

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA**



TESIS DOCTORAL

Tratamiento de la apendicitis en el medio rural

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Julio Alonso Marcos

Madrid, 2015

Facultad de Medicina.

Memoria



sobre el tratamiento de la apendicitis.

b 1976 222



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315424388

—oOo— T R A T A M I E N T O —oOo—

de la

apendicitis en el medio rural



Si no fuera, excelentísimos señores, por precepto legal, obligatorio presentar una memoria original para poder obtener el grado de doctor, no hubiese yo nunca osado molestar por un momento siquiera vuestra ya proverbial benévola atención. Pero así como la obligación impuesta por la ley, justifica y excusa mi presentación ante vosotros, un ineludible deber de cortesía y respeto me impone saludaros, á la par que solicitar no ya vuestra benevolencia, sino toda vuestra magnanimidad. Lo primero está justificado, porque no habiendo tenido yo el honor de cursar mi carrera en las aulas del glorioso Colegio de

(2)

San Carlos y sí en la histórica Universidad Pinciana, ni me pude honrar te-
niéndooos por maestros, ni me pudisteis conocer como discípulo, y lo segundo,
porque no sé presenta en este sitio un médico reciente que cursó el doctorado
en la Corte y pudo elejir para tema de su discurso un asunto brillante, noví-
simo, original, donde se hiciera gala, aparte de la clínica, de bonitas y cu-
riosas operaciones de laboratorio, de nuevos métodos de investigación, etc.,
sino que comparece un médico rural, alejado de los centros del saber, que hi-
zo, sacrificoándose, el doctorado libremente y que hubó de elejir para motivo
de su discurso, acaso uno impuesto por las circunstancias. Y como carecí de
grandes medios para el estudio de mi tésis y de insignes maestros que me lo
inspiraran y me guiasen en su desarrollo, no puede menos de resultar un estu-
dio incompleto, pobre, quizá desordenado y eso lo prueba la inmensa difficul-
tad de desentrañar el punto concreto por mí elejido, toda vez que versa sobre
una enfermedad muy estudiada modernamente y que aún se estudia con tesón por
no estar perfectamente dilucidadas muchos de sus puntos y por reinar todavía
el desacuerdo entre médicos y cirujanos, sobre todo en lo referente á la te-

rapeútica; me refero, como se comprende visto el epígrafe de la memoria, á la apendicitis.

Pero aún hay más: cuando me decidí por este asunto mi propósito era ceñirme con todo rigor al título que encabeza estas líneas, es decir, al tratamiento de la apendicitis en el medio rural; me proponía, tras la exposición de los casos, hacer breves consideraciones sobre el mejor medio de tratar dicha enfermedad en los pequeños pueblos. Mas el material propio y ajeno con que podía contar era muy escaso, y, como mis peticiones á varios compañeros dieron todas resultado negativo, ni me atreví á explorar mas voluntades, ni me resigné, con una casuística tan breve, á emprender la marcha. Consulté entonces la literatura médica á mi alcance y como los casos de tiflitis, peritiflitis, apendicitis, etc., narrados por rurales eran escasos, me arriesgué á recojer cuantos fui encontrando con alguna sustancia y claro está con ello la cosa varió de aspecto y yo no me apercibí de la magnitud de la empresa que acometía, de las insuperables dificultades con que había de tropezar para dar cima á mi trabajo hasta que me ví engolfado, diré mejor enterrado en él. Refractario

(4)

por naturaleza á volver la cara en ninguna ocasión, proseguí mi tarea con más ardimiento cuanto más difícil me parecía: el fruto obtenido es lo que vais á juzgar; y como estoy convencido de su poco jugo, de ahí que solicitara vuestra magnanimidad para un trabajo sin otro mérito que el de la perseverancia en llevarlo á cabo.

—:—

Para metodizar el desarrollo del asunto dividirelo en cuatro partes. En la primera haré somerísimas consideraciones generales sobre la apendicitis, base indispensable á mi juicio, para proseguir con la descripción de los casos y breves reflexiones que me sugieran; esto será el objeto de la segunda parte. Algo he de decir de las complicaciones y diagnósticos, pero no de las apendicitis en general, tarea imposible, sino solo de lo que en nuestras observaciones se encuentra, con esto haré la tercera parte, y será objeto de la cuarta, discurrir parcamente el tratamiento y hacer algún hincapié en las dificultades con que se tropieza en el medio rural para ciertas terapéuticas. Con todo ello

fundamentaré las conclusiones.

—oOo— PRIMERA PARTE —oOo—

Consideraciones generales sobre la apendicitis

La apendicitis (enfermedad de moda hasta el punto de que Schlangé de Gottinga habla con desdén de los médicos que no conocen bien una apendicitis, llamada en Inglaterra enfermedad del Rey, enfermedad nueva para Lucas Championnière, aunque se ha demostrado su remota existencia en las antiguas tífritis y peritífritis, siendo hoy, al parecer más grave y más frecuente) es la inflamación del apéndice vermicular colgante del ciego.

Puede ser aguda y crónica, pero aquí no se tratará para nada de esta última variedad. Ni la índole de este trabajo, ni el medio donde se ha llevado á cabo, ni las condiciones de quien lo ha elaborado permiten hacer una historia de la apendicitis. Solo si, debo decir, que si su estudio es nuevo, la enfermedad tiene indudablemente una existencia muy antigua, tanto como la ti

flitis; pues los modernos estudios han demostrado, sin el menor asomo de duda, la participación directa y primitiva del apéndice en todos (para muchos) ó al menos en la mayor parte de las tiflitis, peritiflitis y abscesos iliacos.

A pesar de conocerse y operarse los abscesos iliacos, y después las perforaciones del apéndice vermicular, la palabra apendicitis no toma asiento en la nosología hasta 1880, cuando los americanos primero, los ingleses, alemanes y franceses más tarde, la estudiaron y nos la dieron á conocer. (E. Cervera. Cong. hisp. portugués de cirugía). Antes se habían estudiado las perforaciones del apéndice y primero se habían operado pero sin conocerlas: en efecto, Kelly, de Baltimore (Soc. Cir. París 1903) asevera que la primera operación por apendicitis se practicó en 1750 en el hospital de San Andrés, de Burdeos, aunque Samuel Fenwick (Medical Times and Gazette 1884), cita á Hancock como el primero que operó (con éxito) para dar salida al pus de una perforación apendicular y Parker, de New York reunió ya veinte años después trece casos con doce éxitos. En 1790 y 1808 se publicaron algunos tra-

bajos y son dignos de notarse los de Leudet y después Lonjer, Villermé y Méslier, considerando los primeros las perforaciones del apéndice, no como curiosidades patológicas según se hacía, sino iguales ó superiores en número á todas las otras perforaciones intestinales reunidas, y siendo el último quien primero llamó en 1827 la atención acerca de la importancia patológica de la apendicitis terminando los estudios de Chomel y Leudet sobre el mismo asunto.

Desde esa época ya no faltaba más que introducir la palabra apendicitis en la nosografía, pues los estudios en que se culpa al apéndice de sus fechorías se multiplican.

En 1849, Virchow de Berlin (Soc. Med. de Berlin 1899) (1), auxiliado por Brunnemann, quien sucumbió á una apendicitis consecutiva á una caída en el Elba, llamó la atención sobre las apendicitis, haciendo varias preparaciones

(1). La casi totalidad de los datos de Sociedades científicas los he tomado de la "Revista de Medicina y Cirujía prácticas". Atribúyanse, pues, á esta cuando no haga indicación especial.

por las cuales dió á conocer todas las variedades presentables. Pero es Hermann Krunold quien hace ya en 1879 una descripción muy completa de la enfermedad y desconfía de la vacillante terapéutica empleada al escribir.....

"Cuando se queja una persona de dolor espontáneo ó provocado á la presión en la región ileo-cecal, estando restringida y hasta se percibe quizá, por la presión en dicho sitio una sensación como de mayor resistencia y tiene una ligera fiebre el paciente respectivo, se acostumbra generalmente á cubrir estos padecimientos con la palabra peritiflitis. Es cosa particular que en tales casos sean el frío, el calor, el opio y el aceite de ricino los extremos terapéuticos y que se emplean sin indicaciones precisas y cada médico, según su experiencia..... probando lo indeterminado de su empleo, el que se acude á uno cuando otro no ha surtido efecto..... Estas enfermedades que se designan como peritiflitis y aquellas que pueden ser confundidas con las mismas corresponden á las enfermedades del apéndice vermicular poco considerado hasta aquí en la literatura y en las que habré de insistir". (Monografías de Volkmann trad. por R. Varela de la Iglesia.- Sobre las enfermedades del

apéndice dicevermicular y del ciego, etc.) Después en 1884, Samuel Fenwick (Soc. et.) en el estudio de dos observaciones de perforación del apéndice vermicular, preconiza el tratamiento quirúrgico como único lógico y abomina del médico, que no produce más que catástrofes. Ya en esta época comienza la abundancia de los estudios sobre la enfermedad; de su frecuencia y gravedad no duda nadie y se abre discusión acerca del tratamiento precoz ó tardío porque ya los cirujanos comienzan unos á intervenir pronto, otros á esperar. Si hemos de creer á Köste de Berlin, Schüller fue quien en 1889 practicó la primera operación precoz con éxito; en 1890 Kümmell la primera operación en frío y desde entonces se abre una interminable discusión, que aún dura, sobre si la intervención ha de ser precoz ó tardía, en frío ó en caliente, con extirpación del apéndice ó no; discusión que se complica abarcando también el diagnóstico, etiología, patogenia, etc. y que, si no ha puesto de acuerdo á los médicos y cirujanos que se dedican á estudiar con especial cuidado la apendicitis, vá, no obstante, aclarando los oscuros horizontes que ocultaban el conocimiento de la enfermedad, permitiendo conocerla cada vez más y mejor, y ma

tando perniciosos y terminantes exclusivismos, encauzando su estudio para llegar á una terapéutica útil, desprendida del perfecto conocimiento de aquella, supremo fin á que aspiran con igual ardor cirujanos y médicos.

..

Con estos antecedentes, acaso necesarios para cuando se discuta lo que de común ó diferente con las apendicitis tengan las tiflitis, pasará á bosquejar aquellas, no sin antes exponer ligeras nociones anatómicas y fisiológicas, base indispensable para poder asentar con algún fundamento sólido las patológicas.

El apéndice es un tubo cilíndrico semejante á una lombiz en estado normal y á la verga de un perro en erección cuando está inflamado (Forgue) "de longitud variable y que, término medio, viene á ser de ocho á diez centímetros; con una anchura de seis á ocho milímetros. Su implantación, que en el feto es el centro de la ampolla cecal, es en el adulto en la cara lateral é interna por el desarrollo que adquiere la externa. Las más de las veces se le encuentra en la mitad interna de la fosa iliaca derecha, cerca del extremo supe-

rior, donde lo mantiene un repliegue del peritoneo (meso-apéndice) y sigue una dirección variada según los casos, ascendente descendente, externa é interna." (Pulido.— Oclusiones del intestino. T. 1º pág. 436).

Aún no hace mucho que se consideraba desprovistos de peritoneo por su cara posterior al ciego y al apéndice; de ahí, el atribuir la mayor frecuencia de las perforaciones en dicho sitio, originando los abscesos iliacos sin peritonitis. Dicha opinión la sostenían, entre otros, anatómicos de tanta valía como Tillaux, quien escribe en su Tratado de Anatomía Topográfica (T. 2º. página 106 de la trad. esp.) lo siguiente: ... El cuarto posterior de la circunferencia del ciego no está cubierto de peritoneo, de aquí la frecuente propagación de la tiflitis á la capa subyacente y viceversa." El ciego es, pues, menos resistente en el cuarto posterior de su circunferencia porque tiene una cubierta menos; por esto es en este punto donde se observan con más frecuencia las perforaciones de este intestino, sean ellas de dentro á fuera ó viceversa." Pero ya en 1850 se había levantado Bardeleben contra esa opinión por considerarla errónea; sin embargo, persistió en la ciencia hasta que las exa-

tas investigaciones de Treves y de Tuffier la rectificaron, demostrando q^e la serosa envuelve á esta parte del intestino "como un dedo de guante", opinión que ratificó Maurin diciendo "en 112 individuos de ambos sexos, he visto siempre el apéndice rodeado por la serosa y completamente libre en su cavidad". (Forgue y Reclus. Soc. cit.)

¿Cuál será la función especial de un órgano insignificante casi?. Tampoco en esto hay unanimidad de pareceres, pues mientras unos le consideran órgano inútil y hasta funesto, para otros tiene una importancia extraordinaria; finalmente algunos, acaso los más avisados, opinan como el Dr. Prieto de Castro (Aca. Med.-Qui.) que, no conociendo aún la fisiología normal del apéndice, mal podemos conocer la patológica y que es un órgano que no sabemos lo que es y para qué sirve. Para Henle (citado por H. Krussold) no puede tener otro objeto que verter en el intestino la secreción de sus paredes glandulares. Albrecht cree es un gran campamento de linfocitos dispuestos en estado líquido y forma organizada para obrar como anti-cuerpos. Parecido cometido le asigna Kohlbrugge (Centralblatt Für Bakterien; in Rev. Med. y Cir. Prac.^s 1901) aunque

otorgándole desde luego más importancia. Es, según él, semillero de las bacterias que favorecen al organismo: está sustraído del movimiento peristáltico. (1). Según esto, en vez de ser un órgano inútil y hasta peligroso, tiene mucha importancia, pues proporcionaría al organismo en todo momento las bacterias que le convienen, ya para la regularidad de la digestión, ya para defender al organismo de cuerpos nocivos provenientes del exterior. En el apéndice vermicular de un perro, aún lleno de meconio, encontró ya bacterias del ciego. "Si en el hombre se confirmara también el hecho de esta autoesterilización del intestino delgado, quizá se pudiera utilizar en el terreno quirúrgico y acaso se explicaría la falta casi absoluta de síntomas en las heridas abdominales por arma de fuego." Exagerada por todos conceptos me parece tal opinión, pues aparte de la inexactitud del aperistaltismo apendicular, probada por Monod, la situación del apéndice no es la más apropiada para ejercer

(1). La inexactitud de esta afirmación se demuestra leyendo las comunicaciones de Monod á la Aca. de Med. de París sobre imaginaciones del apéndice vermicular, confirmadas por Jalaguier.

de guardian del organismo y de regularizador de la digestión y respecto á la escasez de síntomas en las heridas ventrales por arma de fuego, encuentro mas propio atribuirle, cuando así ocurre, al shock peritoneal y acaso á la inhibición del gran plexo solar, aparte del estado generalmente aséptico de la bala y el pequeño calibre del proyectil, que á determinadas energías de órgano tan rudimentario. Además, no es el apéndice, sino la operación precoz, quien impide la muerte en las heridas penetrantes del abdomen, pues sin ella sucumben á las complicaciones la casi totalidad de los heridos.

Muy recientemente el distinguido gastropatólogo Dr. Yagué, en un trabajo que no me ha sido posible leer, atribuye por lo visto gran importancia al apéndice por su influencia en la digestión. (1).

Pero todos los caracteres del apéndice son los de un órgano en involución atrófica (Longuet) ó si se quiere en evolución regresiva, pues como dice el Dr. Antón (Antropología pág. 253) al hablar de los órganos rudimentarios, se

(1). R. Martín Gil. La apendicostomía (Rev. de Med. y Cir. Prác.^s Agst. 1906)

encuentra..... "en el digestivo el pequeño apéndice vermicular del ciego, tan inútil como funesto por su patología (apendicitis) residuo del gran saco cecal de los animales hervíboros" que alcanza una capacidad de 45 litros en el caballo, según reza la obra de Anatomía Veterinaria del profesor de la Escuela de León, Sr. González y García. y "todo induce á creer" en la inutilidad del apéndice, su aspecto, su situación, el carecer de él los grandes hervíboros y aparecer sólo en la escala zoológica, cuando no es necesaria la enorme ampolla cecal, y la inocuidad de su extirpación demostrada por infinitos ejemplos.

Opino, pues, en el sentido de no tener función especial el órgano referido sin que sean bastante á convencerme los argumentos de los que traen á contribución las cápsulas suprarrenales y el tiroides, por ser estos órganos en todo desemejantes al apéndice y no ser tan típico su carácter regresivo. Sin embargo, mientras no haya certeza absoluta acerca de si tiene ó no función, no aconsejaría yo la extirpación del apéndice vermiforme sano al practicar una laparotomía por otra causa, pero no vacilaría en extirparlo si

pre que estuviera enfermo.

..

Conocidas las precedentes nociones del apéndice en estado normal, veremos como se comporta patológicamente, comenzando á estudiar por qué y cómo enferma, es decir, la etiología y patogenia de la apendicitis; fijaré mi atención de preferencia en lo que haya visto en mis observaciones ó deducido del estudio de las ajenas, para ver si pueden encajar todas en una sola patogenia, ó en varias de las infinitas que se atribuyen á la apendicitis, q^o por otra parte yo no haré más que describir lacónicamente.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA. - ¿Cual es la causa de la apendicitis, porqué se produce? ¿Podemos con los conocimientos actuales hacerla tributaria de una patogenia única?. Ni por casualidad podemos hoy hallar nada que permita vislumbrar un acuerdo próximo. Siempre fué motivo de discusión la etiología y patogenia de las peritiflitis y hoy los modernos no van á la zaga de lo que antes hacían los antiguos; es más, había más conformidad entre éstos

Todos los autores clásicos hasta casi la última década del pasado siglo, apenas hablan del apéndice; citan si las tiflitis y peritiflitis y algunos, como Biermer, dicen de ésta, que siempre tienen su punto de partida en una ulceración y perforación del apéndice, tomando en ellas el ciego una parte insignificante. Pero para todos la verdadera causa de las tiflitis es el acúmulo de excrementos en el ciego y de las peritiflitis, la tiflitis ó los cuerpos extraños en el apéndice, ya por penetrar en él violentamente (Vannalair) y después impedirle la salida la válvula de Gerlach; ya por favorecerse la penetración con ejercicios violentos (Valette) y siempre porque produciendo el cuerpo extraño una irritación, ocasiona la inflamación de la mucosa. Las pocas veces que no achacaban la enfermedad á cuerpos extraños, culpan de ella á los traumatismos, que si para algunos apenas tienen importancia (Damaschino) para otros la tienen grande (S. Fenwick). Sólo Biermer, (Breslasser aertzliche Zeitschrift n° 13-1879.- in Revista general de los progresos de la Medicina en Europa y América año 3°. n°. 5) con una concepción mas adelantada y clara, demostrando haber observado mucho y bien,

dice: "La causa de la ulceración del apéndice vermicular, reside sin excepción en la retención de materias fecales, la cual ha dado lugar á una concreción más ó menos dura y de este modo á la irritación inflamatoria de la pared inmediata del apéndice vermicular. Para que se verifique la concreción no es necesario la penetración en el apéndice de un cuerpo extraño no digestible, como había ya manifestado Voltz, opinión que también sustenta Brossard. Sin poder explicar el por qué se detienen y espesan las materias fecales, lo atribuyo á un catarro previo del apéndice que relajando la túnica muscular favorece la detención de las materias." Aparte de ser esta una teoría muy razonable y clínica, se ven en ellas los gérmenes de las principales modernas: formación de concreciones en el apéndice, (calculosis de Dienlafoy); retención ó estreñimiento (coprostasis como consecuencia de la hiperestesia gástrica, Robin) y sobre todo el catarro previo de la mucosa, que por el tiempo en el cual Biermer escribía, difícilmente aún podía inculpar á la infección.

Modernamente, mejor estudiada la apendicitis, el cuerpo extraño ya no tie

(19)

ne la importancia que se le asignó hasta poco hace y, aunque para Talamon el cólico apendicular resulta siempre de la penetración del cuerpo extraño en el apéndice, como quiera que se ha demostrado por experiencias y observaciones, que citaré más adelante, lo innecesario del cuerpo extraño para ocasionar la enfermedad y la permanencia en el apéndice durante mucho tiempo de las más variados cuerpos sin ocasionar molestias, se ha relegado á un lugar mas secundario, tal patogenia pesándola y midiéndola mejor, para darla la importancia que real y efectivamente tiene, es decir, favorecer en ocasiones el desarrollo de la enfermedad, bien cerrando una cavidad, bien iritando con su presencia la mucosa predispuesta y favoreciendo así la inflamación ó la ulceración de la misma, pero sin ser esto suficiente por sí para ocasionar la enfermedad, pues falta el principal elemento: el infeccioso.

En la actualidad quedan vestigios, como no podía menos de suceder con ideas tan arraigadas antes, de las antiguas teorías, que son es cierto, las modernas pero con exclusión del germen vivo. Así Afanasyéf fundado en una observación seguida de autopsia, en la que vió que el apéndice acodado, di-

latado y ulcerado contenía un poco de materia estercoral blanda cuyo núcleo era una semilla como de alpiste con un penacho de pelos á la punta, dice q^o tal cuerpo extraño fué la causa de la muerte. Parecida importancia concede á un cuerpo extraño el Dr. García Mansilla en uno de los casos narrados más adelante. Troganof (Soc. Med. Rusos 1893) fundado en 50 casos atribuye la patogenia de la apendicitis á una perforación que se produce por adelgazamiento progresivo en el punto donde un cuerpo extraño (generalmente un cálculo cuyo núcleo pueden ser pequeños pelos tragados) toca la pared del apéndice. Para Barling (60^a reunión de la Asociación Médica Inglesa) la apendicitis es consecutiva á la tiflitis, produciéndose un catarro de la mucosa del ciego que se propaga al apéndice, opinión que sustentan aún algunos clínicos encariñados con la tiflitis á la cual atribuyen especial preponderancia; pero ya veremos como los hechos no se ponen de su parte. Podrá suceder !como no! que alguna vez el ciego enferme el primero, al fin nadie le ha conferido inmunidad absoluta, pero de ello á querer sostener enfrente de los hechos probados que propaga la enfermedad al apéndice cuando precisamen

te casi siempre sucede lo contrario, hay gran distancia.

