin ulceración del apéndice, son impotentes todos los recursos del cirujano en presencia de sujetos jóvenes y robustos, en los cuales es de esperar una buena defensa y cómo personas debilitadas por una antigua colitis, triunfan de los varios ataques de que han sido víctimas, limitando los abcesos formados.

—Entonces la defensa orgánica que se traduce por la formación de bridas aisladoras, tendrá lugar, siempre que la toxicidad de los microorganismos sea tal, que permita al peritoneo defenderse.

—Al suministrar opio vamos en contra de nuestros propósitos, porque aumentando la violencia del ataque, hacemos que la reacción también sea más difícil.

Con este tratamiento, impedimos la evacuación de todos los productos acumulados en el intestino y detenemos en parte los que se deben eliminar por las orinas, disminuídas por efecto de la infección y congestión renal, que acompaña á toda mala circulación del abdomen; contrariamos entonces á una regla establecida en todo proceso infeccioso, que es la de mantener el vientre corriente y buena permeabilidad renal.

Además, disminuyendo la irritabilidad de la pared intestinal y aboliendo completamente los movimientos peristálticos del intestino, tan útiles para la reabsorción de los productos tóxicos que tienden á invadir la gran cavidad, el opio impide esta reabsorción y puede favorecer la infección del peritoneo (Sonnenburg).

En resumen, el tratamiento de la apendicitis por el opio tiene los inconvenientes siguientes: aumenta la toxicidad de los microorganismos haciendo el proceso más grave; hace que el organismo retenga sustancias nocivas y provoca un letargo de los leucocitos, defensores naturales del organismo, sin los cuales no hay curación osible.

No hablaremos sobre las propiedades del purgante, porque teniendo una acción contraria al opio, sería repetir lo que hemos dicho á propósito de este medicamento, pero creemos que suministrándolo favorecemos al enfermo en todo sentido, sin temor de acelerar la perforación, ni de impedir la organización del exudado, que como hemos visto es obra exclusiva de la virulencia de los microbios y no de la movilidad del intestino.

El purgante que empleamos, es el aceite de ricino con una dosis inicial de 50 á 60 gramos; en los días subsiguientes

suministramos una pequeña cantidad (15 á 20 gramos), con objeto de mantener el vientre corriente y vencer la constipación que sucede á todo purgante.

Es conveniente administrar enemas de 500 gramos á un litro, porque á la vez que evita los trastornos de la irritación prolongada del purgante, facilita la acción de éste, evacuando las materias fecales estancadas en el intestino grueso.

Todas las noches, con objeto de vencer el espasmo intestinal, practicamos un enema de aceite de oliva (80 gramos), aconsejando al enfermo de retenerlo hasta la mañana siguiente.

Si el enfermo tuviera repugnancia ó no tolerara el aceite de ricino, puede tratársele con enemas de agua y aceite de olivas. (Observación primera.)

Como colaborador del purgante y enema, empleamos el fomento caliente en el vientre, aprovechando su acción antiespasmódica y analgésica.

Este es el tratamiento que el Dr. Julio Méndez, emplea con éxito en la sala X del hospital San Roque.

La gran ventaja del tratamiento por el aceite de ricino, es que permite sustraer del tratamiento quirúrgico un cierto número de afecciones frecuentemente confundidas con la apendicitis, porque ellas presentan un mismo cuadro sintomático. Así es que en particular, ciertas gastroenteritis y tiflocolitis en las cuales el dolor á la presión al nivel de la región cecal es la regla, el mejoramiento rápido de los síntomas hace renunciar á una intervención quirúrgica, que hubiera sido inútil. Además sirve para fijar el pronóstico de la afección, porque si observamos una rápida sedación de los síntomas generales y locales, podemos asegurar que no sobrevendrá ninguna mala complicación.

El tratamiento por el aceite de ricino, dice Sonnenburg, no está reñido con los principios de la operación precoz, pe-

ro no puede aplicarse más que en los hospitales y casas de salud, donde los enfermos son objeto de cuidados constantes y pueden ser operados cuando los síntomas se agravan ó no retroceden.

Este tratamiento debe reservarse para las apendicitis catarrales; las purulentas y gangrenosas son del dominio absoluto de la cirujía.

Haremos notar que en el relato de las observaciones, nos limitamos á la sintomatología de la apendicitis, sin entrar en detalles sobre el estado de los otros órganos, con objeto de no ser demasiado extensos y evitar repeticiones.

CAPÍTULO IV

Historias Clínicas

OBSERVACIÓN PRIMERA

Servicio del Dr. Julio Méndez, sala X, del hospital San Roque.

Francisco Iriondo, español, casado, de 27 años, zapatero. Diagnóstico, apendicitis catarral. Ingresa al hospital el 19 de abril de 1909.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Hace más de diez años que padece de dolores en el vientre, que se presentan bajo forma de ataques, precedidos siempre de vómitos y acompañados de temperatura; después de tres ó cuatro días todo desaparece, excepto un dolor en la fosa ilíaca derecha que continúa unos días más.

Enfermedad actual.—El sábado 18, á las 6 de la tarde, tuvo un ataque, acompañado de siete vómitos alimenticios, que lo obliga á pedir cama en el hospital.

Estado actual.—Abdomen con paredes tensas y dolorosas en el punto de Mac Burney; el colon no puede tocarse á causa del dolor. La fiebre alcanza á 39 grados, pulso 98, leucocitosis 19.000, orinas disminuídas á 500 gramos.

Observación.—Al día siguiente (20 de abril) la temperatura desciende á 38.5 grados, la leucocitosis á 17.000, el pulso á 90, el dolor menos intenso; el 21, la leucocitosis es de 13.500, el pulso 80, la temperatura 37.5; el día 22, la leucocitosis es de 11.000, no hay fiebre, pulso 70; día 24, 10.000 glóbulos blancos; día 26, alta; leucocitosis 6.000.

Tratamiento.—Enemas de agua y aceite de oliva. Fomento caliente en el vientre.

OBSERVACIÓN SEGUNDA

Servicio del Dr. Julio Méndez, sala X, del hospital San Roque.

Rufino Martínez, español, de 17 años, soltero, ingresa al hospital el 2 de mayo de 1907. Diagnóstico, apendicitis.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Constipación; hace 1 1|2 año tuvo una enfermedad semejante á la actual, pero menos intensa; el 6 de abril del corriente año, tuvo otro ataque que duró dos días.

Enfermedad actual.—Ayer 1.º de mayo, á las 5 de la mañana, sintió un fuerte dolor en el flanco derecho parte inferior, que fué aumentando de intensidad llegando á su máximum á las 7 a. m.; tomó un purgante que fué expulsado á los pocos minutos por un vómito.

Estado actual. — Abdomen, paredes tensas y dolorosas, sobre todo al nivel de la fosa ilíaca derecha; excepto la zona del apéndice en que hay timpanismo exagerado, la sonoridad es normal en el resto del abdomen. No hay vómitos; temperatura 38.2 grados, pulso 120, leucocitosis 14.000, constipación.

Observación.—Día 3, temperatura 37.5 grados, pulso 100,

tres evacuaciones; día 4, temperatura 37, pulso 100, leucocitosis 12.000, tres evacuaciones; día 6, no hay fiebre, pulso 90, leucocitosis 11.000, el dolor ha disminuído. Hasta el 13 de junio se asiste de colitis.

Tratamiento.—Aceite de ricino, enemas de aceite y agua, fomento caliente.

OBSERVACIÓN TERCERA

Servicio del Dr. Julio Méndez, sala X, del hospital San Roque.

Pascual Donato, italiano, 60 años, casado, caballerizo, ingresa al hospital el 17 de mayo de 1910. Diagnóstico, apendicitis.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—A los 20 años hernia inguinal doble, á los 40 años blenorragia, de la cual curó á los dos meses; hace cinco años aparecieron en ambos testículos dos tumores, que sin causarle incomodidad, aumentaron de volumen hasta el presente (quistes).

Enfermedad actual.—Sin haber cometido ningún exceso, el sábado 14, á las 12 de la noche, se sintió atacado de un fuerte dolor en la fosa ilíaca derecha; al día siguiente tomó un purgante que le produjo un gran número de deposiciones, ingresando dos días después al hospital.

Estado acual.—El abdomen es doloroso en toda la región apendicular, hay hiperestesia cutánea, la palpación profunda es imposible, temperatura 38.3 grados, leucocitosis 15.000, no hay vómitos.

Observación.—El día 18 tomó un purgante de aceite de ricino (50 gramos); el día 19 la temperatura es de 37.5 grados, pulso 90, leucocitosis 13.000, el dolor se ha atenuado,

cuatro deposiciones; el 21 no hay fiebre, pulso 90, leucocitosis 11.000; al día siguiente el enfermo abandona el hospital, por no estar de acuerdo con el tratamiento y alimentación.