No merecen discutirse ni casi consignarse ciertas modernísimas patogenias como la señalada por el Dr. King, de Washington, quien culpa á la bicicleta como causa de la apendicitis y lo explica por el golpeo al contraerse, que debilitando el apéndice lo hace más apto para la infección microbiana. Tan extravagante modo de discurrir ha merecido el siguiente justísimo comentario del sabio doctor Rodríguez Méndez. "Mas nótese que ahora la bicicleta va de baja y no la apendicitis. El Dr. King podía hoy culpar al automovilismo como los médicos chinos culparon al ferrocarril de la enfermedad de la emperatriz. Hay, no obstante, en otro lugar, una observación en la que como veremos— se culpa á la bicicleta.

¿Qué papel juega la helmintiasis en el desarrollo de la apendicitis? En esto, como en todo, las opiniones son tambien contradictorias. A Mestohnikoff (Aca. Med. París 1901) se debe el haber llamado la atención sobre este punto, pues aunque Hermann Krussold (Soc. cit.) cita una observación en la cual halló un ovillo de tricocephalus dispar (10 piezas) alojados en el

apéndice, no le asigna otro papel que el de cuerpo extraño, al igual de los tumores, cachos de trufa, etc.; en cambio el eximio profesor del Instituto Pasteur le concede el título de agentes vivos que primordialmente, sin previa afección predisponente pueden erosionar ó ulcerar el apéndice, no perforarlo (?) y alojar en la ulceración los microbios que ellos conducen y son la causa de la enfermedad; dice que la prueba de la existencia de apendicitis, debidas á los vermes, está en la curación de algunas administrando un vermífugo. Llega, como Chanternesse, incluso á culpar á los gusanos intestinales de las apendicitis familiares; por eso propone el exámen microscópico de las heces.

Sustenta V. Genser (Imp. y Real. Soc. Med. Viena 1901) parecida opinión y fundado en la observación de una niña enferma de peritonitis por perforación gangrenosa del apéndice en que á los pocos días de la perforación salió una lombriz de 60 centímetros por la herida y expulsó dos más por los calomelanos, dice "Atribuyo en este caso la apendicitis y sobre todo la úl-

cera á la lombriz y creo que en la etiología de la apendicitis se debe conceder mas importancia á los gusanos intestinales de la que se les ha otorgado hasta ahora." Recientemente ví en un periódico político un artículo, según el cual, Blanchard dá á la helmintiasis tal importancia etiológica en el desarrollo de la apendicitis que casi excluye las demás causas. Para comprobar tales asertos Kirmisson encargó á su interno Delsmite de investigar los helmintos y de 21 niños apendicíticos no halló nada en 3; 1 tenía vermes y había en 17 huevos de tricocefalos en los que el timol dió buen resultado. En cambio de 12 tifoideos vió 9 sin ascárides.

Estas experiencias nada prueban á nuestro juicio, pues aparte la extraordinaria frecuencia de la helmintiasis en los niños, el haber hallado en 17 observaciones huevos, no prueba que los trococéfalos fueran allí la causa, porque hubiera sido preciso ver los gusanos adultos para culparles de la enfermedad, pues muy bien pudieron poner los huevos en el ciego y ser desde allí arrastrados al apéndice. Además Martignon (que ha residido muchos años en la China) asegura que allí la helmintiasis es frecuentísima y jamás ha

visto apendicitis, quizá, dice, por alimentarse los chinos sólo de vegetales. Treille dice que en Argelia son abundantísimas los vermes y casi desconocida la apendicitis. Broca se pregunta si será el verme causa de las alteraciones intestinales ó estas causa de la mayor abundancia de gusanos. Le Gendre dice haber examinado muchas veces los excrementos sin encontrar nada, al contrario, en la tifoidea les ha visto con frecuencia y no se les culpa. En fin, Sevestre con sereno juicio objeta que no basta ver huevos de tricocéfalo, sino demostrar la frecuencia ya que no la constancia del tricocéfalo en la apendicitis para fundar la patogenia. Este también es mi modo de pensar, y como esas pruebas de la constancia del tricocéfalo no podrán aducirse nunca por la sencilla razón de que son muchas las causas predisponentes y hasta ocasionales de la apendicitis y una sola la determinante: la infección, resultará que tal patogenia y tal etiología como algunos la entienden no puede prosperar, y la helmintiasis quedará reducida á una concausa más, con una importancia relativa mayor ó menor, pero nada más y el papel del gusano á erosionar, ulcerar ó perforar (como algunos creen con

tra la opinión de Mestchnikoff) la pared del intestino en limitadas ocasiones, acaso sólo cuando por estados especiales de la mucosa del apéndice puedan atreverse con ella.

Y, lo mismo que con las anteriores, ha ocurrido con la teoría de A., Robin (1) completada si se nos permite la expresión por Championnière, pues basándose aquel en la hiperestenia gástrica como base del estreñimiento necesario para una coprostasis que acumulando materiales y favoreciendo la virulencia provoque la enfermedad, y siendo la base principal del estreñimiento habitual y de la toxinosis intestinal la mayor parte de las veces, el régimen acarnazado, origen de la mayoría de las apendicitis según éste, parece el complemento ó segunda parte de lo dicho por A. Robin, lo indicado por Championnière. He aquí como se expresa el primero (La Tribuna médica)..... "la patógenia de la apendicitis no es otra que la resonancia de una dispep-

(1). Verdaderamente ya hubo quien antes de A. Robin, culpaba á la coprostosis de los flemones de la fosa iliaca, pues Biemmer (Soc. cit.), si mal no recordamos se expresa así.... "siempre que observemos tumor en la fosa

sia gastrointestinal; la resultante de la hiperestesia gástrica que trae aparejada la coprostasis y esta como consecuencia la apendicitis ó una enteritis mucomembranosa, enfermedades ligadas por estrechísimos lazos como creemos Reclus y yo contra la opinión de Potain y Dienlafoy." No se puede negar á esta teoría sabor clínico y empuje, pero como todos los exclusivismos (ó casi exclusivismos, porque Robin no niega la apendicitis por otras causas, mas apenas las dá importancia) no puede sostenerse sin serias objeciones; en efecto, son numerosísimas las personas con astricción que jamás padecen apendicitis, muchísimos los enfermos hiperestésicos gástricos en los cuales ni por casualidad se ha encontrado nada parecido á apendicitis; además, son muchas las observaciones en la que se vé sobreviene esta enfermedad sin antecedentes gástricos de ningún género, casi de repente, en medio de floreciente salud; es más me atrevo á sacar la consecuencia, de lo leído y observado por mí, que dicha patogenia no es con mucho la más fre-

iliaca derecha, debemos pensar en la acumulación de heces fecales en el ciego

cuento, sino por el contrario relativamente escasa. Pero de eso á negarla rotundamente, llegando hasta establecer verdadero antagonismo entre la apendicitis y la entero-tiflo-colitis como hacen Dienlaffoy y sus partidarios, sin duda por estorbarles una teoría racional al lado de la suya, ya vá un abismo.

En efecto, hay observaciones irrefutables que prueban sin discusión la certidumbre de la teoría de la hiperestenia, ó la existencia anterior ó concomitante de enterocolitis en algunas ocasiones y en las escasas observaciones con que cuento, tengo alguna de tal concomitancia. La primera sin ir más lejos es de cólicos apendiculares típicos en un gástrico extriñido, hay otras dos observaciones en dispepsias habituales y la 20 que sobreviene inmediatamente después de un ataque de enterocolitis aguda, y no se objete que un cálculo ó la inflamación de la mucosa pudieron cerrar la cavidad apendicular, porque responderemos que hay multitud de observaciones de autopsias, donde se vieron apéndices completamente obstruídos por bridas, cálculos etc., sin que jamás ocurriera nada en vida del individuo y, si la inflamación puede

obstruir el conductillo apendicular y la enterocolitis inflama la mucosa del intestino es muy racional pensar pueda inflamarse la del apéndice y entonces no puede sostenerse tal antagonismo. No puedo comprender porque una enfermedad que favorece el éxtasis de materias plagadas de microbios de todas clases, ó una inflamación que necesariamente ha de poner al intestino en peores condiciones de defensa, han de ser antagónicas de la apendicitis, enfermedad esencialmente infecciosa ó toxi-infecciosa y si Dienlaffoy, Potain, Bottentuit, Glénard, etc. no han tropezado con ella, otros en cambio, la vieron varias veces y yo cuento un caso fijo en 30 observaciones aunque Dienlaffoy en 40 no encontró ninguno y 800 á 900 observaciones de enterocolitis que recopiló, no le dieron un caso de apendicitis. Recientemente, aún se ha levantado á protestar (Aca. Méd. París 1906) de la frecuencia con que se opera de apendicitis en enfermos de tiflocolitis en los que el apéndice estaba sano, y dice que para disculpar estos errores se ha inventado una apendicitis histológica con foliculitis, punteado hemorrágico, trabéculas fibrosas, etc. pero sostiene que clínicamente no hay tal apendicitis, por eso en ella no suele dar re-

sultado la operación. Cornil (?) ha protestado de tales palabras y ha sostenido enérgicamente la existencia de lesiones histológicas en el apéndice. El Dr. E. Cervera había ya señalado, en el Congreso hispano-portugués de Cirugía, celebrado en Madrid en Abril del 1898, en la novena conclusión de su comunicación, que "las apendicitis con peritonitis plástica son las crónicas de las que se reconocen histológicamente tres grupos: 1º. por hipertrofia de las glándulas de Leibertkuhn y folículos linfáticos; 2º. por hiperplasia de éstos, y 3º. por atrofia ó esclerosis de las capas del apéndice, generalmente la mucosa. Pero las respuestas más terminantes de las dieron. Le Dentn, al replicarle que si ese error (de operar preudo-apendicitis) se ha cometido muchas veces, numerosos casos personales le permiten afirmar la beneficiosa influencia de la apendicectomía sobre la tiflocolitis, y que el examen superficial de un apéndice no basta para afirmar que no tiene lesiones; Reynier para asegurar que en varios casos personales, tres principalmente, una apendicectomía ha hecho desaparecer crisis de enterocolitis y es porque esta, dice, es un reflejo de diverso origen (útero, riñón, etc.) y en ocasiones cla-

ramente de origen apendicular; el exámen histológico justifica todas estas intervenciones, y el Dr. Richelot para replicar es peligroso ese antagonismo que se trata de establecer entre las dos enfermedades y después de citar otras observaciones dice que ha recibido una autoobservación de su interno Mauricio Hepp. que "leyéndola se asiste á la evolución ordinaria de la enterocolitis; infección disintérica en primer lugar, contaminación del apéndice después y progresión lenta de sus lesiones histológicas, y por fin, desarrollo de los fenómenos nerviosos reaccionales de la neurosis secretoria y motriz llamada colitis mucomembranosa sostenida por la presencia del apéndice enfermo y desaparecida con la extirpación de este. Reclus en una notabilísima comunicación que he podido leer en su totalidad, pregona la frecuencia de esta coexistencia y como sus catorce casos aunque típicos son pocos, presenta la estadística de Bernad de Plombière que dá 76 apendicitis en 1.000 enterocolíticos y la de Talamón que vió 29 casos en 80, lo cual dá una proporción de una apendicitis por cada 6 y pico colíticos.

Aunque me parece no es muy frecuente tal patogenia, como digo más atrás, lo

transcrito prueba que son más numerosas las excepciones de lo que Dienlafoy cree, pues van siendo ya muchas y no tan extraordinariamente raras como él se prometía.

Y voy á bosquejar solamente la teoría de la cavidad cerrada de Dienlafoy, vigorosamente mantenida por tan eximio clínico, al cual ayudan otras notabilidades; teoría que á mi juicio es cierta acaso la mayoría de las veces, pero que tampoco está desprovista de lunares, es decir, que se la pueden hacer serias objeciones y demostrar que muchas veces se cierra la cavidad sin que se provoque apendicitis y otras hay apendicitis sin estar cerrada por completo la cavidad y aún cuando á esto último objetan los partidarios de la cavidad cerrada que primero hubo encerramiento y después desobstrucción, razones clínicas de peso permiten afirmar que no se necesita una cavidad cerrada para que los gérmenes infecciosos exalten su virulencia, sino que es bastante una circunstancia cualquiera que les ponga en condiciones para que los saprofitos se hagan patógenos ó para que estos últimos exalten su virulencia ordinaria.

He aquí como enuncia Dienlafoy su teoría: "La apendicitis, ó si se quiere

mejor los accidentes apendiculares y peritoneales, resultan de la transformación de una parte del conducto apendicular en una cavidad cerrada en la cual se elabora un foco de infección y de intoxicación debido á la exaltación de virulencia de los microbios aprisionados." Puede cerrarse dicha cavidad de tres modos: por calculosis, por obliteración inflamatoria ó por dislocaciones, retorcimientos, bridad, etc. Para la primera forma han demostrado Rochaz y otros que los cálculos no entran en el apéndice sino que se forman en él, originándose lo que Dienlafoy llama litiasis apendicular (que puede ser hereditaria, familias de gotosos, artríticos, etc. ó adquirida). El cálculo se forma alrededor de un núcleo que puede ser de distinta naturaleza (pelo, grano de uva como en alguna de mis observaciones, cuerpos indigestibles, residuos alimenticios, bolitas fecales, etc.) y por sucesivas estratificaciones sigue creciendo.

Más natural nos parece esta explicación que la de los cólicos apendiculares debidos al paso del cálculo por la valvulilla de Gerlach, mejor dicho por el orificio cerrado por ella, pues, aparte la forma especial que suelen

adoptar, si el paso del cálculo por tan estrecho orificio había de originar el cólico ?porque se han encontrado tantísimos cálculos en el apéndice sin haber tenido las personas que los llevaban, vestigios siquiera de dolores en la fosa iliaca? y esto se ha comprobado no sólo en autopsias, donde naturalmente los cadáveres no podían responder de si habían tenido ó no dolores en vida, sino en pacientes operados por las mas diversas enfermedades: doy pues, la razón á Dienlafoy al crear esa litiasis con la cual tienen explicación esos hechos como la tienen la litiasis biliar, venal, etc.; en general el cálculo no ocasiona dolor mientras permanece en el punto que se formó y origina el cólico siempre que pasa á través de los conductos, si resulta de mayor volumen que éstos tengan de capacidad.

Las obliterantes (acaso la mayoría) con las catarrales de casi todos los autores, producidas por la simple inflamación de la mucosa. Y para las de la tercera variedad su mismo nombre indica la génesis.

Para justificar su teoría, Dienlafoy cita los trabajos y los experimentos de Clado (1889) sobre las hernias, en los que probó que los microbios pasan

á través del intestino sin necesidad de perforación; experimentos hechos tambien por Bennecken, Oker-Blomm, etc. y sobre todo los famosos de Klecki, en los cuales ligando asas intestinales en los perros mediante anillos de caucho asépticos, provoca peritonitis sin previa perforación. Puedo añadir á estos los de Panas (Aca. Med. París 1896) que prueban la trasudación de las paredes intestinales cuando se pone obstáculos al curso de las heces. Extrae del abdómen un asa intestinal de gallina y la inyecta de solución de cianuro potásico; después le sumerje en solución de fosfato de hierro. Normalmente, como no hay trasudación no se produce la reacción, pero si se liga el asa aparece la coloración azul, prueba de la trasudación á través de las paredes del intestino así lesionado. Si esto no prueba el paso de los microbios, bien puede explicarnos el paso de las toxinas. Roger y Jossué y Rouville ligan el apéndice en el conejo respetando los vasos y provocan la apendicitis ó al menos la supuración, con exaltación de virulencia, de los microbios encerrados en la cavidad. El último de los citados provoca tambien la apendicitis introduciendo tallos de laminaria en el apéndice del conejo; la

enfermedad estalla cuando la obliteración del apéndice es completa y no antes, como tampoco se provoca introduciendo cuerpos extraños que no crecen y por lo tanto no llegan á obliterar la cavidad del apéndice; con esto puede excluirse la teoría de la estancación de Reclus como son los otros experimentos citados en que para nada interviene cálculo ó cuerpo extraño, la de Talamón.

Además ha visto en un apéndice, extirpado por enfermo, que sobre la obliteración no había colonias microbianas; en la obliteración eran escasos los microbios y numerosas las colonias por debajo del punto obliterado, es decir, en la cavidad. Pudo también apreciar que los microbios tendían á invadir el peritoneo á través de las capas del apéndice pero sin perforación, lo cual confirma los experimentos de Klecki. Hartmann y Minot tratando de apreciar la verdad de tales asertos hicieron experimentos, que Dieulafoy y C aussade repitieron y comprobaron, en los cuales de una manera indubitable se demuestra la virulencia del colibacilo encerrado y la no virulencia del libre. Con mucosidades de un apéndice extirpado y obliterado hicieron sien

bras en agar, separadas las placas; en unas, la siembra era de mucosidades de la cavidad, en otras, de la parte libre; brotaron en ambas colonias colibacilo que inyectadas á conejos daban distinto resultado: las de la parte libre nunca ocasionaron daños; las de la cavidad, si eran recientes producían distintas lesiones más ó menos extensas y al cabo de tres días ya ocasionaban diferentes supuraciones, la infección y la muerte.

Esta es, á grandes rasgos trazada, la patogenia de la cavidad cerrada apendicular. Como se vé es seductora, razonable clínica y experimental. Para es cierta la mayoría de las veces y si no existiesen contrapruebas indudables, acaso la creyera cierta siempre.

Pero Roux, de Laussanne, haciendo experimentos en el cerdo para probar la incertidumbre de la teoría de Talamón, demostró tambien que no es del todo suficiente la cavidad cerrada para provocar la apendicitis. En efecto, extrangulaba con hilos de pláta el segmento inferior del ciego del cerdo y colocaba ouerpos extraños en el apéndice que por lo general eran bien tolerados; rara vez se producía la apendicitis; el apéndice se adhiere á las asas

vecinas. sólo una vez provocó verdadera apendicitis supurante y perforada y otra estrangulación interna. De ello concluye que un enfriamiento, indigestión, traumatismo, etc. son las causas eficientes de la apendicitis y no acepta como buenas la compresión de la arteria vermicular, ni la de las mismas paredes por el cálculo, ni la oclusión del conducto apendicular. Para él el dolor inicial y los vómitos son indicio de peritonitis, como también son función de peritonitis para Paviot y Tripiet (citados por Huchard.— Nuevas consultas Médicas), pero no de cólico apendicular. Por otra parte, Tuffier, Thèry, etc. operando muy al principio enfermos de apendicitis han visto la mucosa con inflamación progresiva, pero sin que se hubiese obstruido el conducto: el primero además operó un enfermo diagnosticado de apendicitis, pero aunque se vió en la operación el apéndice obliterado, esta sano (Cuando se llegue al diagnóstico citaré más ampliamente este caso). Poncet de Lyon cree la estrechez consecuencia y no causa muchas veces de la infección; cita muchos casos de necropsias de personas fallecidas de otros efec-

tos en que el apéndice completamente obstruido estaba sano; para él la patogenia es infecciosa exclusivamente como para casi todos los cirujanos americanos y entre nosotros ahí está el Dr. Cervera quien en la décima conclusión que presentó al Congreso hispano-portugués de Cirujía (Loc. cit.) decía: "La causa prima es bacteriana por asociación de coli, estreptococo, estafilococo neumococo, siendo los dos primeros los más frecuentes"; todas las demás causas incluso la cavidad cerrada las considera como causas ayudantes; la verdadera patogenia es la infección simple del apéndice.

Después de lo escrito, se comprenderá que esta patogenia, la infecciosa, la que proclaman Roux, Poncet, Cervera, los americanos y con ellos multitud de médicos y cirujanos es la que suscribo sin reservas. Porque está claro que todas las patogenias que se quieren atribuir la exclusiva para explicar el porqué obligan, permitáseme la frase, al colibacilo ú otro microbio á incomodarse, tienen hechos favorables y adversos en su activo; desde la de los cuerpos extraños contra la que deponen infinidad de hechos de cuerpos extra-

nos diferentes incluso alfileres que han permanecido años y años en el apéndice sin causar molestias, hasta la mas sugestiva de la cavidad cerrada. Sólo hay un elemento que no falta nunca, el microbio colibacilo la mayor parte de las veces.

Yo comparo la apendicitis á la pulmonía y la angiocolitis y no se crea de mi cosecha sólo esta concepción, pues Gessmer de Viena, (1906 Soc. Med. Viena) comparó el apéndice á la vexícula biliar y vértice del pulmón por ser, dice, extremidades ciegas de grandes aparatos; sin discutir la exactitud de la comparación con el vértice del pulmón, es indudable que la otra es afortunada. Pues bien, ya se sabe que la vexícula puede estar llena de cálculos sin que haya molestias; que puede existir una obstrucción calculosa del conducto colédoco, por ejemplo, con los síntomas consiguientes, pero de ordinario sin accidentes agudos inflamatorios y eso que hay obstrucción completa y si hemos de creer á Naunyn los cálculos biliares tienen en más ó en menos siempre origen bacteriano, opinión que Hucard proclama cierta la inmensa mayoría de las veces, aunque dejando algo para la herencia, diátesis,

etc. y sin embargo, es necesario que intervenga el elemento infeccioso (coli bacilo casi siempre) para que se produzca la angiocolitis y esto sin necesidad de obstrucción (que viene después) ni de cálculos muchas veces, como que por el contrario es origen ella de litiasis. La pulmonía, enfermedad aguda infecciosa ocasionada las más veces por el neumococo, tampoco se origina más que por la infección y nada más; una causa cualquiera debilitante es lo suficiente para que el neumococo de ordinario inofensivo ó impotente, se aproveche para hacer de las suyas.