Tratamiento.—Aceite de ricino, enemas de agua y aceite, fomento caliente.

OBSERVACIÓN CUARTA

Servicio del Dr. Julio Méndez, sala X, del hospital San Roque.

Angel Zucaro, italiano, de 39 años, sillero, ingresó al hospital el 17 de febrero de 1910. Diagnóstico, apendicitis.

Antecedentes personales.—Hace once años, mientras vivía en el Chaco, fué atacado de paludismo. Los accesos curaron con quinina, pero se han repetido más tarde. Ha sido siempre constipado. Hace cuatro años fué atacado de un fuerte dolor en el flanco derecho, que se propagaba á todo el abdomen, desapareciendo á las cuatro horas, después de una deposición abundante; desde hace tres años ha observado que sus materias fecales tenían pellejos blancos y una sustancia como clara de huevo.

Enfermedad actual.—Ayer 16, tuvo un fuerte dolor en el flanco derecho, con fiebre y vómitos.

Estado actual.—Paredes del abdomen sumamente dolorosas, sobre todo en la región apendicular; temperatura 39 grados, pulso 106, leucocitosis 22.000, no hay vómitos.

Observaciones.—Este enfermo ha presentado signos muy netos de apendicitis purulenta; en efecto, la temperatura se ha mantenido durante varios días por arriba de 38 grados y el pulso en 90 y 100, pero haremos notar que esto puede muy bien ser debido á su colitis purulenta, como lo demuestran sus fecales que contienen gran cantidad de pus. A la

vez á fines de marzo ha tenido ataques típicos de paludismo con accesos cuotidianos. Al abandonar la sala á fines de mayo, se palpa en la región del apéndice una gran cantidad de falsas membranas; no hay abceso peri-apendicular.

Tratamiento.—Aceite de ricino, enemas de agua y aceite y agua ictiolada al 4 por mil (tratamiento de Bourget), fomentos calientes, subnitrato de bismuto.

OBSERVACIÓN QUINTA

Servicio del Dr. Julio Méndez, sala X, del hospital San Roque.

Fernando Cubo, español, 22 años, soltero, dependiente.

Diagnóstico, apendicitis catarral. Entró al hospital el 15 de febrero de 1909.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Hace dos años tuvo ictericia catarral; durante el año 1908 ha tenido que guardar cama durante dos ó tres días por unos dolores localizados en la fosa ilíaca derecha.

Enfermedad actual.—El sábado 13, se levantó con un suave dolor en la región del apéndice, que continuó exacerbándose hasta las 7 a. m., en que aparecieron vómitos; por la tarde tomó un purgante que le produjo cuatro deposiciones.

Estado actual.—Abdomen plano, muy sensible á la palpación en el punto de Mac Burney, sonoridad normal desigualmente repartida, submatitez en la región dolorosa. Temperatura 38.3 grados, pulso 95, leucocitosis 19.600, orinas disminuídas en cantidad.

Observación.—El día 20 no hay fiebre, el 25 la leucocitosis es de 13.000, dos días después 11.000, y dos exámenes

practicados el 1.º y 3 de marzo dan 8.000 glóbulos blancos. El día 15 de marzo es dado de alta.

Tratamiento.—Aceite de ricino, enemas de aceite y agua, fomentos calientes en el abdomen.

OBSERVACIÓN SEXTA

Servicio del Dr. Julio Méndez, sala X, del hospital San Roque.

Olimpio Chiusi, italiano, casado, edad 30 años, chauffeur; fecha de entrada, 25 de noviembre de 1909. Diagnóstico, apendicitis.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Constipación; hace cuatro meses sintió fuertes dolores de abdomen sin localización especial, acompañados de vómitos y chuchos; al sexto día notó que la piel y conjuntivas tomaron un tinte amarillento, á la vez que las materias fecales se decoloraron y las orinas eran de un tinte más oscuro (ictericia catarral).

Enfermedad actual.—El día 21 sintió un fuerte dolor en la fosa ilíaca derecha, acompañado de vómitos, chuchos y constipación.

Estado actual.—Continúa con su dolor localizado que no permite palpar profundamente. Temperatura 37.9 grados, pulso 80, evacuaciones 4, leucocitosis 16.000, orina 600 gramos sin otra modificación, no hay vómitos.