A la pulmonía tambien se parece la apendicitis porque hay individuos con una marcada predisposición á las recidivas, hay á quien le acomete una sola vez y no vuelve ni deja rastros, á quien le sobrevienen complicaciones (inflamaciones de la pleura, supuración del pulmón, gangrena, caseificación ó pulmonía de los antiguos, etc.), y tambien á quien á pesar de todo no le dá nunca y las tres enfermedades, apendicitis, angiocolitis y neumonía se parecen tambien por no tener un microbio específico exclusivo, pues si bien es

cierto que el colibacilo es el más frecuente para las primeras y el neumococo encapsulado de Talamon para la última, también es cierto que pueden otros microbios solos ó asociados ocasionar las respectivas enfermedades; así en la apendicitis, aunque Kahn interno de Dieulafoy, no vió nunca más que el colibacilo, se ha visto el estreptococo que según Macaigne es el más frecuente, el estafilococo, el neumococo (Ferrier) el bacilo friocianico (Cahne y Hobbs), simbiosis del bacilo de Vicent con un fuso espirilar especial, etc. En la neumonía, el neumonicoco de Friedländer, en las gripales el de Pfeiffer (que según las últimas noticias no es el exclusivamente productor de la gripe), en las tifoideas el de Eberth, y las estreptocócicas, tuberculosas, etc. etc. y se parecen las tres enfermedades que venimos comparando en que las ocasionan microbios que son nuestros huéspedes habituales en estado normal, y que acechan el momento de lanzarse al asalto cuando las defensas desaparecen ó se debilitan. Y concretándonos á la apendicitis ¿no es muy lógico pensar que el colibacilo ú otro microbio cualquiera no necesita más que una causa cualquiera predisponente, enfriamiento, indigestión, traumatismo...

para provocar la infección? ¿no son necesarias para que se produzcan todas, absolutamente todas las infecciones de la economía esas ó parecidas influencias predisponentes? pues ¿por qué la apendicitis enfermedad esencialmente infecciosa ha de separarse de la corriente general y tener una patogenia exclusiva? (aparte el elemento infeccioso); porque á nadie se le ocurre decir en la actualidad que la pulmonía sea solo ocasionada por el frío, ó dicho de otro modo, que la única causa que pone al neomococo ú otro microbio en condiciones de ocasionar la enfermedad es el frío, porque si es cierto que un enfriamiento es con mucho la causa más frecuente predisponente de la neumonía, no se puede negar sin faltar á sabiendas á la verdad que hay pulmonías traumáticas y por deglución y por propagación y por mil causas más. Pues admitamos como causa mas frecuente de apendicitis la cavidad cerrada, ó la hiperestenia gástrica ó cualquiera otra; pero si todas ellas tienen hechos en su activo ¿por qué admitida una, hemos de negar las demás? ¿No se han publicado casos de apendicitis tras la amigdalitis (Thèry), la viruela coherente (Mansilla), la gripe, que para Faisans, Klemm y otros es casi la única cau-

sa predisponente y multitud de otras infecciones (1) y no es casi un dogma que unas infecciones, en especial la última por su influencia eminentemente debilitante predisponen á otras? pues ¿por qué ha de ser preciso que invoquemos la causa a ó b como exclusiva cuando nos basta decir como decimos para otras enfermedades, el microbio x ó n en colonias, asociado ó en simbiosis con el que produjo la infección tal ó cual se acentuó en su virulencia y ocasionó la enfermedad; ó encontró la mucosa del apéndice menos regada ó defendida por una sangre mas pobre y atacándola provocó la exudación defensiva, linfagitis consiguiente (que para Doyen es la verdadera causa de las inflamaciones pericecales) y ya en este suero, magnífico medio de cultivo se patogenizó, por decirlo así, y provocó la enfermedad, ó, como decimos atrás, bastó una influencia cualquiera predisponente que exaltó la virulencia del microbio estallando así la infección, sin preocuparse de si encima había ó no

(1). - Mis observaciones propias y las de mi padre, ocurridas en la época en que las infecciones intestinales son más frecuentes.

una ventana abierta, por ejemplo? Es mucho cuento este de que si nos apoderamos de una idea ó ella se apodera de nosotros no hemos de ceder por nada ni por nadie. Resumiré pues lo apuntado mas atrás; las causas predisponentes y ocasionales de la apendicitis son varias; la determinante, los microbios y principalmente el colibacilo por ser huésped habitual del intestino y ser susceptible de transformarse en patógeno; la patogenia, infecciosa, aunque desde luego tengan mas ó menos influencia las apuntadas y sobre todo la cavidad cerrada.

Y ya terminaré este punto poniéndome hasta cierto límite del lado de Lucas Championnière y de Keen respecto á la influencia del régimen carnívoro en la frecuencia y desarrollo de la apendicitis, pues de ser cierto lo aseverado por ellos de que en Inglaterra y los Estados Unidos es mucho mas frecuente por el abuso de la carne hasta el punto de que en Filadelfia la padece la tercera parte de la población y en Argelia según Chauvel es casi desconocida por alimentarse los indígenas y colonos de vegetales, aunque para Brunswick le Bihan está lejos de ser rara en los árabes del Norte de Africa; no existe

en los nómadas vegetarianos, pero sí en los que habitan las ciudades y comen carne ofreciendo en ellos la particularidad de tomar siempre la forma de absceso iliaco. Si nos fijamos en la relativa benignidad de la mayoría de las observaciones adjuntas, en la malignidad de la apendicitis entre los ingleses, que según datos que tengo á la vista de Treves, Pearce Gould y otros se distingue por la frecuencia de graves complicaciones; si añadimos que en casi todas las naciones del continente es más frecuente que entre nosotros (á no ser que no nos hagamos preocupado todavía de estudiarla más que aisladamente) y sobre todo si nos fijamos en la frecuencia de las infecciones intestinales de origen carnívoro, hasta el punto de haber descrito Huchard una disnea toxi-alimenticia curable por el régimen lacto-vegetariano, no extrañaremos que la carne aumente la gravedad y ayude la frecuencia - siquiera sea por su abundancia en toxinas - de la terrible enfermedad toxi-infecciosa que nos ocupa.

Kelsch hizo en 1901 una notabilísima comunicación á la Academia de Medicina de París con objeto de probar que la apendicitis es primitivamente gene-

ral y luego enfermedad local. Claro está que cuando estallan los accidentes locales la enfermedad suele estar generalizada, de ahí los síntomas generales pero para mí la localización primitiva del foco es indudable.

SINTOMAS: Los hay constantes, y más ó menos frecuentes; fijos y variables. Los principales son, el dolor que cuando vá acompañado como ocurre la inmensa mayoría de las veces de la hiperestesia y de la defensa muscular, constituye la triada sintomática que según Dieulafoy jamás falta en la apendicitis la fiebre, los vómitos, astricción (más frecuente), ó diarrea (rara).

El dolor es tan constante, tan fijo y á menudo tan característico que muchas veces basta para poner al médico en guardia; lo mas generalmente comienza sordo, profundo molesto y mas bien extendido por todo el vientre ó al menos por una gran zona; poco á poco se vá exacerbando, adquiriendo su máximo á las cinco ó seis horas del comienzo (Dieulafoy) y ya localizándose en el centro de una línea que desde el ombligo se tire á la espina iliaca anterior superior derecha. Lo más frecuente es que permanezca localizado á la región de la fosa iliaca con el máximo en el indicado punto, llamado de Mac Burney,

y sólo por los progresos de la enfermedad se vaya extendiendo; otras veces, las menos, comienza bruscamente y cuando eso sucede de ordinario es que se ha venido incubando la enfermedad en silencio y estalla con una perforación, (puñalada peritoneal de Dieulafoy). En las situaciones retrocecales ó en las anómalas del apéndice el dolor puede variar de sitio y con ello se pierde un gran elemento de diagnóstico.

El carácter varía: unas veces continúa como al principio durante toda la enfermedad, es decir, sordo, sólo que más fuerte que al comienzo; en otras ocasiones resulta muy molesto por su intensidad continuada; pero lo más general es que sea continuado, sordo y profundo con exacerbaciones más ó menos frecuentes en forma de retortijones. La constancia del dolor es tal, que no se lee ninguna observación donde falte, en nuestras observaciones no faltó ni una sola vez. Es el signo por su fijeza más característico de la apendicitis hasta el extremo que sólo sobre él fundó Guinard las apendicalgias, lesiones crónicas del apéndice que se caracterizan, según su describidor, por el dolor fijo en la fosa iliaca derecha, sin otro signo importante.

La hiperestesia también es casi constante, pero, aunque poquísimas veces, puede faltar algunas. Digo esto fundado en el testimonio de distintos clínicos y en la lectura de algunas observaciones detalladas en las cuales no se cita dicho signo. De las anotadas por mí, en esta memoria, no puedo sacar deducción alguna, pues si bien es cierto que se cita en muchas, también lo es que falta en otras; pero como algunas están hechas en época anterior á la del conocimiento casi exacto de la enfermedad y las otras son muy resumidas, todo ello impide concluir con exactitud. También varía la intensidad de este signo pues desde la hiperestesia más ligera á la más excesiva que no tolera ni el simple contacto con el pulpejo del dedo, encontraremos todas las gradaciones; sin embargo, lo más frecuente es que sea muy acentuada.

Lo mismo que digo de la hiperestesia podría decir de la defensa muscular en cuanto á mis observaciones. Corre parejas con el signo anterior y lo corriente es que sea muy acentuada, poniendo el vientre y sobre todo la fosa iliaca derecha tirante, dura, con una contracción permanente. Aunque Treves y Singer dicen es muy fácil confundir este signo con las contracciones fibri

lares de los músculos, entiendo que una exploración concienzuda, detenida, hecha con la mano templada, puede sacarnos de dudas.

Fiebre. También se la puede asignar el carácter de constante. Ordinariamente precoz, otras veces algo tardía, tampoco faltó en ninguna de nuestras observaciones; es muy difícil encontrar un enfermo sin ella y aunque se han descrito casos de apendicitis afebril, necesariamente han de ser de una rareza extraordinaria por lo difícil que resulta encontrar un enfermo que no reaccione con fiebre ante una enfermedad infecciosa aguda.

El tipo suele ser el subcontinuo, con ligeras remisiones matutinas, otras veces es francamente remitente y de ordinario falta antes de terminar por completo la enfermedad, pero muy cerca del fin, siendo una deposición espontánea en los astringidos lo que suele anunciar el fin de la fiebre. La inmensa mayoría de las veces es de intensidad moderada la hipertermia, entre 38° y 39°; á veces, sin embargo, es intensa y otras apenas excede algunas décimas de grado sobre la temperatura normal pero estos casos son excepcionales. El pulso suele guardar relación con la temperatura y su moderada frecuencia

apenas excede de 98 á 100 pulsaciones en el adulto y á 110 en los adolescentes. Claro que si la temperatura es muy elevada el pulso es más frecuente de ordinario, aunque á veces lo es con una temperatura baja y otras lento habiendo mucha hipertermia, presentándose entonces el fenómeno llamado de disociación (más frecuente la primera forma) que para muchos autores es signo de generalización de la infección al peritoneo aunque para otros no tenga tal significación; yo puedo decir que tal fenómeno se presentó en mi observación segunda y, aunque es cierto que los primeros días la enfermedad tenía tendencia progresiva y la enferma fácies peritoneal, también lo es que la peritonitis no llegó á generalizarse y la enferma curó por completo sin absceso, ni secuela de ningún género. No se puede uno fiar demasiado de tal síndrome, porque como ya dijo Karewski, ni la fiebre, frecuencia del pulso y signos peritoníticos pueden estar en relación con la gravedad del proceso.

Vómitos. Se presentan casi constantemente: en las observaciones que copié, tal síntoma aparece apuntado en las dos terceras partes, pero debemos notar lo advertido más arriba: en las propias no faltó. El carácter del vómito no

es constante; unos enfermos vomitan desde los primeros momentos y los vómitos son alimenticios, residuos de lo tomado por los enfermos el día mismo del comienzo de la enfermedad ó el anterior; otras no paran aquí los vómitos y se hacen biliosos, en ocasiones sólo tienen este carácter, y no faltan algunos casos en que llegan á ser fecaloideos; otras veces los enfermos no vomitan mas que si se les dán alimentos y algunas sólo devuelven los medicamentos, especialmente si son purgas. Sin entrar á discutir la razón de este síntoma, opino se debe á la irritación peritoneal, ya por continuidad, ya de vecindad que necesariamente ha de ocasionar el apéndice inflamado.

La astricción es mucho más frecuente que la diarrea; aparece citada en las dos terceras partes de los casos que van á continuación y es la regla en la mayor parte de los enfermos de apendicitis según opinión unanime.

La diarrea por el contrario, es rara; la quinta parte de los casos puedo deducir por el material que tengo á la vista; muchas veces se cambia después en astricción; tal sucedió en la observación cuarta y en alguna otra de las transcritas; otras veces continúa toda la enfermedad, toma entonces

mal caracter y suele ser de mal augurio. (Karewoki)

Hay otros síntomas que pueden ayudar á adquirir la certidumbre, cuando faltando alguno ó algunos de los citados pueda haber la duda; pero todos ellos son ya secundarios. Tal sucede con el timpanismo que puede presentarse ó no; por lo general sucede lo primero cuando la enfermedad se complica con peritonitis sea circunscrita ó generalizada; en ocasiones se presenta adormecimiento del muslo (Damaschino); puede haber ó no macicez á la percusión lo cual está relacionado con la existencia ó no existencia del empastamiento ó morcilla que aparece muy manifiesta en algunas ocasiones. La pérdida de la macicez hepática es señal según Austin Flint de la perforación del ciego (Mahomet: Medical Times 1885) Y no cito mas, porque algunos exageran un tanto ciertos síntomas, fieles á la patogenia que suscriben. Así, para A. Robin (La Tribuna Médica) los signos clásicos son: abdomen apelotado, masa dolorosa en la fosa iliaca derecha con irradiaciones múltiples; S iliaca del cólon salteada de materias fecales y luego fiebre, sed intensa, etc. fácil será apercibirse de que fiándonos sólo de tales síntomas diagnóstica-

riamos muchas apendicitis sin serlo y viceversa.

Doy, pues, aquí por terminada la descripción de los elementos de juicio para conocer la apendicitis y con esa descripción concluída la primera parte; haré, pues, á continuación, el resumen de las observaciones propias y ajenas que, como dije al comienzo de este escrito, constituirá la segunda.

—oOo— SEGUNDA PARTE —oOo—

Antes de comenzar la descripción de los casos, creo indispensable hacer una relación de la frecuencia de la apendicitis en general y relacionada particularmente con la tiflitis. Sabido es que, así como hogaño, las inflamaciones del apéndice lo absorven todo hasta el punto de que para algunos clínicos (Dieulafoy) es necesario desterrar las tiflitis como provocadoras de flemones iliacos, peritonitis circunscritas ó generalizadas, no quedando en otro lugar que el de enfermedades, como las del resto del intestino, pe-

ro no tan amigas de ocasionar complicaciones como las descritas por los antiguos, éstas, entran de lleno en la apendicitis de nuestros días. Así como hoy, digo, la apendicitis lo es todo y la tiflitis nada ó casi nada, antaño como no se conocía la apendicitis ni se imaginaba nadie que un órgano rudimentario tan insignificante pudiera ser el culpable de accidentes tan terribles como á veces se presentan, sucedía lo contrario y no se encontraban en los libros, periódicos, folletos, etc. más palabras que las de tiflitis ó peritiflitis. Y como quiera que de las observaciones por mí recogidas, la mayoría llevan esos títulos me parece lógico justificar el haberlas recogido como tales apendicitis, trayendo á cuento el testimonio de varios distinguidos clínicos de diferentes países, con cuyos datos podré responder á los que aferrados aún en la clínica antigua no quieren conceder á la apendicitis la primacía que, desgraciadamente, por derecho propio ha conquistado, relegándola á segundo término y concediendo una importancia mucho mayor á la tiflitis.

Por de pronto diré que los alemanes, aún en el presente, involucran los

términos peritiflitis y apendicitis y de lo que dicen y, por lo poco que citan la tiflitis, puede concluirse que para ellos la tiflitis es siempre ocasionada por apendicitis. Aparece justificada esta presunción con lo dicho ya por Grasser en el XIX congreso alemán de cirugía (1890) donde propuso llamar peritonitis del apéndice vermiforme á las peritiflitis por ser éstas ocasionadas casi siempre por el apéndice vermicular. Karewski, Sonnenburg, Baginsky y mil más, juzgan así también las peritiflitis. El primero atribuyó hasta muchos abscesos del proas y lumbares con la mayoría de las peritonitis agudas y muchos síndromes oscuros del aparato digestivo; el segundo, en una monografía sobre la apendicitis dice que las tiflitis primitivas fundadas en razones puramente clínicas, carecen de base anatómica; y él Talamón y Sahli, afirman que las tiflitis, acúmulo de heces, perforación, etc. son consecuencia de apendicitis, y Weis de New York y Valette y Ricard entre otros, en Francia, para acabar con estas citas dicen que, hoy con el estudio que se ha hecho de las supuraciones de la fosa iliaca, resulta comprobado que la mayoría de los abscesos y supuraciones en dicho sitio son

consecuencia de apendicitis. A los cirujanos americanos se debe este descubrimiento allá por el 1880 que fué cuando empezó lo que pudiéramos llamar período científico de la apendicitis y desde entonces, en todos los países se ha demostrado la verdad de tales proposiciones. Veamos algunos resultados y observaciones de operaciones y necropsias. Matterstock en 146 casos encontró la apendicitis 132 veces; casi en la misma proporción que S. Fenwick que la vió 113 veces en 123 casos; algo menos Reuvers, 497 en 586; Weir señala el 84 por 100 de casos, en cambio Kummel la encontró, y perforada, siempre que intervino. De 241 enfermos operados en el Hospital de Francfort por toda clase de peritonitis, lo eran por apendicitis 165 (Nott). Berger, de 4 enfermos que vió de peritonitis generalizada á los tres que operó (y que fallecieron) lo eran por apendicitis; de 11 laparotomias en peritonitis por perforación no encontró, en cambio, Mikuliez más que 5 por apendicitis. Y para qué más cifras: ya se vé que hay diferencias entre las de los distintos cirujanos, pero esto no modifica mi aserto, porque podrá la apendicitis dar una proporción mayor ó menor entre las peritonitis en general, pero es-

tá fuera de duda con los testimonios citados, y con otros que pudiera aducir la casí constancia de la apendicitis como productora de los abscesos iliacos, antiguas tiflitis, etc. No quiere decir esto que siempre, en absoluto, sea la apendicitis la causa de los trastornos peritíflicos, como quieren muchos y entre ellos nuestro doctor J. Bravo, que dice "se han encontrado lesiones del apéndice sin haberlas del ciego, pero no lo contrario de modo que en este puede haber lesiones consecutivas á la apendicitis, pero no lesiones primitivas del ciego con propagación al apéndice"; y no se puede afirmar esto digo, porque hay casos irrefutables de tiflitis primitiva, escasísimos es cierto, pero seguros y si á los dos casos presentados por Albarrán á la Sociedad de Cirujía de París (1900), el primero que tenía el ciego con dos placas de gangrena separadas del apéndice enfermo y el segundo que tenía apéndice é intestino rojos y turgentes, pero las lesiones más graves radicaban al nivel del ileon, se les podría objetar (yo desde luego les hago tales objeciones) que esas lesiones tan graves eran casi seguramente de origen apendicular, pues es el a, b, c, de la apendicitis el saber qf

con pequeños transtornos ó lesiones insignificantes, hasta cierto punto, por parte del apéndice, se ven destrozos verdaderamente horribles en múltiples órganos de la economía como complicaciones indudables de la enfermedad apendicular y en los casos de Albarrán nada hay que pruebe la prioridad en las lesiones de los otros órganos y sí hay casos á centenares en que se demuestra lo contrario, es decir, la preferencia ó primacia del apéndice; si, como digo, en estos casos no hay nada que pruebe que la apandicitis pudo ser secundaria, ó que la cecitis fué primitiva, en cambio, al caso presentado por Bary no se le puede hacer la misma objeción pues las pruebas anatómicas son irrefutables. Se trata de una enferma operada por tumor en la fosa iliaca derecha que había tenido dos crisis como de apendicitis. El colon ascendente estaba rojo y como levantado por un tumor ganglionar "indudablemente de origen pericecal"; el apéndice estaba sano; Bary vió mucho tiempo después á la enferma y nada tenía en tal región. Aquí, como se vé, la duda no cabe; podrá discutirse si la enferma presentó ó no los síntomas típicos de la apendicitis (y entonces muchas apendicitis indudables no se podrían

diagnosticar por no presentar el síndrome en toda su pureza, pero queda fuera de duda que la enferma con dos crisis como de apendicitis y con tumor en la fosa iliaca derecha, tenía el apéndice sano; cierto que en el caso de Bary no se hizo el análisis histológico del apéndice, pero clínicamente la sanidad era completa.

Podemos pues, cuando el síndrome no sea limpio, hacer un diagnóstico de probabilidad, de mucha probabilidad, basándonos en la frecuencia de la apendicitis sobre todas las otras lesiones; pero no podemos afirmar la absoluta certeza. No se puede creer en la frecuente existencia de tiflitis ó peritífritis de causa extra-apendicular, pero no se puede afirmar que no existan nunca estas afecciones como primitivas. Por eso en las observaciones expuestas á continuación habrá de todo; ya se verá al disentir el diagnóstico como en algún caso no me atrevo á sentar en firma la afirmación; más, como digo al comienzo de este parágrafo, opto por creer que la casi totalidad de las observaciones que siguen son de apendicitis.

DIVISION: No voy á fijar aquí un criterio sobre la división de la apendi

pititis, sino á indicar la convencional que hice de los casos incluidos en esta memoria, para su mejor agrupación. Porque la división de las apendicitis, en general - desde luego separadas en agudas y crónicas por todos los autores - no es idéntica para las distintas variedades, pues mientras unos se contentan con pocas, otros como Sonnenburg admiten muchas: (siete en la última clasificación que hizo). Ni aún concretándose sólo á las agudas, materia exclusiva de este trabajo, se puede hallar unanimidad de pareceres, y las divisiones son á gusto del consumidor ó fijándose bien en las formas clínicas más frecuentes ó en la patogenia sustentada por el autor que hace la división. Así Dieulafoy las divide en calculosas, por briedad y obliterantes ó catarrales de los americanos, dice; pero yo advierto que los americanos, españoles, franceses, ingleses, alemanes y todos en fin, señalan esta variedad con la designación de catarral. Talamón, al lado del cólico apendicular pone la apendicitis simple, después la subaguda, y finalmente, la aguda perforante. En perforantes, no perforantes, gangrenosas y adherentes las divide Bell.

De la evolución de las lesiones deduce el Dr. Cervera que pueden dividirse en: 1°. simple ó catarral; 2°. con periapendicitis; 3°. con periapendicitis supurada más ó menos circunscrita, y 4°. con peritonitis generalizada. Es la división que me parece más clínica y ajustada á la realidad, pues descartado que todas las variedades pueden matar al enfermo por toxemia ó por infección, vemos que la primera denominación podemos aplicarla á los casos que presentando bien caracterizados los signos de la enfermedad, curan con ó sin operación sin que en ningún momento se notase pastosidad ni fluctuación de la parte, ni peritonitis; la segunda es como en nuestros casos 3 y 4 entre otros, en los que se nota el plastrón semiduro, no fluctuante y que termina ó por retracción fibrosa ó por completa desaparición cuando no se opera, y las otras dos variedades están perfectamente caracterizadas con sólo nombrarlas.

Por el estilo es la de J.B. Deaver, que las divide en catarral, intersticial, ulcerosa y gangrenosa, aunque esta clasificación se funda en la lesión anatómica y no en la consecuencia clínica.

Finalmente Routier, uno de los cirujanos que más se distinguen en el estudio de la inflamación del vermiforme las clasifica así: 1º. con perforación rápida del apéndice y peritonitis con septicemia sobreaguda; 2º. perforación menos inmediata del apéndice con peritonitis con derrame ó con pus al rededor del apéndice; 3º. evolución menos brusca de la apendicitis con absceso apendicular, y 4º. principio brusco ó agudo, pero sin formarse absceso ni peritonitis, en cambio después frecuentes recidivas. Algo arbitraria es la tal división, porque en la segunda variedad coloca las peritonitis con derrame al lado de las periaapendicitis supuradas y aunque ambas sean ocasionadas por la perforación del apéndice, sus manifestaciones clínicas y hasta su pronóstico son bien diferentes; mejor hubiera juntado esa forma circunscrita con las de la tercera variedad pues al fin, con perforación ó sin ella en ambas, las adherencias se han establecido y la peritonitis se circunscribe, al menos en los primeros días. En cuanto á la cuarta variedad no sé por qué ha de afirmarse tan categóricamente eso de "en cambio frecuentes recidivas", pues entiendo que no sería muy difícil demostrarle que

no suelen ser tan frecuentes.

Las observaciones adjuntas van divididas en cinco grupos ó series, porque me parece justificada esta separación con el objeto de no envolver diferentes formas clínicas; así la primera série, con un sólo caso, es de ataques ó cólicos apendiculares; la segunda, de apendicitis aguda en que ya hubiese ó no plastrón; termino siempre por la curación sin consecuencias de ningún género; la tercera, son las apendicitis con absceso localizado; la cuarta, aquellas en las cuales á consecuencia de la enfermedad, quedó una fístula más ó menos tiempo, y la quinta, las peritonitis generalizadas.

- PRIMERA SERIE -

La existencia de los cólicos apendiculares es evidente; la observación que sigue es característica; pero no se les debe dar la significación que les dió Talamón al introducir la palabra en la nosología; sino más bien la que les asigna Dieulafoy al nombrarlos ataques apendiculares. Sabido es que el primero de dichos médicos les concede el significado que tienen el cólico

hepático, el nefrítico, etc. y los explica por el paso del cálculo á través del estrecho orificio de comunicación existente entre el apéndice y el ciego, agujero que no siendo suficientemente grande para dejar entrar libremente el cálculo en la cavidad del apéndice, sobre todo por estarlo estrechando la valvulilla de Gerlach, tiene que dilatarse al máximo, es decir, tiene que ser forzado por el cálculo, y de ahí los dolores con el mismo mecanismo que los del parto, los cólicos nefríticos, hepáticos, etc. Demostrada como está, hasta la saciedad, la existencia de apendicitis no calculosas y hasta la litiasis apendicular, no se puede admitir como buena la explicación de Talamón. Por eso trata de sustituir la palabra cólico por la de ataque el eminente clínico del Hotel-Dieu de París, explicando esta variedad como una forma de apendicitis aguda con un curso muy breve, acaso por escasa virulencia de los microbios que producen la infección y tendencia á desobliterarse luego el conducto.

?No tendría esta variedad estrecha relación con las dispepsias hiperesténicas ó no podría ser explicada por ataques infecciosos intestinales? En

nuestro caso, el estado gástrico es evidente y los cólicos sobrevienen cuando la pereza digestiva se acentúa. Se llamó de cólicos apendiculares porque son cólicos típicos y no creo sea de necesidad para darles esa denominación el que haya de pasar un cálculo á través de un orificio ó un conducto mas estrecho que lo sea el cuerpo que ha de pasar por él. Para mí la palabra cólico no tiene otra significación que la de un dolor expasmódico con exacerbaciones mayores ó menores, sea dicho dolor debido á la causa x ó n; así decimos nosotros (y el vulgo ha sancionado) de un individuo que tiene violentos dolores de veintre que tiene un cólico después viene el averiguar la causa, pero por de pronto así se le llama. Por eso no vacilo en conservar en este caso tal calificación, pues me parece característica.

— OBSERVACION I —
Propia. — Inédita.—

E.M. de treinta y un años, casado; tiene como antecedentes hereditarios para relacionarlos con la enfermedad actual, el ser hijo de reumático astri

ñido y en la familia de su madre las diferentes variedades de gastropatías son moneda corriente; en su hermano más joven, tiene también tendencia á la estreñimiento con formación frecuente de coprolitos. Como antecedentes personales tiene el haber sido delicado á temporadas para hacer la digestión.

Su enfermedad actual data de hace algunos años en que de noche y sin haber cometido transgresión en el régimen habitual, sintió un retortijón de vientre, seguido á cortos intervalos de otros cada vez más acentuados y q^o, á medida que iban siendo mayores se localizaban en la fosa iliaca derecha; con un té y un ladrillo caliente al sitio del dolor se calmaron los dolores sin otra consecuencia. Comenzó por entonces una vida muy activa viajando por su casa, que desarrolla una importante industria y como muchas veces las comidas eran precipitadas y desarregladas, y variaba extraordinariamente la clase de alimentos y su condimentación, y unas veces comía de caliente y otras de hambre, en fin, un verdadero trastorno de la dietética á largas temporadas; se resintió su estómago, empezó á sentir pesadez después de las comidas y sobre todo en la de la noche ó cena, y sentía hacer la diges-

ción; ya en este estado se propinó diversos remedios caseros y específicos y así le acometió el segundo cólico; algún tiempo después el tercero y finalmente en el pasado Abril, que fué cuando yo le ví, el cuarto. Notó, como de costumbre, el día antes más pesado el estómago y un malestar que le hizo temer; á pesar de todo comió y el dolor se le presentó á la tarde llegando á ser verdaderamente horrible; arrancaba del sitio de costumbre, pero cuando yo le ví tenía dolorido todo el vientre, afebril, con vómitos primero alimenticios, luego gleso-biliosos; la triada era típica; la hiperestesia sobre todo excesiva; la cara verdaderamente cadavérica. Había tomado una enorme cantidad de té y sentía repugnancia invencible á toda clase de alimentación. Dieta absoluta, quietud en la cama y linimento calmante al lado derecho del vientre. Pasó todo á las 24 horas y defecó el enfermo una buena deposición precedida de masas duras; pero así como otras veces esto era el descanso y la vuelta á normalidad, ahora le quedó dolor fijo en el punto clásico de Mac.Burney, espontáneo algunos días, que resurgía al menor movimiento durante casi un mes y provocado á la presión aún en la actua-

lidad. Como se resiste á quitarse el apéndice, se ha instituído un régimen antidispéptico que el enfermo se encarga de no seguir mas que muy deficientemente. Fué á Mondáriz y parece que no le ha ido mal; pero en Agosto, después de una fuerte infracción del régimen se vió amenazado de nuevo por el dolor que afortunadamente pasó sin casi molestias á beneficio de una dieta hídrica absoluta durante 24 horas.

..

Ya sé yo que la observación precedente no se puede incluir entre las apandicitis agudas, pero me parece típica para justificar la existencia de los cólicos apendiculares que transcurren como los cólicos ordinarios en algunas horas ó á lo sumo en un día ó día y medio. En este enfermo lo probable es que esté ya constituida la apandicitis crónica, silenciosa á ratos, y á ratos agudizándose, pero siempre relacionada con un estado gástrico. ¿Será este causa ó consecuencia de sus ataques apendiculares? No puedo afirmarlo más me inclino á creer lo primero, por ser las molestias gástricas anterior-

(69)

res al primer cólico y sobre todo por los antecedentes hereditarios, donde se ven muchas gástricos y ningún apendicítico. Yo le aconsejo quitarse el apéndice temiendo ulteriores consecuencias, pero no creo que la apendicectomía suponga la completa curación de este enfermo, aunque opino que desde luego mejoraría, facilitándose la curación por un tratamiento adecuado, que si le hiciera desaparecer las crisis, sin previa mutilación de su apéndice nos probaría el origen gástrico de la dolencia, así como si el enfermo se decide á operarse y no vuelve, desde ese día, á sentir molestias en su estómago habría que rendirse á la evidencia y tomar por causa lo juzgado hoy como consecuencia.

- SEGUNDA SERIE -

Aquí van incluidos los casos de apendicitis aguda en que, ya hubiere ó no plastrón, terminaron por la curación sin otras consecuencias. Consta de nueve casos, uno sólo de los cuales dejó de presentar lo que llama el Doctor Cervera periapendicitis plástica; los otros ocho la tuvieron en mayor ó

(70)

menor grado y todos ellos terminaron por la curación después de accidentes más ó menos graves y en ninguno quedaron reliquias desagradables. Podemos, por tanto, juzgar esta variedad de apendicitis de relativa benignidad y, si no fuera por la inseguridad del pronóstico, hé ahí una forma perfectamente justificable del tratamiento médico, que dá tanto mejor resultado, cuando mejor aplicado está; en efecto, el curso de la enfermedad es más franco, si se me permite la palabra, y su duración casi siempre menor. Veamos las observaciones.

— OBSERVACION II —
Propia.- Inédita.-

M. Vidales, de 18 años, soltera. Dos días después de ingerir fruta verde siente dolores agudos en el vientre. El 21 de Agosto de 1905, fuí avisado y la encontré en decúbito supino, inquieta, cambia con frecuencia de postura, cara lijeramente afilada; lengua saburrosa; hace dos días la purgaron y obró poco. Pulso 110; fiebre moderada. Todas las molestias las refiere al

lado derecho del vientre y sólo por excepción se irradian los dolores; hay ligero timpanismo; el vientre no es doloroso á la palpación y sí á la presión. En el punto de Mac. Burney la triada sintomática es característica. Por imposibilidad de proporcionarse hielo se disponen compresas muy frías de agua de pozo renovadas cada media hora, cuyas compresas se cambian al día siguiente por trozos de tripa; píldoras de un centígramo de extracto tebaico para tomar una cada cuatro horas; quietud y dieta absoluta. Una cucharita de agua muy fría, de vez en cuando, si hay sed.

Día 23.- Lengua más saburrosa que en mi primera visita; ha vomitado ayer una regular cantidad de materias glerosas verdes; pulso á 100; fiebre que no pasa de $38^{\circ} 5'$ ha disminuído algo las irradiaciones dolorosas, pero en el punto de M.B. hay mas sensibilidad al dolor sobre todo si se comprime; no se nota pastosidad, hay ligero timpanismo, ningún otro síntoma alarmante de peritonitis. Continúa igual estado aumentando algo el timpanismo hasta el día 27 en que la lengua comienza á limpiarse algo en los bordes aunque sigue muy saburrosa en el centro; la noche antes hizo una deposición corta,

por la mañana vomitó algo de agua; pulso á 95, apirexia; el timpanismo ha desaparecido excepto en la región del apéndice, pero no hay pastosidad; dolor vivo á la presión. Ante la insistencia en darla de comer, se concede una pequeña cantidad de leche (1/4 litro) en las 24 horas, dándosela muy fría y á pequeñas porciones.

El día 30, ha mejorado hasta el punto que es necesario una pequeña presión para despertar el dolor; se dispone un enema oleoso. El día 1º de Septiembre como no ha obrado con el enema de aceite, á pesar de lo cual sigue mejorando, se dispone uno emoliente y se suprime el ópio. Se quita el frío á ratos.

El día 3 ha hecho dos deposiciones; la primera blanda, la segunda bien trabada. Se suspende todo tratamiento y con una dieta apropiada vá poco á poco entrando en la normalidad, hasta quedar completamente bien, sin vestigios de su enfermedad. Hoy, después de un año no ha vuelto á sentir molestias y ni siquiera es dolorosa la presión sobre la fosa iliaca.

El transcrito es el único caso de la serie donde no se presentó el plastrón; todos los que siguen lo tuvieron en más ó menos grado; pero en todos la enfermedad se condujo próximamente igual y respondiendo al tratamiento según fuera ó no bien empleado. Antes de seguir adelante debo advertir aquí que en la mayoría de las observaciones se notará como la edad oscila desde la segunda infancia á la plenitud de la vida, pareciéndose también en esto la apendicitis á la neumonía y en general á la mayoría de las infecciones generales. También debo hacer notar el importante papel etiológico de las indigestiones en casi todos los casos, tanto de esta serie, como de siguientes.

— OBSERVACION III —
Propia. — Inédita. —
—

N.N. es una niña de diez años; como antecedentes hay el haber muerto una hermana hace algunos años, y de esa edad próximamente, á consecuencia de intensísimos dolores de vientre en el espacio de nueve ó diez días.

(74)

El domingo 10 de Febrero de 1905 la veo. Decúbito supino con tendencia al lateral izquierdo; medio encogida con los muslos ligeramente doblados sobre el vientre (proctitis?); cara de sufrimiento. Me refieren que el jueves al salir de la escuela fué á casa con dolor de cabeza, pasó mal todo el viernes quejándose de algunos dolores de vientre y ya el sábado se acentuaron, siendo verdaderamente horribles la noche del sábado al domingo. Este día, por la mañana, fué cuando la ví, en la posición dicha, con la lengua saburrosa al extremo de parecer embadurnada con una costra blanca que cubría todo el dorso; los bordes y la punta encendidos; sensación de plenitud gástrica; T. $38^{\circ} 8'$; pulso 160 (disociación?).

El vientre está duro y aplanado como una tabla; la defensa muscular es manifiesta aunque se hizo la exploración suave y con las manos templadas; pero en el punto clásico, la triada sintomática de Dieulafoy es característica; con un dolor excesivo al simple contacto, una defensa muscular exagerada y una hiperestesia tal que apenas consiente una suavísima exploración; existe además pastosidad en la fosa iliaca derecha. Se dispone dieta abso

luta, trocitos de hielo para calmar la sed, hielo al vientre y quietud absoluta.

Al otro día igual y como siente cómo deseos de obrar y no puede, precipitadamente y quizá influido por ciertas lecturas la dispuso un enema oleoso y 20 gramos de aceite de ricino como laxante. La purga la vomitó y con el enema hizo una cortísima deposición diarréica. La poción morfinada dispuesta en la primera visita no ha surtido efecto.

Al siguiente día el estado general no cambia; el vientre está algo timpalizado y la fosa iliaca derecha está sumamente encendida, por lo que á ratos se le quita el hielo. Al siguiente el vientre más abultado, pulso igual (160); temperatura 38° 5' dolores muy intensos y con extensas irradiaciones. Sin quitar el hielo se dispone una untura cada doce horas de pomada mercurial con belladona á todo el vientre. Como se queja de no orinar, al día siguiente, se suprime la pomada; pequenísimas porciones de cocimiento de grama casi helada para bebida usual; dos medias tazas de café muy frío con trocitos de hielo dentro. Con ello al otro día los dolores se

han limitado á las dos fosas iliacas más á la derecha. Temperatura 38°; pulso 100.

Se hacen despues más violentos los dolores y se disponen píldoras de 1 centigramos de extracto tebaico para tomar de seis á ocho al día. Con este tratamiento mejora un poco; hace 24 horas después una deposición escasa; el vientre menos abultado; el dolor se limita más al lado derecho; la lengua comienza á limpiarse. Poco á poco fué mejorando y á la par se fué disminuyendo ó suprimiendo el ópio y el hielo; toma 15 gramos de aceite de ricino, que vomita y se pone una lavativa oleosa con la que hace abundante deposición, y ya vá mejorando y desde el 25, es decir, el día 15 de enfermedad, todas sus funciones son regulares no quedándola más que un ligero dolor á la presión que ha desaparecido hasta el punto que hoy, más de año y medio después de su enfermedad, ni ha vuelto á sentir molestias, ni se resiente ni le quedan absolutamente estigmas de ningún género.

Advirtamos que en esta observación la enfermedad comenzó sin trastornos previos mas que las molestias generales propias del comienzo de toda enfer-

(77)

medad infecciosa; además hubo comienzos de generalización de peritonitis, precisamente coincidiendo con la purga.

— OBSERVACION IV —
De mi padre.— Inédita.—

J. de M. de 14 años, linfático y cloroanémico; come fruta verde unos días seguidos. Al amanecer el 31 de Julio de 1905 vomita, tiene algunos dolores de vientre y diarrea; todo esto desaparece en dos días y el niño queda bien hasta el 3 de Agosto en que por la mañana despierta con intensos dolores de vientre; se le aplica una untura calmante, pasa mala noche y hace en ese tiempo dos deposiciones diarreicas escasas. El 4 por la mañana dolor á la presión en el punto de M.B.; en el resto del vientre no hay dolor á la presión, pero de cuando en cuando tiene dolores espontáneos de retortijon y vómitos líquidos. Pulso 110. Temperatura 38° 5'. Tarde: Pulso 120. Temperatura 39°. astricción de vientre. Dieta: una gota de laúdano cada tres horas; el lado derecho del vientre se cubre con vejigas de hielo renovables con

frecuencia.

Día 5. Peritonitis circunscrita alrededor del punto clásico: el vientre se eleva en ese sitio como la palma de la mano: cesan los vómitos; siguen los retortijones: pulso y temperatura como el día anterior.

Día 6. Dureza en el sitio inflamado del vientre, cuya inflamación sigue el trayecto del cólon. Pulso y temperatura apenas varían: pequeñísimas porciones de leche con agua de Vichy cada tres horas. El plastrón se endurece y los dolores son algo más espaciados. Apenas hay variación hasta el día 10 en el cual expelle algunos gases por el ano. Los días 11 y 12 hace una deposición espesa y escasa: la temperatura y el pulso se normalizan. El 14 mediante corto enema de glicerina hace una deposición enorme.

Día 15. Los dolores de retortijón que le molestaban desde el comienzo de la enfermedad, no le dan hoy más que dos veces: la dureza del vientre ha quedado reducida á la región del apéndice; la presión es más tolerada: se suprime el laúdano y cada dos días se le pone una lavativa que siempre hace su efecto. Cuatro días después las deposiciones se hacen espontáneamen-

te.

Gradualmente va entrando en la normalidad, pero el 4 de Septiembre á consecuencia de abusar del régimen y comer dulces hizo por la mañana tres ó cuatro deposiciones diarreicas. Por lo demás desde el 15 de Agosto no volvió á tener dolores, desde el 20 tanto el tumor como el dolor á la presión desaparecieron y no ha vuelto á tener novedad hasta el presente, ni le quedan vestigios de su pasada enfermedad.

En las tres observaciones descritas y que se han podido seguir con minuciosidad la curación ha sido completa y definitiva y la repetición, al menos por ahora, no se ha presentado. Suele suceder con frecuencia lo que en esta última observación, á saber, que una deposición espontánea, á pesar del ópio, suele marcar la franca regresión de los accidentes.

— OBSERVACION V —

De Don Manuel Muñoz. — El Siglo Médico 1883.

Es una extensísima observación, que resumo, titulada "Flemón profundo de

la fosa iliaca derecha y pleurodinia consecutiva; ambas á frigore."

Se trata de un criado de labor de 24 años, sanguíneo, de buena constitución; sin antecedentes que presentaba en la primera visita el siguiente estado actual. Decúbito supino; difíciles los demás é imposible el derecho, cara encendida, ojos hundidos, mirada triste; expresión de dolor: lengua saburrosa en el centro y encendida en la punta y bordes; tos seca, molestísima por acrecentar el dolor; ligero aumento de temperatura y pulso: dolor continuo en la fosa iliaca derecha que no le permite moverse. La enfermedad comenzó por el dolor y éste sin causa apreciable de repente, estando el enfermo en el campo; sólo le parece que se enfrió cuando sudaba. Nada en el sitio de dolor, más que éste aumenta á la presión: fricciones calmantes y compresas calientes.

Al otro día por la mañana y tras una mala noche agitada, el enfermo está peor: aumento de calor y pulso; lengua más saburrosa: más dolor á la presión en el sitio afecto y ligera pastosidad.