Observación.—El 29 hay poco dolor, no hay temperatura, pulso normal; el enfermo ha mejorado, pero continúa en la sala hasta el 27 de diciembre, tratando su colitis con subnitrato de bismuto.

Tratamiento.—Aceite de ricino, enemas de aceite y agua, fomento caliente en el vientre.

OBSERVACIÓN SÉPTIMA

Clientela privada del Dr. Manuel Ruibal.

A. B., argentino, 13 años, estudiante, residente en Chivilcoy.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—A la edad de 5 años, coqueluche; á los 7, fiebre tifoidea; hace próximamente un año que la familia, notando gran palidez, consulta con un médico, quien le recetó hierro y más tarde arsénico; el enfermo tenía á la vez apetito exagerado, moviendo su vientre con irregularidad; dice haber tenido prurito anal y perturbaciones del oído traducidas por ruidos y picazón en el tímpano. Hace un mes tuvo, según diagnóstico del médico, un ataque de apendicitis, con dolor, vómitos, temperatura y constipación, siendo sometido á un tratamiento médico con píldoras (no sabe de qué) y hielo en el vientre; á los siete días mejoró, pero continúa con una incomodidad en la región apendicular, hasta que se resuelve consultar un médico en Buenos Aires.

Estado actual.—Gran palidez; abdomen de paredes tensas ligeramente dolorosas en la región del apéndice; la palpación profunda de esta región es posible, sin tocarse falsas membranas ó abceso. Colon descendente retraído poco doloroso; en vista de los antecedentes, el Dr. Ruibal hace diagnóstico de parásitos intestinales, que se confirma por el vermífugo; en las materias fecales se encontró gran número de anillos y varias cabezas de tenia solium. No se ha podido seguir la observación y comprobar la existencia de otros parásitos, porque el enfermo es llamado urgentemente por

su familia, pero según cartas recibidas, todos los trastornos han desaparecido. El Dr. Ruibal cree que se trata de una apendicitis parasitaria.

Tratamiento.—Santonina, sulfato de soda.

OBSERVACIÓN OCTAVA

Clientela privada del Dr. Manuel Ruibal.

M. A., oriental, 24 años, soltero, empleado. Diagnóstico, apendicitis.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—A los 5 años, sarampión; dos años después, coqueluche; desde los 15 años sufre, salvo algunos meses, de blenorragia, una de las cuales se complicó con prostatitis. Hace un año, después de un exceso alcohólico, tuvo ictericia catarral, curando á los quince días; es un colítico con mucosidades y membranas en las materias fecales.

Enfermedad actual.—El 12 de enero, dice que después de pasar una noche agitada, se levantó con un ligero dolor en la región del apéndice y cefalalgia; á las 10 de la mañana abandonó su oficina, acostándose después de tomar un purgante que le produjo seis evacuaciones. El Dr. Ruibal es consultado al día siguiente.

Estado actual.—Abdomen con paredes tensas, dolor en la región apendicular, no hay vómitos, temperatura 38 grados, pulso 91; un examen de sangre que practicamos á las 6 de la tarde, da una leucocitosis de 14.500.

Observación.—Al día siguiente la temperatura no se ha modificado, pulso 88, tres evacuaciones acompañadas de gases, el dolor se ha atenuado con un fomento. Día 15, temperatura 37.8 grados, pulso 87, el dolor no se ha modificado, cuatro evacuaciones. El enfermo continúa mejorando hasta el

día 20, en que no hay temperatura, pulso normal y el dolor no pasa de una simple incomodidad; el 22 es dado de alta, después de aconsejarle un tratamiento intestinal.

Tratamiento.—Aceite de ricino, enemas de agua y aceite, fomento caliente en el vientre.

Buenos Aires, Julio de 1910.

CARLOS BERLENGIERI.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

1.ª En ciertas formas de apendicitis, no puede haber otra terapéutica que la intervención quirúrgica.

ARAOZ ALFARO.

II

2.ª Hay especificidad microbiana y contagiosidad en la apendicitis.

J. B. SEÑORÁNS.

III

3.ª El opio en el tratamiento de la apendicitis.

M. SANTAS.

Buenos Aires, Julio 25 de 1910.

Nómbrase al señor Consejero Dr. G. Araoz Alfaro, al profesor titular Dr. J. B. Señoráns y al profesor suplente Dr. M. Santas, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN.
R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires, Agosto 4 de 1910.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 2226 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN.
R. S. Gómez,
Secretario.