?Detención estercorácea? Purga de sulfato de magnesia. A la noche el

dolor se ha exacerbado al extremo de necesitar una inyección de morfina; más fiebre: ha hecho una deposición mas la tumefacción sigue igual: píldoras de 4 centigramos de extracto tebaico para tomar al amanecer si pasa mañana la noche.

Día 2º Al amanecer le acomete violento dolor de costado izquierdo tras fuerte escalofrío; se cree pleurodinia y se atribuye otros síntomas torácicos á los órganos pelvianos. El dolor del abdomen se ha hecho claro y preciso como si al enfermo le introdujeran en aquel sitio un clavo ardiendo: la fiebre continúa. Después de hacer por exclusión el diagnóstico de absceso iliaco y el pronóstico grave, plantea el siguiente tratamiento. Sangría de 12 á 14 onzas: una docena de sanguijuelas á la fosa iliaca derecha: agua de limón cremorizada alternando con cocimiento de malvabisco para bebida: bálsamo de Opodeldoch al costado izquierdo. Dieta absoluta impuesta el primer día. Por la noche el estado es mucho peor: el dolor se ha exacerbado hasta no tolerar la palpación mas delicada: cataplasmas anodinas.

Día 3º Aunque poco á descansado: su estado es de prostración extrema: la

fiebre y el pulso en disconrdancia con el calor. Se decide á emplear un tratamiento resolutivo y emplea laudano de Bourseau, con pomada de belladona y unguento napolitano para fricciones.

Día 4. El tumor sigue igual: no ha obrado el enfermo; hay algo menos fiebre y el dolor resiste ligeras presiones; el del costado igual. Píldoras de 4 centigramos de extracto tebaico. Sigue la dieta.

Día 5. Ha mejorado; puede moverse; la lengua menos cargada; el tumor con tendencia á desaparecer aunque no se nota disminución. Dieta de caldos. Se suprime el ópio.

El día siguiente le administra un drástico con lo que defeca una vez; el tumor se vá reduciendo y algún tiempo después á beneficio de una pomada de ioduro de plomo y cicuta, se reduce al tamaño de una avellana, duro y profundo, que á veces le molesta.

?No habrá repetido esta apendicitis? ?No habrá sido la complicación tóráctica de origen apendicular por más que Dieulafoy dice que estas son siempre en el lado derecho? Por lo demás el caso es típico de apendicitis co-

mo se verá en el diagnóstico.

— OBSERVACION VI —

Dr. Calvo y Martin. — El Siglo Médico— 1897.

La titula su autor peritiflitis y apendicitis. Se trata de un niño de 11 años que ha comido muchos cacahuets y castañas. Hace dos días que no obra y doliente con inquietud, calenturas, náuseas y vómitos, presenta en la fosa iliaca derecha una tumefacción difusa sensible á la presión con sonido inerte (?) y meteorismo circunvecino. Diagnosticada peritiflitis con apendicitis por llegar el tumor casi á la ingle (y si el apéndice hubiera sido retrocecal (?)) se le administró poción oleosa y lavativas cada cuatro horas con lavativa y sonda anal de goma larga; fricciones cada dos horas y suave masaje con vaselina reciente.

A los tres días comenzaron á remitir todos los síntomas y á los seis se había fundido todo el tumor; la sensibilidad en la región tardó diez días en desaparecer "Salieron al principio restos sin digerir que se habían

atascado en la región del ciego. Como se acudió pronto y se obró activamente el triunfo fué venturoso."

— OBSERVACION VII —

Del Dr. Gil y Ortega. — "El Siglo Médico". 1904

A.T. comerciante, de 22 años; hace cinco ó seis días tuvo una indigestión. Después de una juerga en que abusó de la mesa y comió muchas castañas secas cayó con otra indigestión. En la primera visita, el Dr. Gil pudo apreciar que el enfermo tenía la lengua saburrosa, repugnancia al alimento, dolor á la presión en el vientre y espontáneo con exacerbaciones periódicas, mas hácia el ombligo, tensión de las paredes abdominales que cedían, sin embargo, á la presión, pulso frecuente y apirexia. Indigestión. Aceite de ricino: enema laudanizado como calmante. Al día siguiente sólo tendencia á fijarse el dolor en la fosa iliaca derecha donde la presión es molesta. Nueva purga y grandes irrigaciones intestinales. Piensa en una tifo-apendicitis. A la una de la tarde el enfermo se agr

va rápida y extraordinariamente; estaba arrollado sobre sí mismo, jadeante, cianótico, colapsado, pulso frecuente, irregular, apenas perceptible; el dolor se había hecho intensísimo en el punto de M.B. donde no podía percibirse nada á la palpación por estar la pared abdominal rígida como una tabla á causa de la exagerada defensa muscular; tan contraída, que rechazaba violentamente las vísceras hácia el toráz, amenazando asfixia. Había náuseas y vómitos, pero no había obrado á pesar de las purgas y la irrigación que devolvió lijeramente manchada. Inyección de morfina, poción estimulante, hielo al interior por si se repiten las náuseas y seguir las irrigaciones. Temperatura 38°. m. 39°2' t.

Continuando la gravedad dispuso baños y grandes irrigaciones de aceite de olivas á 37°. esterilizado. Conformes en consulta en que se trataba de una oclusión intestinal por tiflo-apendicitis acuerdan insistir en los mismos medios, por si el aceite de olivas con su gran poder de absorción, lubricaba el intestino y diviendo los materiales favorecía su expulsión. El día 4°. seguía igual y se pensó en intervenir, pero el enfermo hace una

pequeña deposición seguida de gran cantidad de aceite y á ella siguen otras arrojando enormes masas de heces fecales y aliviándose el enfermo. Desaparecida la rigidez pudo apreciarse una induración no muy circunscrita y extensa que ocupaba el punto de Mac. Burney: la fiebre persistió cinco ó seis días más y desapareció á beneficio de las irrigaciones y el dolor por un vejigatorio que á mas, favoreció la resolución del exudado.

— OBSERVACION VIII —

Del Dr. García del Real. — Revista de M. y C. Prácticas. 1895.

Apendicitis aguda con peritonitis parcial la titula. Es una mujer de 16 años sin otros antecedentes que nos importen mas que el haber padecido con frecuencia trastornos gástricos con anorexia y vómitos. A causa de infracciones dietéticas se exacerbaron esos trastornos y en ese estado la enferma comió una gran cantidad de granada, presentándose casi inmediatamente violento dolor abdominal, vómitos más frecuentes, llegando á biliosos y sanguíneos; estreñimiento pertinaz y absoluto, hipuria é iscuria.

Tomó unas píldoras y papeletas y así ingresó en la clínica del Dr. Huertas. La enferma, en decúbito supino, presenta facies abdominal típica; está inmóvil, pues apenas se mueve, tiene violentos dolores de vientre; sed ardiente, vómitos frecuentes porráceos, astringencia pertinaz; lengua encendida, más en la punta y bordes; no suda; hace horas que no orina; disnea; pulso regular, pero frecuente, duro y contraído; cansancio; ansiedad; angustia y cefalalgia; zumbido de oídos, plenitud intelectual.

Los dolores del vientre fueron primero difusos y luego extendidos á la fosa iliaca derecha desde donde se irradian; vientre tenso, liso, resistente á la palpación sobre todo por contracción muscular derecha; en este lado al comprimir, y también al simple contacto, se produce intensísimo dolor en el clásico punto de Mc. Burney. En este mismo punto se aprecia á la palpación un tumor pastoso y algo resistente, del grueso de un dedo. Temperatura $38^{\circ}5'$. Dieta láctea. 30 gramos de aceite de ricino; compresas de agua sublimada templadas. Al otro día, temperatura $37^{\circ}8$ m. y 38° t menos angustia. Re. Tisana laxante, hielo para tomar con leche; por la

tarde fricciones de unguento mercurial y pomada de belladona; calomelanos al interior; pequeñas deposiciones y poco alivio; baño á 36°. con lo que el alivio es más grande. Al día siguiente vejigatorio alcanforado y con ello todo fué cediendo, el tumor resolviéndose y la apirexia fué completa desde el noveno día. Fué una apendicitis, con peritonitis circunscrita fibrinosa.

— OBSERVACION IX —

Del Dr. F. Lázaro. — Medicina y Farmacia, de Burgos,
in Revista M. y Cir. Prácticas. 1900.

Andrés Herrero Bárcena, de 37 años, buen temperamento y salud habitual, es acometido de malestar gastro-intestinal con inapetencia, estreñimiento, tensión abdominal; sometióse á régimen. Dos días después sobrevino el ataque apendicular brusco y un laxante alejó la idea de obstrucción; algunas horas después cedió el ataque, pero persistieron los síntomas y mal estado general. Vió al enfermo 30 horas después del ataque y pudo apreciar ligero aumento de temperatura y frecuencia inusitada del pulso (disociación),

lengua seca, saburrosa, anorexia, sed moderada, vientre timpanizado y doloroso á la presión suave; dolor perfectamente localizado en el punto de Mc. Burney y que se exacerbaba con la simple presión del pulpejo de un dedo; hiperestesia cutánea y notabilísima defensa muscular provocada al simple frote con un lapicero en la región del apéndice; en la fosa iliaca de recha es difícil apreciar una tumefacción profunda dirigida arriba y afuera situada sobre el ligamento de Ponpart, mu y poco tumefacta la indicada región y sonido submacizo sólo apreciable á la percusión lijera; orina escasa, de color subido, azoturia, urotaxia. La apendicitis era clara en un apéndice de tipo descendente y no encontrando nada alarmante continuó el tratamiento médico y la expectación armada. Cuatro días después era mas bueno el estado general y más puros los fenómenos locales. Poco á poco fué todo desapareciendo, hasta la pastosidad y al mes y medio puede considerarse curado. El plan seguido fué reposo absoluto, cucharadas de leche con agua de Vichy, desinfección intestinal y hielo en la foss iliaca.

— OBSERVACION X —

Del Dr. Martínez Vargas. — La Medicina de los niños,
en la Rev. de Med. y Cir. Prácticas. — 1904). —

El 14 de Octubre de 1903 fué llamado para ver una niña, que el día antes, repentinamente tuvo fuertes dolores en todo el vientre localizado principalmente al lado derecho, vómitos y estreñimiento. Ni dos cucharadas de magnesia, ni 60 centigramos de calomelanos dados después, ni una lavativa puesta al día siguiente hicieron efecto. En cambio el dolor fué aumentando, los vómitos se hicieron persistentes y la angustia de la niña alarmante; la enferma no dormía y lloraba ó gritaba; A la exploración se encontró la sensibilidad exaltada en toda la pared abdominal y un dolor agudísimo en el punto clásico; á pesar de la dificultad de palpar por la resistencia de la niña, pudo apreciar un empastamiento de unos cinco centímetros cuadrados de extensión; los rectos del abdomen tirantes, la niña en decúbito supino y las extremidades abdominales en semiflexión; la len-

gua ligeramente saburral, frecuentes deseos de orinar y al bajarse para hacerlo el dolor era agudísimo; el vientre cerrado por completo, algo alterado el estado general; pulso 140. Temperatura 39°. respiración regular, 32. Apendicitis aguda, primer ataque. Como no estaba el proceso en su comienzo renunció á poner hielo y puso pomada mercurial y de belladona con iotiol y encima cataplasmas laudanizadas; dieta absoluta; agua de Vichy para beber y morfina en poción. Hubo ligera calma no completa; el 16 aumentaron los dolores y á la morfina se agregaron heroína y codeína; los dolores ganaron en extensión, los deseos de orinar persistían y la micción era acompañada de gritos y llanto.

El 17 se substituyó la poción por inyecciones de morfina quedando sólo por la vía gástrica cortadillos de agua de Vichy refrigerada. El 18 aumentaron casi en doble la zona de empastamiento, la lengua limpia, pero roja temperatura 38°. pulso 120, orina escasa y dolorosa, algo mejor soportaba la palpación. Generalmente tras la inyección de una tableta de morfina y atropina quedaba bien mientras persistía el efecto; la temperatura bajó á

37°5' y toda la enfermedad parecía reducida á los dolores y el tratamiento á la dieta y las inyecciones.

El día 9°. de enfermedad tuvo una gran crisis de retortijones y tras ella una abundante y fetidísima deposición, tras la que hubo bienestar hasta seis horas; aquel día y el siguiente hubo otras dos deposiciones, muy fétidas, y á pesar de ello la zona dura persistía.

El día 13°, tomó 0'20 de calomel y 1 de lactosa en 4 pp.^s p. t. 1 c. 1/2 hora: el empastamiento bajó algo. El 15° sin transgresión aparentes, (y la purga ?) hubo una recrudescencia que exigió nuevas inyecciones. El 16° comenzó á tomar algo de leche con agua de cebada y así continuó hasta el 6 de Noviembre necesitando alguna que otra inyección; el 12 (sin otra medicación que agua alcalina y unturas con pomada de ioduro de potasio), sólo se notaba una pequeña induración. La operación fué rechazada entonces, y la niña curó por fin sin vestigios.

Hemos copiado la observación casi á la letra, por ser de una tan gran autoridad en pediatría; hé aquí las reflexiones que le pone. "De todas mane

ras esta observación encierra algunas enseñanzas; contrarresta el criterio harto absorbente de la intervención quirúrgica; rechaza los purgantes en el comienzo del mal; impone el mantenimiento de la absoluta quietud del cuerpo en general y del aparato digestivo en particular; revela la utilidad de la morfina y la atropina en inyecciones y la tolerancia y falta de hábito morfiniano aún dados en dosis crecidas; inspira tranquilidad para mantener la dieta 15 días y esperar con calma la evacuación intestinal ocho días; servirá para robustecer el criterio de muchos médicos y calmar la impaciencia de varios cirujanos."

..

Con esto ha terminado la segunda serie; puede verse cómo en todos los casos la apendicitis se ha comportado como una enfermedad aguda infecciosa que evoluciona en uno ó dos septenarios, así como también la normalidad de la enfermedad, que evoluciona sin trastornos, fuera de los propios y exclusivos de ella, y que llega á la más completa curación á pesar de no haber

sido iguales en todos los casos la terapéutica empleada; pero observemos cómo la enfermedad ha sido tanto más benigna cuanto más puramente se ha empleado el llamado hoy tratamiento médico, basado en el trípode de Falagier, cómo en todos los casos el efecto de la purga ha sido nocivo, y en algunos como la observación séptima desastroso, á pesar de las manifestaciones del observador y de su insistencia en mantener el criterio de la evacuación del intestino á outrance. Con diagnósticos diferentes, me parece que todas las observaciones transcritas, son de apendicitis; si acaso, la del Dr Calvo Martin, por su poca intensidad, su rápida evolución obedeciendo al purgante y el favorable efecto de este, acaso pudiera quedarse en simple tiflitis; pero eso es, hoy por hoy, imposible discernirlo.

Si nos fijamos en la influencia que en esta serie de casos juegan las indigestiones como precursoras de apendicitis, habría acaso motivo para preguntarse si tendría razón Kelch al pedir para la apendicitis un principio generalizado de infección á todo el organismo y localizado después en el apéndice; pero aparte los casos indudables de principio brusco, inespera—

do, como la observación quinta en que no sólo no hubo gastropatía anterior como quiere Robin sino ni siquiera una simple molestia momentánea, no se puede considerar la indigestión más que como un trastorno violento del organismo y sobre todo del aparato digestivo que pone en condiciones, á los microbios que se encuentran en éste de exaltar su virulencia y atacar desde un rincón tan apropiado como el apéndice.

— T E R C E R A S E R I E —

Aquí van comprendidos los casos en que la enfermedad avanzando un paso más, produjo un foco de supuración, un absceso peritoneal, mejor diré periapendicular, que se abrió al exterior bien espontáneamente, bien por intervención del arte, vaciándose su contenido ó por los conductos naturales ó por brechas abiertas en la pared del abdomen. Comprende nueve observaciones que, con más ó menos incidentes, terminaron todas por la curación, sin reliquias ni complicaciones ulteriores. Parece ser la forma de apendicitis más frecuente sobre todo cuando no se ha empleado una terapéutica

conveniente y en último término si resulta grave no suele poner en riesgo á los enfermos. También puede verse en estas observaciones que casi siempre la intervención se ha limitado á la incisión del absceso es decir, sin hacer la apendicectomía; como eso ha de discutirse en la última parte, no hay para que añadir aquí más.



— OBSERVACION XI —

Del Dr. Barragán. - Revista de Med. y Cir. Prácticas. 1903

Es de apendicitis supurada. Juan Mielga, de 15 años, carpintero, sin antecedentes y menos por parte del vientre; el 12 de Agosto del 1902 (?), se le presentó durante el trabajo un dolor con tendencia á localizarse en el lado derecho del vientre; no pudo seguir trabajando; con el reposo desapareció el dolor para volver al día siguiente; una purga obró poco y no quitó el dolor. Al tercer día notó sobre la ingle un tumor doloroso á la presión; se puso cataplasmas y se purgó de nuevo; el 16 ingresó en la Princesa. No había vómitos; sólo décimas de fiebre; pulso algo frecuente

de tensión normal. Pocas horas antes había tomado leche y chocolate y ni náuseas le produjo: la fâcies sí que era abdominal. En el vientre se apreció á simple vista un tumor alargado; situado en la línea iliaco-umbilical como una naranja; duro á la presión, poca defensa muscular y meteorismo. A pesar de la sencillez de los síntomas, dado el comienzo brusco, la ansiedad y el tumor, se operó al momento. El peritoneo parietal estaba arborizado turgente y con manifiesto éxtasis pasivo: había adherencias profundas al epiploón que le inmovilizaban; no las había á la pared abdominal. El tumor era el apéndice con varias placas de esfacelo ó mortificación; se resecó y se le dió alta al mes; sólo hubo un pequeño flemón parietal.

He aquí una observación, que bien puede calificarse de apendicitis subaguda y cuyos síntomas fueron anormales y muy deficientes: ni grandes dolores, ni exagerada defensa muscular, ni vómitos, hasta el punto de tolerar alimentos y purgas y que de no haberse puesto en manos tan expertas como las del Dr. Barragán y entregado á uno de esos clínicos que casi no creen en la apendicitis, le hubiera costado probablemente la vida al enfermo.

pues era una de esas formas que caminan silenciosamente á la perforación; afortunadamente las adherencias se habían establecido por parte del peritoneo. Son pues datos muy de tenerse en cuenta la brusquedad del principio y la angustia; aunque la enfermedad no reaccione violentamente y aunque el tumor que se perciba sea grande, duro y redondeado; caracteres que los clínicos que no creen en la frecuencia de las apendicitis, asignan á las tiflitis; pero ya se vé como los hechos no les dan la razón.

— OBSERVACION XII —

De Don Julian Herrero. — "El Siglo Médico", 1881.

La califica de peritonitis traumática con absceso iliaco. Yo creo que hoy se le hubiera juzgado como apendicitis. Un vaquero de 36 años, robusto y de buena salud habitual y recibió, tratando de sujetar un novillo, un testarazo en el vientre (que llevaba protegido con ancho cinto de cuero); continuó su faena y al terminar le vió el médico. Tenía un ancho equimosis en el lado derecho del vientre, que comprendía la fosa iliaca, hipocón

drio y parte del mesogastrio; era bueno el estado general, más comprimiendo las regiones dichas se notaba dolor profundo; dispuso quietud y fomentos fríos á la parte contundida. El enfermo comió aquella noche, más la pasó intranquila, agitado, y á la mañana siguiente los dolores del vientre habían aumentado, tenía náuseas y el pulso pequeño y contraído. Sangría de 16 onzas; 24 sanguijuelas loco dolenti, dieta absoluta, limonada á pasto: á la tarde pulso frecuente, siguen los vómitos, más dolor á la parte. Sangría de 12 onzas; 24 sanguijuelas á la parte sobre la cual no toleraba ningún tópico. Al otro día, igual estado, pulso más frecuente, calor aumentado halituroso; 16 sanguijuelas, dieta absoluta é igual bebida; aquel día comenzó el alivio, disminuyeron los vómitos y los dolores, y el enfermo comenzó á comer; pero nueve ó diez días despues notó gran fluctuación profunda en la fosa iliaca derecha; había un absceso que dilatado enseguida dió salida á un cuarto litro de pus sin caracteres especiales. Cura con cerato simple; rápida curación.

"Huelgan los comentarios" dice el autor: estamos de acuerdo, pero por

distinto estilo: él atribuye la curación sin ambages ni rodeos al tratamiento francamente antiflogístico; yo creo..... que la Naturaleza es muy sabia. Por eso, sin duda, curó ese enfermo, aún cuando se hizo la cura de una incisión peritoneal, con mechas impregnadas en cerato simple, después de haber desangrado al enfermo; sin duda habría adherencias, pero ¡ya serían buenas! y quien dice que ese foco de pus no se debe á ese tratamiento mas que franca, descaradamente antiflogístico? ¿no es cosa corriente que así suceda? ¿No se ven hoy muchas menos pulmonías supuradas que antes cuando la resolución se llevaba á punta de lanceta y eso que según dicen la raza ha degenerado? Por lo demás, la curación, del vaquero fué completa, pues veintiocho años después era un viejo ágil.

— OBSERVACION XIII —

Del Dr. García Mansilla. — Revista clínica de los Hospitales
(en el Siglo Médico 1891.)

Esta observación y la siguiente pertenecen al distinguido oftalmólogo arriba apuntado que las publicó con el título de "Dos casos de perforación

del intestino ciego seguidas de curación".

Joven albañil, de 24 años, el cual á consecuencia de excesos gastronómicos, tuvo un fuerte cólico con vómitos, diarrea, etc. purgose y fué al tajo mas los dolores se hicieron persistentes en la fosa iliaca derecha y se irradiaron al muslo del mismo lado: tres días después se hicieron muy violentos y apareció una tumoración redondeada y así ingresó en el Hospital Provincial.

El enfermo, pálido y demacrado se quejaba de violentos dolores en la fosa iliaca derecha y en el hipogástrico, tenía los muslos debilitados, y la presión en el vientre despertaba los más vivos dolores. Un abultamiento en dicha fosa cilindroideo y pastoso, apreciable á simple vista, con sonido á macizo, el estreñimiento y los vómitos le indujeron á diagnosticar flitis (aunque no había fiebre) consecutiva á la detención de materias tercoráceas en el ciego ó en el vermum. Seis días de tratamiento por purgantes oleosos, emolientes á la fosa iliaca, opiáceos y morfina en inyecciones; á pesar de vencer el estreñimiento y aminorar el dolor de abulta

miento creció hasta ocultar el contorno del oiego; vino luego edema, tumefacción alrededor de la espina iliaca, vómitos y ligero timpanismo; fiebre hasta de 39°5' precedida de escalofrío. "En presencia de este cuadro sintromico no cabía ya duda de que la inflamación del intestino se había propagado alrededor y que esta peritiflitis había terminado por supuración. El tratamiento médico era insuficiente y había que intervenir quirúrgica — mente". Con la incisión hubo mejoría inmediata y entre el pus abundante y mezclado con materias estercoráceas y gases de mal olor apareció una papita de sandía cuerpo extraño que "ingerido el día que el enfermo tuvo la indigestión había sido el causante de aquella perforación". No se pudo apreciar cual era el órgano perforado, pues no fueron en su busca por miedo á destruir adherencias y generalizar la peritonitis.

— OBSERVACION XIV —

Se trata de un joven de diez y ocho años que en la convalecencia de una viruela coherente, presentó de repente náuseas, vómitos y dolor en la fosa

iliaca derecha. Con purgantes salinos mejoró algo, más apareció en el sitio del dolor un abultamiento que pronto adquirió los caracteres de la tumefacción blanda y edematosa, por lo cual se pensó en un flemón de la fosa iliaca interna consecutiva á la viruela. A beneficio de la incisión se abrió un absceso situado en la parte externa del ciego del cual fluyó pus mezclado con algunas materias estercoráceas y á los dos días un enterolito del tamaño de una judía. Curación. El proceso fué más breve que en el caso anterior.

La forma del enterolito es de las que adoptan los cálculos del apéndice (Rochar) y en el caso actual, aunque el autor dice que tampoco se pudo apreciar cual era el órgano lesionado, para mí la apendicitis fué indudable. Además, la circunstancia de salir el enfermo de una infección, pudo bastar y de hecho bastó para exaltar los microbios encerrados en este caso casi seguramente en una cavidad.

— OBSERVACION XV —
De A.F. Artieda. — "El Siglo Médico" 1893

Es la primera observación donde encuentro empleada sin mezcla la palabra apendicitis.

Se trata de un obrero de 19 años, buena constitución, sin antecedentes, que á poco de padecer un chanero indurado comenzó á sentir dolor en la fosa iliaca derecha, con encogimiento del muslo; había astringencia rebelde, defecación trabajosa cada cuatro días. El Dr. Gordillo apreció el dolor, tumefacción profunda y estado febril; le dispuso una aplicación de sanguijuelas con lo que se calmó hasta poder salir; más algunos días después le repiten los síntomas con más intensidad y ahora náuseas y vómitos. Traído á la Princesa el Dr. G. Andrades diagnostica una apendicitis probable y opera; salida de pus fluido, verdoso; proctitis (lo cual explica á mi juicio el encogimiento del muslo) apéndice engrosado con un escíballo en su cavidad. Curación sin incidentes, algunos meses después el enfermo no había

vuelto á sentir la menor novedad.

— OBSERVACION XVI —
Del Dr. Barragán. — (Loc. cit.).

Joaquin Guadaño de veintiocho años, labrador; sin antecedentes y buena salud habitual. El 15 de Agosto de 1902 comenzó á sentir mal vientre, con vómitos y diarrea. Al día siguiente dolor pungitivo y lancinante en la fosa iliaca derecha; sangrías locales, sin mejoría. A los dos ó tres días abultamiento de la región y dolor, sin vómitos ni diarrea.

Al llegar al Hospital su estado era: palidez de los tegumentos; regularidad de las funciones gastro-intestinales, temperatura 38°6'. A simple vista se nota un abultamiento que ocupa la fosa iliaca, que es doloroso á la presión; es pastoso en la periferia y fluctuante en el centro: caliente y con lijera coloración de la piel. La incisión abdominal dió salida á mucho pus situado sobre la aponeurosis del oblicuo mayor; aquí había un pequeño orificio que comunicaba con el interior; ampliado, se vió un gran fo

co de pus y en el fondo el apéndice perforado é inmóvil que no quiso resacar. Curación á los quince días.

— OBSERVACION XVII —

Del Dr. F. Plá. — Gaceta Médica Municipal de la Habana.
"La Revista de M. y C. Prácticas"

H.H. de 12 años, constitución linfática, pobre; se queja de dolores agudos en todo el vientre con náuseas y vómitos, fiebre moderada; en la primera visita el pulso es frecuente, á 100; temperatura 39°. anorexia, sed intensa, lengua saburrosa y alternando náuseas y vómitos biliosos; vientre englobado, duro y muy sensible á la presión; la exploración difícil, pero pudo apreciarse á cuatro centímetros á la derecha del ombligo una zona donde el dolor era mucho más intenso y centro de irradiación; hacía 48 horas que no defecaba; habitualmente la enferma era estriñida y ya había por ello padecido algunas crisis dolorosas. Había recibido cinco meses antes con una pelota una contusión en el vientre y un mes antes una insignificante contusión. Por todo lo dicho diagnosticó apendicitis é instituyó un

(107)

tratamiento antiflojístico previa administración de un evacuaente, que sólo hizo obrar una vez con dificultad; los dolores persisten y el empastamiento se extiende. Sigue la fiebre oscilando entre $38^{\circ}4'$ y 39° . Al tratamiento local (no lo cita) añade 1 gramo de bisulfato de quinina y analgesina. Los síntomas progresan, el empastamiento crece, los dolores se hacen pungitivos; la peritonitis localizada es manifiesta. Tómese 1 gramo de calomel en dos dosis, poción sedante; hielo al vientre. A la tarde facies hipocrática, ojos hundidos, frialdad, pulso frecuente y pequeño; temperatura 39° .; se acentúan los signos peritoneales; vómitos incoercibles, hipo; se unen fenómenos de oclusión; píldoras de un centígramo de belladona; una cada hora; luego se añaden perlas de trementina y enemas de ídem. emulsionada. De noche tras diarrea abundante y fétida se restablece el curso de las heces: hay dilatación pupilar y se suspende la belladona. Los dolores agudísimos peritoneales persisten; poción con bromuro y morfina; extenso caústico. Sigue así varios días y tras una consulta en la cual con diagnósticos desiguales se conviene, no obstante, en la

necesidad de la punción y cuando se iba á practicar quiere defecar la enferma y arroja 200 gramos de pus cremoso y tres escíbalos, seguido todo ello de notable mejoría; la fiebre siguió seis días y el pus fluyendo hasta unos 700 gramos: Curación; á los dos años no había vuelto á tener novedad. El exámen microscópico demostró la existencia de varios bacilos de entre los cuales se aisló el coli.

— OBSERVACION XVIII —

Del Dr. G. Lupiáñez. — Revista Médica de Sevilla.
(en la Rev. de Med. y Cir. Prácticas). 1895

Un sujeto habitualmente bueno y sin antecedentes que repentinamente es atacado de malestar general, desasosiego nervioso y fiebre con síntomas gástricos: un purgante no le mejoró y llamó un médico que se limitó á prescribir un laxante y observar la marcha del proceso. Algunos días después en consulta se convino en una fiebre tifoidea atáxica; existía cierto abultamiento del vientre y gorgoteo en la fosa iliaca. Tras noche horrible, en que los trastornos del vientre significados por dolores vagos,

y sobre todo, por un estado de angustia visceral, se acentúan, deponiendo el enfermo y nota que por la margen derecha del ano arroja algo de pus. Una incisión en dicho sitio dió salida á una enorme cantidad de pus loable y con ello descansó el enfermo. Nuevas y más profundas incisiones permitieron nuevos derrames que arrastraron un cuerpo extraño que cuidadosamente examinado resultó ser un enterolito como una nuez de sustancia calcárea, cuyo núcleo era un grano de uva muy bien conservado. Curación.

— **OBSERVACION XIX** —

Del Dr. Molina. — La Correspondencia Médica, 1895

Niño de 11 años atacado de enterocolitis aguda y curado en pocos días. Ocho después fué repentinamente acometido de un dolor intenso que partiendo de la fosa iliaca derecha se irradiaba por el vientre en todas direcciones, siéndole insoportable las ropas más finas de la cama y exacerbándose á la más lijera presión: había además fiebre, diarrea abundante, anorexia y vómitos pertinaces. Ante tal cuadro el diagnóstico fué de perit

nitis aguda localizada por apendicitis.

Enemas de hidrato de cloral, cataplasmas laudanizadas en la fosa iliaca derecha, hielo al interior y agua carbónica para bebida usual; caldos y leche con agua de cal y solución de naftol. El niño se había ejercitado violentamente en un velocípedo y había sufrido algunas caídas. Al día siguiente el dolor igual á pesar del cloral ingerido; no hay vómitos, menos diarrea: recargo vespertino $39^{\circ}8'$, dolor intenso que hace llorar y gritar al enfermo. Hielo loco dolenti, enemas laudanizados, morfina con jarabe de ópio al interior.

Al otro día los dolores son por crisis: en la fosa iliaca tumefacción con calor, ruido de gorgoteo é indicio de fluctuación. Propuesta la laparotomía fué rechazada. Al sexto día en ocasión de estársele poniendo una inyección de morfina se le avivó el dolor; hubo vómitos de materiales fétidos, al parecer estercoráceos, continuando náuseas hasta que á las dos horas arrojó por el recto como un cuarto de litro de pus verdoso y fétido y aquella noche dos deposiciones más pequeñas pero del todo pu-

rulentas. Después fué progresivamente mejorando todo y á los quince días la curación era completa.

Esta terminación espontánea de la apendicitis no debe ser rara. El Dr. Reynier en una sesión de la Sociedad de Cirujía de París, dijo que él había padecido de apendicitis á los 21 años evacuando el foco espontáneamente por el recto: se encuentran bastantes casos en la literatura y á todos ellos como á los tres últimos aquí copiados les encajan admirablemente las siguientes palabras de Hermann Krussold (Loc. cit.) ... "También hay casos en que se forma un absceso y hay fusión purulenta. Si ceden repentinamente los síntomas y disminuye el tumor, debemos examinar las heces, donde probablemente habrá pus que prueba la perforación intestinal. En general debe establecerse según mi opinión que dicha perforación es producida por una falta cometida al intervenir el arte; esto es, que no es debida á la naturaleza sino al tratamiento, puesto que el enfermo estuvo expuesto durante el mismo tiempo al peligro de que se hubiera producido la perforación en la libre cavidad del peritoneo. Debemos seguir el precep-

to "ubi pus ibi evacua". Y no puede dudarse que en las tres últimas observaciones se corrió ese riesgo, inevitable en la última por la oposición de la familia á la Keilotomía; hasta cierto punto disculpable la segunda, donde no se hizo el diagnóstico hasta después de evacuado el pus; pero de todo punto indisciplpable en la primera.

— CUARTA SERIE —

Sólo se diferencia de la anterior como queda dicho, en la existencia como complicación de una fístula estercorácea que ha tardado más ó menos tiempo en cerrar ó que no ha cerrado, dejando fluir, unas veces más y otras menos pus y materias fecales mezcladas en proporciones diferentes. Es una de las complicaciones más frecuentes de la apendicitis; acaso la más frecuente si apreciamos las estadísticas de Treves, Pearce Gould y en general de todos los autores ingleses. Algunos abstencionistas se fundan en la eventración ó en esta complicación para no operar la apendicitis. En general, estas fístulas no son graves para la vida, pero no dejan de ser un pe-

ligro continuo y amenazador de complicaciones sépticas y cuando tardan mucho en cerrar ó no cierran, á mas de lo dicho y de ser repugnante para enfermos y allegados, llegan á hacerse desesperantes por el casi continuo fluir de materias fecaloideas líquidas ó semilíquidas que asoman por aquél ano artificial operado por la naturaleza. Operadas suelen curar con facilidad; á veces, sin embargo, son rebeldes ó se reproducen, sin contar con que en ocasiones se hacen eternas porque los enfermos no quieren operarse.

Consta la série de seis observaciones, terminadas todas por la curación de la enfermedad, pero quedando en dos como reliquias la fístula.

— OBSERVACION XX —

De D. Domingo P. Pascual. — "El Genio Médico Quirúrgico" 1878

En el transcurso de esta dilatadísima observación no aparece, no ya el nombre de apendicitis apenas usado entonces, sino ni siquiera el de peritonitis; á pesar de ello, creamos este caso típico que su autor titula "Caso notable de peritonitis aguda. Absceso abdominal consecutivo." Se trata

de un joven, N.P. Pasoual, soltero, de 29 años, comerciante, de buena salud habitual. El 25 de Agosto de 1877, sin saber el motivo, tuvo malestar general, escalofríos, pesadez de cabeza, saburra, dolores erráticos en el vientre, después náuseas y por fin vómitos de materiales ingeridos. Se dispuso 0'05 de tártaro emético y 300 gramos de limonada con lo que se obtuvo el efecto emeto-catártico, aliviándose el enfermo aunque tenía fiebre. El 26 á poco de deponer, se sintió repentinamente acometido de violento dolor en el hipogastrio y fosa iliaca derecha que le obligó á adoptar el decúbito supino. Timpanismo, tensión y dolor de vientre tal que no toleraba el simple contacto, retracción del escroto, dolor vago en el hombro derecho, cara fruncida y pálida, respiración anhelosa á causa del dolor en la fosa iliaca; hipo y vómitos biliosos escasos; el pulso, de frecuente (100) duro y lleno, se hizo más frecuente (130) pequeño y contraído; astringencia y anuria completa, no había ruido en el vientre y el dolor, la tensión y la matices en el lado derecho, eran los únicos síntomas manifiestos: los mareos al sentarse, la fiebre y los sudores al exacerbarse el dolor, que era

pungitivo y remitente, completaban el cuadro.

Se dispuso sangría general, más de tres docenas de sanguijuelas al sitio afecto; enemas emolientes y tópicos emolientes al vientre, substituídos después por unciones mercuriales. El 27 baño de asiento templado, de cuarente minutos, que restableció la orina escasa y calmó los otros síntomas. El 28 vientre más abultado, dolor sordo á la presión; fiebre regular de remisiones matutinas: enema de sulfato sódico en cocimiento de manzanilla. El 30 se le dió por primera vez un poco de caldo; por la noche vomitó también, pero esta vez un líquido espeso, achocolatado, grumoso, de aspecto fecaloideo: dicho vómito repitió al día siguiente, por lo cual temiendo una dislocación intestinal, después de darle treinta gramos de aceite de ricino provocó una consulta, en la que hubo conformidad; más se le administró el mercurio intus (calomelanos) et extra (unguento napolitano) no hubo salivación más sí una profusa diarrea verde.

El 12º. día de enfermedad, se suspendió el tratamiento y se le dieron cuatro caldos al día; se le pusieron al vientre vejigas de hielo, con lo

(116)

que éste perdió en volumen y dureza así como desapareció el dolor á la presión. El día 14^o. se le pusieron vejigatorios en los muslos, emplasto de ranas y mercurio al vientre; fricciones irritantes á las extremidades; al interior escila en polvo. Apenas hay cambio hasta el día 21 de enfermedad el vientre aumentó un poco y el dolor siempre fijo y la macidez constante en la fosa iliaca derecha. El 23 nota gorgoteo de líquidos, hay más diarrea, sudores y desfallecimiento: se dispone catecú y acetato de plomo con ópio; enemas de cocimiento de ratania con almidón, tanino y filonio romano embrocaciones al vientre con tintura de iodo y encima cataplasmas con hojas de cicuta y harina de linaza. Alimentación tónica. Nueva consulta en la que resulta que el enfermo presenta el cuadro que es de suponer y de la cual sólo nos interesa hacer constar que los síntomas de la fosa iliaca continúan en su integridad; se calculó una lesión intestinal probablemente al nivel de la válvula ileo-cecal, además de lo dicho y respecto al tratamiento **NÓ QUEDABA** otra recurso que los tóxicos resolutivos por cuya razón se dispuso pomada iodo-iodurada; píldoras de sulfato ferroso y quinina; ni

(117)

trato argéntico para la diarrea; á pesar de todo apenas varía el cuadro y el 8 de Octubre en nueva consulta se convino en la existencia de un absceso: se discutíó la operación y se acordó APLAZARLA por el mal estado del enfermo; dándole intus et extra yoduto de potasio.

Por fin el 50 día de enfermedad hicieron la dilatación del absceso que dió unos 50 gramos (?) de pus fétido: hubo abundante supuración que se corrigió con toques á los bordes de la herida con nitrato argéntico y lavados de cocimiento de quina fenicada. Al fin cutó el enfermo, quedándole una pequeña fístula.

En esta observación, que de buena gana hubiésemos copiado y seguiríamos copiando á la letra, se hace una excursión á la patología para justificar el diagnóstico del encabezamiento y respecto al tratamiento cree que la oportuna evacuación del pus influyó en la terminación favorable. Terminando diciendo que la naturaleza es muy sabia (¡quién lo duda!). Rompiendo la consigna quiero hacer un pequeño comentario á la historia, sólo en lo relativo á la terapéutica. Desde luego se vé aquí por todas partes esomando á

Broussais, en médico y consultores, con su teoría de la imitación y su terapéutica del estímulo y del contraestímulo: aquí se agota, aparte la sangría y la enormidad de sanguijuelas aplicadas, su necesaria ayudante la medicación mercurial hasta la salivación ó el principio de intoxicación como en este caso: luego los tópicos, astringentes, irritantes, derivados, una medicación verdaderamente explosiva, dicho sea con todos los respetos debidos, para venir á parar en el vejigatorio que según Malgaigne se aplica cuando ya no sabemos que hacer (Huchard. Loc. cit.) Lo indudable es que "la naturaleza es muy sabia" y que gracias á ella se establecieron en este caso las sólidas adherencias necesarias para evitar que á pesar de la terapéutica, ocurriera un cataclismo. Sirva esta observación para demostrar que aún con los tratamientos más irregulares y más en pugna con la patogenia de las enfermedades, curan éstas si la naturaleza obra.

— OBSERVACION XXI —
De mi padre.— Inédita.—

Tiflitis?. Hombre de 75 años, labrador; se queja de dolores de vientre, tiene astricción y vómitos. A los cuatro ó cinco días, tumor en la fosa iliaca derecha del tamaño de una naranja pequeña; pastoso, estercoráceo. Aumenta de volumen hasta adquirir el de la cabeza de un recién nacido; se gangrena la piel que lo cubre; incisión de estas partes con salida de pus y materias fecales, y por allí defeca durante casi dos meses, al cabo de cuyo tiempo se restablece el curso de las heces, cerrándose la fístula, que había disminuído progresivamente, tres ó cuatro días después de la defecación por los conductos naturales. Se usó como tópico el aceite fenicado. A este enfermo le quedaron como reliquias dolores, cólicos periódicos precedidos y acompañados de astricción; todo ello cedía á beneficio de 30 gramos de aceite de ricino; así vivió dos años, hasta que en una de esas crisis no se purgó, se agudizaron más los dolores y sucumbió.

— OBSERVACION XXII —
De mi padre. — Inédita.—

Mujer de unos 40 años; tiene dolores de vientre con astringencia y vómitos; á los cuatro ó cinco días tumor en la fosa iliaca derecha del tamaño de una castaña, que sigue creciendo hasta hacerse como una naranja grande y pastoso; dá sensación de fluctuación y se incinde: salida de pus y materias fecales; hay pérdida de sustancia que se extiende por la ingle hácia abajo, quedando al descubierto la arteria femoral en unos tres centímetros de su trayecto. Todo fué cicatrizando con lentitud y al mes próximamente se restablece la defecación natural y á los cuarenta ó cincuenta días la curación era completa sin que hasta la actualidad haya vuelto á tener novedad y data la observación de unos 25 años.

La complicación de la denudación de la arteria observada en este caso debe ser una cosa por todo extremo rara y excepcional, por más que Fellin en su Patología externa dice que "los flemones iliacos muchas veces al su

purar denudan los vasos, que quedan intactos y permeables".

Más exacto es, á mi juicio, la segunda parte de la proposición que la primera.

— OBSERVACION XXIII —

De Don Arturo Cantón. - La Correspondencia Médica 1898

La titula: "Perforación intestinal; fístula intestinal cutánea. Curaoi Joven de 16 años, cerrajero. Sin causa conocida sintió dolor intenso en el lado derecho del vientre; había polidipsia, saburra lingual, estreñimiento, pesadez epigástrica, fiebre. Reconocido el abdómen había timpanismo y meteorismo muy manifiesto al lado derecho del vientre, con abultamiento muy doloroso y dureza y macicez en la región ileo-cecal que se extendía á la fosa iliaca "donde normalmente corresponde el apéndice vermicular". Dieta de leche, por no tolerar caldos, pomada de belladona y un laxante. Tres días después rotura amplia de la pared abdominal, con expulsión de materias fecaloideas fetidísimas. Cura fenicada, desague y algú

tiempo después curó el enfermo sin peritonitis.

El Sr. Cantón diagnosticó este caso de tiflitis ó más bien peritífilitis por enclavamiento de algún enterocolito en el apéndice, origen de todo el mal, ó mejor de alguna ó algunas de las pepitas de la fruta que días antes había comido el enfermo en gran cantidad.

— OBSERVACION XXIV —

Del Dr. Iranzo. - "La Clínica Moderna", Julio de 1906

Antonia M. 26 años soltera. Comenzó veinte días antes con vómitos, diarrea y dolor intenso en el vientre, todo ello repentinamente. Es operada de urgencia: se confirma apendicitis y peritonitis generalizada: extirpación del apéndice perforado y un absceso: otra laparatomía izquierda para vaciar gran cantidad de pus que hay entre los intestinos: lavados peritoneales. Siete días después de operada aparece una fístula estercorácea, que algunos días después se cierra. Curación. (Este caso, que quizá estaría mejor en la serie siguiente, fué operado por el Dr. Lozano, quién lo

dá á conocer en un trabajo sobre la anestesia por la escopolamina-morfina.)

— OBSERVACION XXV —
Inédita.— Propia

Mujer de 56 años, tiene un cólico violento con dolores de todo el vientre principalmente localizados en la región del epigastrio. Hace algunas deposiciones blandas y tiene vómitos primero alimenticios y después biliosos. Se purga; bebe infusiones calientes, se fricciona el vientre con aceite y como no se calma pide alguna medicina que se le administra en forma de poción morfinada con lo cual se tranquiliza.

La veo el 31 de Marzo (1906), está en decúbito supino, tiene malestar gástrico, inapetencia, dolores por todo el vientre, ha hecho una deposición. Tiene la lengua blanca saburrosa; el vientre y el epigastrio son sensibles á la presión, pero no dolorosos; nada en el punto de Mac Burney explorado cuidadosamente; temperatura normal; pulso algo frecuente y débil. Se prescribe un laxante oleoso; que siga la poción calmante: fomentos calientes al

vientre. Al día siguiente tiene en el pliegue de la ingle á un centímetro por encima y por fuera del rafe de los grandes labios, un abultamiento como una pequeña nuez insensible al tacto, pero doloroso á la presión. Como no era reducible ni gorgoteaba me incliné á salificarlo de infarto ganglionar, aunque dudando si sería una punta de hernia crural, dado su sitio y ya que son más frecuentes que las inguinales en la mujer (Tillaux, Loc. cit.). Por lo demás, el estado del vientre ha mejorado; el general es bueno y sólo la aqueja, la inapetencia, el asco á comer y la sensibilidad gástrica; por esta razón prescribo un vomitivo de ipecacuana que obró bien y permitió descansar á la enferma; pero al día siguiente el dolor constante al punto ya indicado de la ingle, me hace de nuevo fijar la atención en dicho sitio y me encuentro con una tumefacción plástica que arrancando del sitio dicho se dirige hácia fuera y arriba en una extensión de siete y medio centímetros, siguiendo la cascada de Poupert como una morcilla estrecha. Mediante cataplasmas emolientes reventó tres días después arrojando mucho pus, mezclado con materias fecaloideas, semilíquidas, completamente digeridas. La enfer-

ma tuvo fiebre hasta de 39° . los dos días antes y desapareció al abrirse el absceso: la enferma defecaba regularmente cada 24 ó 36 horas, sin llegar á las 48, pero desde que se abrió el absceso, ó mejor 20 horas después que defecó no volvió á hacerlo en muchos días. El pus fluye de continuo, á veces puro, otras mezclado con sangre ó materias fecaloideas, rara vez sangre pura. La abertura está situada á un centímetro sobre el pliegue inguinal, es paralela á este y estrecha. Se le hace cura antiséptica y desague: la fístula se reduce extraordinariamente hasta quedar un pequeño agujerito; más se abre por otro lado y son dos las pequeñísimas aberturas que hoy 29 de Agosto existen dando á veces pus; á veces un líquido sanioso, fecaloide y defecando la enferma regular ó irregularmente. Se resiste á la operación, como antes se resistió á la abertura del absceso y no sé hasta cuando la durará este calvario.

Con esta observación ha terminado la cuarta serie que bien pudo reducirse á un caso menos, el 24; pero ya fijada nuestra atención en la fístula como complicación y no en la peritonitis, la incluimos en esta; de todos modos,

la división hubiera resultado igualmente arbitraria. Bien haría en este sitio algunas reflexiones, sobre todo en lo relativo al diagnóstico, pero pienso discutirlo en la parte siguiente. Algo se debe decir, sin embargo, del tratamiento del foso; pues ha curado mejor cuanto mejor tratado; veáanse sino la observación primera y la última de esta serie y compárense con las demás.

— Q U I N T A S E R I E —

Aquí se incluyen las terminadas en peritonitis generalizadas. Todas terminaron por la muerte; pues la única observación de peritonitis que terminó por la curación, la operada por el Dr. Lozano, vá incluida en la serie anterior. Algo dice esto respecto á la terapéutica pues aunque los casos son pocos, los hechos son muy expresivos y pueden servir para ayuda á probar que las peritonitis generalizadas apendiculares, esas que pertenecen á las pompas fúnebres, según Roux de Saunanne, curan á veces, como es ya de conocimiento casi vulgar, cuando un cirujano hábil y valiente, no temera—

rio: abre y limpia la gran serosa abdominal. Cuando es verdad la frase de Roux, es cuando se quiere poner mediante el tratamiento médico, en mejores condiciones al enfermo para ser operado, como quieren Reynier y algunos pocos, poquísimos por fortuna.

— OBSERVACION XXVI —
De mi padre. — Inédita

S.T. como de unos treinta y cuatro años. Hace ocho días padece de dolores en la fosa iliaca derecha; vómitos primero alimenticios y biliosos, después porráceos y por fin fecaloideos; fiebre. Se había diagnosticado por el médico de cabecera una hernia estrangulada y la había tratado, por la taxis repetida, emoliente y había administrado antieméticos.

En la consulta se convino en que se trataba de un flemón iliaco, absceso circunscrito, en el punto clásico de la apendicitis (por tanto más alto que donde suelen asomar las hernias), fiebre, facies peritoneal, pulso muy frecuente, peritonitis localizada. Con urgencia se mandó avisar un cirujano,

que no pudo acudir y la peritonitis se generalizó rapidísimamente y falleció la enferma enseguida.

— OBSERVACION XXVII —

Hombre de 40 á 45 años, tiene por la noche vómitos y dolores cólicos; hace un par de deposiciones blandas y escasas. A la mañana siguiente dolor fijo en el punto de Mac Burney, vómitos líquidos y fiebre. Al día siguiente la fiebre aumenta, vómitos, astringencia, peritonitis circunscrita; al cuarto día se generaliza la peritonitis y al quinto muere el enfermo. El tratamiento empleado por su médico fué: purgante, sanguijuelas al vientre; pomadas de belladona y mercurial, cataplasmas emolientes.

— OBSERVACION XXVIII —

De los Drs. Ribera y Cabañas.
Revista de Medicina y Cir. Prácticas 1892.

Es un hombre de treinta y cuatro años, de la clínica del Dr. Jimeno, con náuseas continuas, vómitos fecaloides, diarrea, intolerancia absoluta ali-

menticia; pulso pequeño muy frecuente; vientre timpanizado con fuertes dolores espontáneos y á la presión.

A la palpación, á pesar de la distensión del vientre, pudieron distinguirse dos zonas: en la fosa iliaca derecha, extendiéndose hacia la línea media y ombligo se notaba una tumoración distinta del resto del vientre: en dicha zona había fluctuación y sonido á macizo. Se hizo el diagnóstico de peritífritis supurada con colección enquistada terminando por peritonitis generalizada. Abierto el peritoneo vieron el pus formando un enorme absceso que incindido dió salida á un líquido puriforme de olor estercoráceo y abundantísimo. Grandes masas (que escindió) de epiploón gangrenadas había dentro de aquella cavidad. Muerte.

— OBSERVACION XXIX —

Del Dr. Ferrer y Baonza. — Rev. de Med. y Cir. Prácticas 1901

No lleva título. Benita P. veinticinco años, sin anamnesia patológica, múltipara, sin tara orgánica, sintióse el 23 de Febrero molestada por un do

lor abdominal subagudo. Su estado era, decúbito supino por ser el más cómodo, lengua con lijera saburra; el vientre propio del embarazo, astringido desde el día antes y dolor abdominal: Sin vacilar señaló varias veces la enferma el punto de Mac Burney como el sitio del dolor, y él procurando distraerla notó que siempre se quejaba á la palpación en aquel sitio y no en otro; había hiperestesia cutánea y dureza leñosa; en una palabra, la triada completa. Nada indicaba la existencia de un aborto. Se dispuso quietud; morfina en inyecciones, leche tan fría como le fuera posible á pequeños sorbos. Al día siguiente náuseas y vómitos amarillos verdosos, facies alterada, sed intensa, astringido, dolor. Al siguiente, empeoró: á la pequeña hipertermia observada, reemplazó la hipotermia; el pulso se hizo muy débil; la timpanización abdominal aumentó; hubo más náuseas y vómitos; en resumen, á la face apendicular se unió la peritoneal. Hubo dos pequeñas deposiciones: al tratamiento empleado se unieron fricciones mercuriales y enemas de aceite.

El 26 abortó sin consecuencias. Al día siguiente hubo una retrograda—

ción de todos los síntomas, una verdadera calma traidora y por la noche falleció la enferma.

Opina que las cosas empezaron en el apéndice y acabaron en peritonitis difusa.

Con esta observación termina la última serie que desgraciadamente no puede ser más desastrosa: un éxito, el del Dr. Lozano que figura en la serie anterior y cuatro fracasos; tres ocurridos sin intervención quirúrgica y uno con ella, pero ¿en qué condiciones? además aunque éstas no hubieran sido tan desastrosas, no es tan desconsolador pensar que de dos intervenciones hubo un éxito; en cambio en las tratadas médicamente ¡qué tristeza! todas, las tres, acabaron por la muerte y lo mismo hubiera sucedido ciertamente á ser trescientas las observaciones. ¡Ya no sé como hay quien pueda pensar en la no intervención en las peritonitis generalizadas sean sépticas ó supuradas, siendo verdaderamente milagroso el que se curen por el tratamiento médico, si es que se cura alguna, y en cambio, probable la curación por la laparotomía y toilette del peritoneo!.

Terminada aquí, la segunda parte en la tercera se harán algunas indicaciones sobre complicaciones observadas y el diagnóstico diferencial sólo de las confusiones habidas en las escritas observaciones; por ser tarea imposible traer á cuenta otras afecciones.

— TERCERA PARTE —

COMPLICACIONES. Pocas enfermedades habrá que las tengan tan numerosas y terribles como la apendicitis; en todos los aparatos orgánicos se sientan los efectos del terrible veneno apendicular; ya en forma de infecciones secundarias ocasionadas por los microbios que atravesando las paredes del apéndice, van á establecerse en el hígado por el sistema de la porta ó en otras vísceras ó tejidos del organismo, ya en forma de envenenamiento ó toxemia.

Treves y Pearce Gould han descrito como complicaciones de la apendicitis fístulas fecales, obstrucción intestinal, parotiditis no supurada, abscesos de residuo y secundarios, senos persistentes, depósitos inflamatorios,

abscesos recidivantes, colitis, tromborís de la vena femoral, pileflebitis embolia pulmonar, tromborís de la safena interna, bronconeumonía, pleuresia con derrame y sin él, empiema, bronquitis aguda, reblandecimiento cerebral con paraplegia al día siguiente de la operación, ovaritis supurada, piosalpingitis doble, neurastenia, tiroiditis..... Kirmiason ha comunicado casos de absceso á distancia con pleuresia; absceso lumbar comunicante con el riñón; hemorragia fulminante por rotura de la vena iliaca; hemorragia séptica, y con Delbet, Broca, Ricard, Gayón, Dieulafoy, etc. gastritis ulcerosas con violentas hematemesis ó vómitos negros apendiculares, para los que L. Championnière propone los lavados repetidos del estómago por creerlos derivados de la toxemia, tratamiento preconizado hoy con estusiasmo para la dilatación aguda portoperatoria. Berger ha descrito *semisitis* y pleuresías.

Duret, habla de las complicaciones urinarias que divide en tres grupos: trastornos funcionales é inflamatorios sin pus (acaso estén comprendidas aquí la observación del Dr. Martínez Vargas y hasta cierto punto las de Lá

zaro y García del Real); lesiones supurativas y formaciones de cálculos urinarios y estercoráceos.

Baymond y G. Guillain, han descrito una neuritis ascendente como complicación de la apendicitis; secuela poco estudiada y conocida aún y que sería más frecuente, según ellos, en los apéndices de posición retrocecal. Finalmente, Dieulafoy, nos habla todos los días de nuevas y más terribles complicaciones; unas veces son las terribles hematemesis, ó el hígado apendicular con abscesos que también ha descrito K. Koch, ó la funesta ictericia apendicular, síntoma de una toxemia pronunciada, ó el riñon apendicular con lesiones poco aparentes y realmente afecto de una nefritis degenerativa aguda descrita por Nathan-Sarrier, ó la pleuresia, enfisema subfrénico, la gangrena del pulmón, etc.

Entre nosotros, la mayoría de las complicaciones son desconocidas ¿será por deficiencia en el estudio de la enfermedad, ó será - y acaso esto sea lo más probable - porque, dado nuestro habitual modo de vivir, á la frecuencia menor de la apendicitis se unirá la menor gravedad? Ya queda di-

cho más atrás la influencia del régimen carnívoro en la frecuencia y gravedad de las apendicitis y es muy lógico suponer que allí donde son más numerosos los casos y de mayor gravedad, sean más numerosas y terribles las complicaciones.

Por lo que hace á las observaciones anteriormente copiadas, ya se echa de ver, que aparte lo que de complicación urinaria puedan tener los casos citados atrás, todas las demás se han reducido á bien poca cosa: un caso de fagedenismo con descubrimiento de la arteria femoral en más de tres centímetros que acabó en la curación, complicación que por no encontrarla citada más que en la obra de Follin, la conceptúo de una rareza extraordinaria, aunque de lo dicho por tan eminente cirujano podría deducirse otra cosa.

Un caso de pleuresia izquierda que por las circunstancias de su aparición y desarrollo, aunque su autor la califica de pleurodinia é frígore, se verá leyendo atentamente la observación que tuvo más de pleuresia que de pleurodinia, y aunque fué izquierda y parece ser que Dieulafoy admite

sólo las derechas, dada su manera de explicar la propagación de la infección apendicular (venas meseraicas, sistema de la porta, hepáticas y ca-
va), yo creo que una vez los microbios ó las toxinas en el torrente circu-
latorio, no escojerán sitio para fijarse sino que se instalarán en el ór-
gano que encuentran en peores condiciones ó en el primero que las ofrezca
ocasión de detenerse á colonizar. Nuestro caso terminó por la curación y
es de notar que no se hizo operación de ningún género.

La complicación más frecuente en las observaciones que preceden es la
fístula, el 20 % y esto debe suceder tambien en Inglaterra á juzgar por
los datos que tengo á la vista y que no transcribo por ser ya esto dema-
siado largo; yo no sé si allí será por la poca costumbre que tienen de ex-
tirpar el apéndice; pero aquí, de mis observaciones puede deducirse que
las fístulas pueden presentarse extirpando al apéndice (obsv. 24) ó no
extirpándolo; lo que sí parece es que curan fácilmente cuando se ha extir-
pado ó se ha hecho una amplia dilatación del absceso y tardan en curar ó
son persistentes cuando no se abrió ó se hizo tarde y más; así se despren-

de del hecho de haber curado cuatro de las seis pronto y bien y dos mal ó nunca; la primera de la série (obsv. 20) que podría titularse muy bien, "el calvario de un infeliz" y la última que es propia y, como queda dicho, la enferma se opuso y sigue oponiéndose no sólo á la operación radical sino á la simple dilatación del trayecto: el absceso hubo de reventar por sí, á fuerza de emolientes y como los orificios actuales son insignificantes y la primitiva herida era estrecha y tortuosa, la limpieza á pesar de hacerse inyecciones con jeringa grande, no puede hacerse en todos los rincones y allí estará el foco amenazador - si es que no pasa de la amenaza al hecho el día menos pensado - hasta que la enferma se canse y se opere, pues así curó E. Cervera dos fístulas umbilicales que databan de más de un año (en ambos casos el apéndice estaba adherido al ombligo) ó hasta que el pus poco á poco se haga estéril como presente Bux y acaba la herida por cerrar, aún cuando esto me parece muy improbable.

No cito las peritonitis generalizadas porque no las considero como complicación de la apendicitis, sino como la última fase de la terrible en-

fermedad, pues cuando no llega á ella es porque la naturaleza ó el tratamiento la detuvieron en su marcha. De considerarlas como complicación, era una proporción no despreciable: la sexta parte; pero quizá interviniera en esto algo el tratamiento; acaso con una terapéutica más apropiada, los casos se hubiesen reducido y cuando se vió la necesidad de llegar á la operación, de haberle hecho, probablemente la cifra de mortalidad sería algo menor; así, resulta verdaderamente aterradora.

DIAGNÓSTICO. El de la apendicitis franca, aguda, típica, es relativamente fácil; pero la moda de una parte y el miedo de otra ha hecho que se vean apendicitis por todas partes y que no sólo los enfermos sino los médicos, sufran esa obsesión y confundan las apendicitis con las enfermedades más raras y diferentes. Ciertó que en ocasiones el diagnóstico es difícilísimo, á veces imposible, pero esto sucede con poca frecuencia, y además, ¿qué enfermedad existe que no pueda proporcionar sorpresas al médico sobre todo cuando se presenta de una manera anómala? Por eso debemos fijarnos mucho en los síntomas y analizar detenidamente uno á uno se-

gún su importancia, procurando reunir el mayor número posible de datos para llegar á un conclusión acertada y formular en consecuencia el tratamiento. Claro que aún así habrá errores, pero eso es inevitable.

¿Podemos esperar algo del exámen de la sangre? Prescindiendo de que la casi totalidad de las operaciones realizables para ello son imposibles por varias razones en la práctica rural, tampoco del hemodiagnóstico podemos sacar, hoy por hoy, nada en conclusión, aunque W. Keen de Filadelfia, haya dicho que el exámen leucocitario suministra datos de gran utilidad por indicar la reacción del organismo y aunque otros clínicos franceses y alemanes le hayan concedido más importancia de la que tiene en realidad, pues mientras unos como Berenson y Labbé dán como signo de apendicitis una gran leucocitosis, por lo cual, dicen, es en ocasiones muy difícil el diagnóstico con el cólico saturnino, otros como Sonnenbury y el mismo Keen dicen que la leucocitosis por sí, puede establecer el diagnóstico. Depage afirma que la basofilia es constante en el cólico saturnino y no existe en la apendicitis. Más conformidad hay en la diferenciación

con la fiebre tifoidea, donde la leucopesia es evidente; pero contamos hoy con mejores medios de diagnóstico para esta enfermedad.

Analizaré, mejor, citaré, algunas de las infinitas enfermedades con que se ha confundido la apendicitis y viceversa y sólo haré rápidamente el diagnóstico diferencial con la hernia, la enterocolitis, la tifoidea y hasta donde sea posible con las tiflitis, por ser concomitantes ó sucesivas las enfermedades (la enterocolitis) ó ser el error cometido en nuestras observaciones. Claro está que con los abscesos iliacos, peritiflíticos y demás diagnósticos apuntados que después resultaron apendicitis, no haré el diagnóstico por ser estas denominaciones corrientes, no há mucho tiempo aún serlo actualmente entre algunos cirujanos y médicos sobre todo los alemanes que involucran los términos: peritiflitis y apendicitis. Por lo demás, en los casos aquí copiados casi siempre se atribuye al apéndice la enfermedad con lo cual queda realmente establecido el diagnóstico, sinó de nombre, de hecho.

Auvray en un Manual exclusivamente dedicado al diagnóstico de las apendi

citis, cita más de cincuenta enfermedades con las cuales podría confundirse. Dieulafoy en sus lecciones de clínica médica también lo hace con muchas enfermedades, fijándose de preferencia en la enterocolitis, la peritonitis á neumococas y la anexitis derecha que tienen muchos síntomas comunes á la apendicitis. Kirmisson y Routier han citado casos diagnosticados de oclusión intestinal y resultar que el apéndice largo y retrocecal era el autor de los accidentes. Berger, J. Madinaveitia y otros estudian el diagnóstico con las colecistitis cuya concomitancia con las apendicitis ha puesto - entre otros - Dieulafoy de manifiesto. De diagnóstico difícilísimo con el embarazo tubario han citado notables casos König (Soc. Med. de Altona.- "El Siglo Médico") y Recasens, el primero tomando por apendicitis un embarazo y el segundo haciendo el diagnóstico exacto de apendicitis, pero haciendo resaltar las dificultades inmensas que á veces pueden ocurrir, pues en su caso, como había un mioma y el ataque apendicular fué tan brutal y rápido y con tales fenómenos, que "á no haberse presentado fiebre en seguida ó no haber sido virgen la enferma y á no haber visto la realidad

con la operación, se hubiera pensado en la rotura de un embarazo tubario": esto mismo lo ha confirmado Segúen en la Soc. de Cir. de París, diciendo. La rotura del embarazo extrauterino puede ser difícilísima de diagnosticar cuando no hay colapso inicial, hay hipotermia, dolor en la fosa ilíaca y timpanismo: tuvo dos errores; en ambos el apéndice estaba sano y la trompa desgarrada. En estos casos no puede haber contractura muscular. Y en fin, se podrían citar aquí casos interminables á poco que se revisara la literatura médica.

También se exagera hoy en esto de la apendicitis poniéndose uno enfermo por ver al vecino, y sin parar mientes en las históricas citaré aquí la observación de piequé: una guarnición donde un oficial enfermó de apendicitis, se le operó y murió, y al día siguiente habían enfermado de lo mismo, los dos tercios de los oficiales del destacamento y todos curaron cuando se les convenció de que no tenían nada.

Tales hechos y más que se podrían citar han hecho exacta la siguiente frase de Nittio: (Aca. Med. París 1905). "Las apendicitis son muy frecuen-

tes, pero hay una verdadera preocupación y se mandan al cirujano casos de riñon flotante, salpingitis, enfermos del tubo digestivo..... neurasténicos, etc. como enfermos de tal órgano y nunca ó casi nunca sucede lo contrario."

Por eso, como queda dicho, es conveniente analizar bien los síntomas y concederles la importancia que tengan no haciendo diagnósticos á la ligera para evitar errores. Claro es que habrá casos muy difíciles, por ejemplo, una pulmonía con punto de costado abdominal (Garreau) frecuente sobre todo en los niños, que tienen situado el apéndice muy alto, hasta el punto de ocasionar dolor en el frénico cuando está aquél infectado (Glazebrook). Como en la pulmonía suele haber además vómitos y otros síntomas gástricos, con fiebre, el diagnóstico puede flaquear, sobre todo si, como dice C. Hood (Aspectos clínicos de la pulmonía. New York. Medical Journal 1906 in Rev. Med. y Cir. Prácticas) el síntoma inicial es un ataque de dolor agudísimo en el abdomen; aunque la rapidísima ascensión de la temperatura y el pronto predominio de los síntomas torácicos nos pondrán pronto

en guardia.

Cuando el dolor se localiza en la región del estómago, como sucedió en mi observación 25, el diagnóstico puede ser imposible, sobre todo si faltan la hiperestesia y la defensa muscular. Así lo ha dicho también Huchard muy recientemente (Aca. Med. París, Julio 1906) quien ha referido el caso de un enfermo tratado durante 18 meses por crisis de hiperclorhidria y era un apendicítico. No había punto de Mc. Burney y todo el cuadro sindrómico se reducía á dolores paroxísticos en el epigastrio con náuseas y vómitos. Operación sobre el apéndice y curación.

No haré ya más digresiones y con hacer los diagnósticos más atrás indicados quedará esta parte concluída. Puede confundirse la apendicitis con la enterocolitis y buena prueba de ello son las quejas recientemente lanzadas por Dieulafoy desde la tribuna de la Academia de Medicina de París, afirmando y probando (como probaron también otros varios) que se operan muchas enterocolitis que no son apendicitis. De esta comunicación surgió de nuevo la discusión de la simpatía ó antagonismo de ambas enfermedades, punto

ya discutido en esta memoria en el lugar correspondiente, pero el hecho queda patente: la confusión entre ambas enfermedades no es rara. Se las puede distinguir, sin embargo, la mayoría de las veces, no fijándose tanto en los antecedentes enterocolíticos del enfermo como quieren Dieulafoy, Au- vray, etc.; pues á mi juicio está probada la existencia de apendicitis en colíticos, sino fijándose especialmente en los síntomas clásicos. El dolor se puede precisar mejor en la apendicitis y, aunque se haya irradiado al vientre, la exacerbación en el punto clásico es segura: en la enterocolitis se localiza en el trayecto de los cólons, dando la sensación "como una barra" que se fijan en dicho sitio; y si en la tiflocolitis puede estar y está localizado en la región del apéndice suele seguir el trayecto del cólon y no difundirse; sobre todo á la palpación un poco profunda el dolor en el trayecto de los cólons es casi siempre manifiesto; no suele ser la hiperestesia exagerada en la enterocolitis y suele no existir marca de la defensa muscular. Por otra parte, la fiebre nunca ó rara vez se presenta de importancia; los vómitos no existen y la astringencia total, tan

frecuente en la apendicitis ó la diarrea profusa, son sustituidas por las deposiciones mucomembranosas y sanguinolentas, típicas de los colíticos, que van además siempre acompañadas de tenesmo. Como se vé, no faltan síntomas de donde echar mano, pero á pesar de ello, á veces es muy difícil establecer la diferencia ó concomitancia y buena prueba de ello es el caso recientísimo relatado por Reclus á la Academia de París (Bulletin de la Aca.) Llamado dicho profesor por el Dr. Enríquez para ver un enfermo, le pareció apreciar la existencia de ambas enfermedades y propuso la operación; llamado Dieulafoy (autoridad indiscutible en la materia) comprobó la enterocolitis y desechó la apendicitis; el enfermo fué operado dos días después por Jalaguier quien extirpó el apéndice enfermo. Véase pues como á veces las dificultades pueden ser enormes y sobre todo como en todas las ocasiones los exclusivismos hacen mucho daño.

También puede confundirse la apendicitis con las hernias, y de hecho se ha confundido. En las precedentes observaciones hay dos, la 25 y la 26 en que ocurrió tal confusión; bien es verdad que en la última acaso no debió

de ocurrir, pues el sitio donde apareció el absceso era casi por sí sólo suficiente para excluir la idea de hernia, aparte la existencia de otros síntomas propios de apendicitis; pero en la 25, en la mía propia, me parece justificado hasta cierto punto el error, pues habían faltado los síntomas clásicos de la apendicitis, incluso la fiebre, explorados con sumo cuidado, y cuando apareció el abscesito, fué en el punto donde asoman las hernias crurales y además no había dolor; es cierto que había dureza é irreductibilidad, pero eso no me parece suficiente para excluir la idea de una punta de hernia crural; en cuanto á la apendicitis, ciertamente no pensé en ella hasta que ví al absceso alargarse como un pez hácia arriba. Pero aún me cabe la duda de si sería una verdadera hernia aún cuando fuera sólo del apéndice y las tunicas de envoltura como ya se han citado casos por Routier, Bary, Rochard y otros (Soc. Cir. París 1904). Cuando haya hernia y se presente la apendicitis puede creerse en una complicación herniaria, como le sucedió á Guinard en 2 casos (Auvray), pero no preexistiendo hernia, el diagnóstico puede hacerse - fijándose mucho - la mayoría de las

veces, pues sobre lo raros que resultan los accidentes de estrangulación repentinos al presentarse la hernia, si acaso ocurre alguna vez, aunque haya vómito y ansiedad, dolores y otros síntomas, no hay fiebre ni se aprecia la localización de la triada; además los vómitos en la estrangulación, son violentos, continuos, persistentes y no suele ocurrir así en la apendicitis; el enfermo en aquella enfermedad, está además inquieto, jadeante, bañado continuamente en sudor, cosa que no ocurre en esta otra.

Con la fiebre tifoidea puede ser á veces el diagnóstico clínicamente imposible; en nuestra observación 18 se cometió ese error, y, si bien es verdad que los síntomas se presentaron de repente, no lo es menos que fueron sólo síntomas gástricos, desasosiego nervioso y fiebre y que hubo gorgoteo en la fosa iliaca, signo muy importante de tifoidea para muchos clínicos. Por lo demás, los errores no escasean: así ha referido Tuffier el caso de un joven diagnosticado por dos médicos competentes de apendicitis hipertóxica con temperatura de $40^{\circ}5'$ y en la operación vió el apéndice obliterado en su parte media, pero sano, sin otra lesión; el sero diagnóstico hecho

algunos días después reveló la existencia de una tifoidea. Es notorio que la hipertermia era más propia de un tifoideo que de un apendicítico, pero también hay apendicitis hipertóxicas que alcanza esa temperatura. Auvray, en un libro sobre el diagnóstico de la apendicitis, también habla de dos casos operados por él, uno de los cuales había sido diagnosticado por Moutard-Martin y Campenon y que resultaron de tifoidea; Lejars cita un caso parecido; Comby dice que en los niños ese diagnóstico puede ser difícilísimo, acaso imposible; así opinan también Marfan, Barbier, Moizard, Broca, &

Claro está que cuando se espera á ver la marcha que toman los accidentes ó cuando la tifoidea se presenta como suele hacerlo, la duda no es probable; sólo puede acontecer eso en los casos que la apendicitis tiene un principio insidioso ó cuando la tifoidea comienza bruscamente; entonces para el rural no queda otro recurso que examinar con mucho detenimiento los síntomas y hacer un diagnóstico de mayor ó menor probabilidad, según que abunden unos ú otros, pero no de absoluta certeza: el comienzo más ó menos brusco pero no insidioso, la rápida elevación de la temperatura, la inten-

alidad del dolor, los vómitos, la falta de cefalalgia, etc. deponen á favor de la apendicitis. En los sitios donde pueda hacerse el sero-diagnóstico de Widal y mejor aún el de los Doctores Salazar y Durán (de una sensibilidad exquisita) más seguro; ó el exámen de la sangre, orina y heces por el método de Conradi podrían resolver la duda, aunque resultan procedimientos tardíos. La leucocitosis en la apendicitis y la leucopenia en la tifoidea tál vez ayuden al diagnóstico. Sin embargo, se dan casos de error aún observando el curso de la enfermedad, como el del Dr. Josías: una niña de 6 años con signos de apendicitis, fallece en el coma y en la autopsia se vió el apéndice sano y en cambio ulceradas y sin perforar muchas placas de Pezzeró: era, pues, dotinentería.

Y para terminar, veremos hasta donde puede hacerse el diagnóstico con las tiflitias. Desde luego la dificultad salta á la vista tratándose de órganos que se continúan, que á veces enferman sucesivamente y que dan síntomas iguales. Esta dificultad ya era manifestada hace bastantes años y aún subsiste: así v.g. Damaschino en su libro de "Enfermedades del aparato di-

gestivo", dice: "¿Es posible distinguir la inflamación del mismo ciego de la inflamación ó perforación de su apéndice?, en manera alguna, porque los síntomas de ambas son los mismos." Strümpell dice "en el concepto clínico no hay manera de establecer una separación entre la tiflitis y la peritífritis. Solo el curso ulterior puede establecerla en tanto es posible." H. Eichhorst escribe "la infección del apéndice provoca síntomas iguales á los del ciego". Finalmente, el Dr. González Campo en una reciente discusión decía: "Por lo que hace á los síntomas de apendicitis en que se ha extirpado el apéndice (Yagüe) debo decir que el ciego no es inmune y hoy clínicamente es imposible distinguir la tiflitis de la apendicitis".

Como se vé la conformidad es absoluta: la dificultad de diferenciar ambas enfermedades es inmensa; muchas veces imposible, como sucede con las perforaciones del apéndice ó cólon. Sirva de ejemplo el siguiente caso del Dr. González Álvarez ("El Siglo Médico 1893). Un niño de tres días con síntomas de peritonitis; se duda de la causa y á los tres ó cuatro días se muere el enfermito, encontrándose en la autopsia varias perforaciones y

algunas ulceraciones tuberculosas del cólon á 22 milímetros de la válvula íleo-cecal. ¿cómo precisar el diagnóstico de tales casos? Kirmisson y Monod también han visto casos de perforaciones intestinales y del ciego y dicen que en estos casos el diagnóstico con la apendicitis es imposible; por lo demás no es muy importante pues la terapéutica ha de ser quirúrgica.

Como en las observaciones escritas en la "segunda parte" figuran muchas con el apodo de tiflitis y en algunas muy nuevas (la 7ª) pretenden sus autores conceder una importancia capital al ciego y poco menos que nada al apéndice, á pesar de estar probado todo lo contrario, procuraré establecer los signos que ordinariamente permitan distinguirlos aunque siempre quedarán casos dudosos como, á mi juicio, lo son la observación 6ª y acaso las 21 y 22, por más que de estas nada se puede afirmar por la falta de datos concretos.

La invasión en la apendicitis es mas brusca, mas intensa, mas aguda (Eihhorst); los dolores son muy vivos en la apendicitis, más sordos en la tiflitis (Strümpell) en forma de sensación de peso. La tumefacción, ó no

existe ó se limita mas en las apendicitis; en éstas suele ser el meteorismo menos pronunciado; la resistencia á la presión mas superficial y circunscrita que en las tiflitis, en una palabra, la triada propia, típica y característica de la apendicitis ó no existe ó es obscura en la tiflitis; en éstas la tumefacción es á veces móvil transversalmente, multilobulada y conserva la huella del dedo que la oprime; frecuentemente además se notan materias estercorales en el trayecto del intestino grueso; los vómitos suelen faltar en la tiflitis y la fiebre ó no existe ó es menos pronunciada que en la apendicitis. Estos son los signos que permitirán distinguirlos, siempre con las salvedades hechas é inclinándose á la apendicitis en caso de duda por su extraordinaria frecuencia frente á la rareza de las tiflitis.

Acaso no sea esta parte todo lo completa que debiera, aún dentro de los límites trazados, pero la desmesurada extensión que esta memoria vá adquiriendo, me obliga á entrar decididamente en la última.

— CUARTA PARTE —

Llego ya rendido y maltrecho á lo que precisamente debía constituir el objeto principal de mi discurso, por eso me temo sea la parte peor entre las otras malas. Con la extensión que insensiblemente dí á las partes anteriores, no me atrevo ya en este á ser tan extenso como era preciso para justificar el título del encabezamiento; resumiré pues todo lo posible para llegar cuanto antes á las conclusiones, y, pasando como sobre ascuas por los diversos tratamientos tanto antiguos como más ó menos nuevos que no han llegado á tomar carta de naturaleza, me fijaré principalmente en el tratamiento hoy más usado que es el preconizado por Jalaguier, en la medicación evacuable y en la oportunidad del operatorio; haciendo en este último algunas advertencias sobre las dificultades con que se lucha en la población rural para establecer ó practicar este último, por intervencionista que uno sea; teniendo muchas veces necesidad absoluta de ser contemporizador por imposibilidad de ser otra cosa.

Desde luego se nota en nuestras observaciones que la apendicitis ha curado con los más diversos tratamientos y algunas veces, á pesar de ellos, y digo esto porque parece inverosímil que ciertos casos hayan curado habiendo hecho lo posible para debilitar al enfermo, hacer mas virulentos los microbios y favorecer las perforaciones y hasta los desgarramientos; lo primero sangrando á destajo y poniendo una enormidad de sanguijuelas sobre el foco, colocando encima unguentos y emolientes y sosteniendo una dieta de abundantes caldos y alimentos sólidos, y lo segundo, purgando sin consideración una y otra vez, pues observación hay en que después de haber purgado al enfermo una vez con sulfato de magnesia, como no dió resultado se repitió la purga para afianzar el diagnóstico; pero esto no es lo general en las observaciones apuntadas y si bien es cierto que la mayoría de ellas pasaron - indebidamente quizá - por la prueba de la purga, tambien lo es que el purgante empleado fué casi siempre suave y no se repitió; amén de sostenerse una dieta riguroso á mi juicio base fundamental del tratamiento Asoma tambien en muchas observaciones el criterio antiflogístico y no se

le deja de atribuir en algún caso el éxito, gracias á la energía con que fué empleado. Pero tanto éste, como todos los otros tratamientos medicamentosos variados y los emolientes ó sanguijuelas á las partes, resolutivos, vejigatorios, etc. son medicaciones desechadas hoy y definitivamente juzgadas en la terapéutica de la apendicitis; por tanto no me de ocuparme de ellas, á pesar de haber tenido necesidad en un caso (obs. 25) de emplear las cataplasmas emolientes, pero fué por imposibilidad de hacer otra cosa.

Comenzaré, pues, ocupándome del tratamiento operatorio (no de los métodos operatorios), después de la medicación purgante y, finalmente, la terapéutica de la inmovilidad y el ópio; aunque necesariamente al discutir uno invadiremos los límites de los otros.

Desde que Mésliey y los americanos principalmente, conocieron la verdadera causa productora la mayoría de las veces de los flemones iliacos, la terapéutica quirúrgica tomó asiento en el tratamiento de la apendicitis y cada vez gana más terreno y se afianza más; porque hoy la mayoría de los médicos y cirujanos, le consideran como el verdadero radical sea usado en ca

liente ó en frío.

El tratamiento operatorio no es único ni mucho menos: hay médicos y cirujanos intervencionistas, son los que consideran la operación indispensable en cualquier período de la enfermedad; hay los abstencionistas, que casi siempre le consideran inoportuno; éstos afortunadamente escasean, y hay los oportunistas, cada día en mayor número; son los que operan en determinadas condiciones. Ya veremos en el transcurso de la discusión al lado de quien nos pondremos; pero sea hecha la operación desde luego, ó sea esperando un tiempo oportuno, este tratamiento, cada día con más adeptos ha sido preconizado como el único posible, de tiempo atrás; así Samuel Fenwick (Medical Times and Gazzette 1885), después de condenar el tratamiento de los purgantes por nocivo y el del ópio por inútil pues si evita sufrimientos, enmascara ciertos síntomas y no evita las catástrofes, dice: "De una cosa podemos estar seguros y es que ningún medicamento puede producir grandes ventajas, pues el sentido común os dirá que cuando una sustancia irritante se introduce repentinamente en una gran bolsa serosa, la única probabilidad de produ-

cir alivio es sacarla y poner así fin á la causa del mal. La misión del médico es lo más probable por consiguiente, quede reducida al diagnóstico y sólo por la observación minuciosa de los primeros síntomas y de los signos físicos de la enfermedad y comparándolos con otros desórdenes que la simulan, podremos llegar á tan exacto juicio que justifique el empleo de los medios quirúrgicos en el período primitivo de la enfermedad."

Brenner (Med. Times 1885) opina que operando pronto las apendicitis habrá mas curaciones; de este parecer son la mayoría de los cirujanos; en cambio, Reynier se ha levantado recientemente (1905) en la Soc. de Cir. de París, á proclamar las excelencias de la abstención y del tratamiento médico (reposo, dieta, hielo, etc.) aún en las peritonitis generalizadas, citando una estadística de Forgue de 81 casos, de los cuales curaron 31 y murieron 50; pero todos sus colegas de la Sociedad de Cirujía están conformes en operar bajo la fórmula, peritonitis - operación.

Los intervencionistas intransigentes, á la cabeza de los cuales podríamos citar á Dieulafoy, no admiten tratamiento de la apendicitis como no sea el

operatorio; su fórmula es apendicitis - operación y sea cualquiera el período de la enfermedad en que vean al enfermo, le operan pues entienden no hay otro modo racional de tratar la apendicitis. Los argumentos que invocan son fuertes, algunos poderosos: dicen que operando en las primeras horas se tiene la seguridad de acabar con la enfermedad no dejándola tomar incremento y haciendo desaparecer el foco apendicular, es decir, que todos los adeptos á esta fórmula entienden necesaria la extirpación del apéndice. Es un punto éste que quiero dejar someramente discutido antes de continuar.

Desde luego, como queda dicho, los intervencionistas operan por apendicitis, pues no consideran curado al enfermo mientras no le ven libre de su apéndice: cirujanos hay como Longuet, Léjars y otros que siempre que practican una laparotomía por una causa cualquiera extirpan el apéndice. Lejars, en cambio, si dicho órgano está enfermo no lo quita como no sea muy fácil; mi opinión ya queda escrita mas atrás; mientras la función ó no función del vermium permanezca dudosa, no debe extirparse si está completamente sano. Pero tambien hay cirujanos que jamás extirpan el apéndice; se limitan á in-

cindir y establecer el desague y tal cosa sobre ser incompleta á veces puede llegar á ser nociva. Tanto estos cirujanos como los otros alegan sin razones para justificar su modo de obrar, pero no deben estar muy convencidos por cuanto cambian de ideas con relativas prontitud y facilidad, así Reclus en la célebre discusión de la Soc. de Cir. de París 1895, decía "sólo se evita la repetición extirpando el apéndice enfermo, operación absolutamente inocua y de la que no cuento un fracaso"; á eso replicaba L. Championnière, que deben sólo dilatarse los abscesos y no extirparse el apéndice si no en casos de repetición. Y pocos años después, Reclus, opina esperar para extirparlo á que no haya peligro de infectar el peritoneo y no lo quita en los dos tercios de los casos sin que por ello ocurra novedad; en cambio, ya Championnière dice: "cuando la apendicitis se ha declarado sólo hay un medio de curarla: la ablación del apéndice". También cambian G. Marchand en sentido intervencionista, Michaux por el contrario en oportunista y muchos más.

Pero en fin, dejando á un lado estos cambios, mas numerosos de lo conve —

niente, hay cirujanos que entienden necesaria la extirpación (Cecherelli, Tuffier, Broca, Villar, Poirier, Kösti, Pearce Gould, Bruns, Peyrot, Kiralson, Guinard, J. Bravo, Batle, Mayo Robson, Payr. Rehn, Rotter, etc.) y todos ellos entienden que en la apendicitis no puede esperarse una operación radical sin apendicectomía; la resolución del exudado no implica curación pues el germen morbozo continuará anidando en el apéndice. Algunos como Walther llevan su intervención hasta quitar los trozos del epiploon, que rodea el apéndice, á poco interesado que este se encuentre. Frente á estos cirujanos están los que entienden no sólo inútil (Berger, Chevassu, Delorme), sino á veces hasta perjudicial la extirpación, como Guénu y Reynier (aunque este añade, "pero dejándole nos exponemos á recidivas" y Guillemain más categórico afirma: "mis casos y los de otros cirujanos demuestran que la ablación del apéndice aumenta la gravedad de la operación y exponen á fístulas estercoráceas". Y entre ambos grupos están los que lo quitan si es fácil y si no lo respetan (Ricard, E. Cervera, Broca, Clarke, Symonds, Sonnenburg, Lújars, Roux, etc.), por más que este último dice no

se puede hablar de curación definitiva mientras el enfermo conserve su apéndice.

¿Que debemos hacer?. Mi opinión es que, una vez abierto el vientre, debe extirparse el vermium; así podemos, desde luego, afirmar que el enfermo queda á cubierto de recidivas; pues aunque se han contado casos de repetición de los ataques tras la apendicectomía (Treves, Yague, etc.) puede con González Campo decirse que el ciego no es inmune, ó mejor quizá con Lauder Brunton, que lo seguro es en tales enfermos la colitis curable por el tratamiento adecuado, principalmente las irrigaciones intestinales y la estancia en Plombières; cuando no es la colitis, lo seguro es que la enfermedad resida en el sensorio (Lauder, Picqué) y se puede curar por la sujestión. Desde luego, digo, la operación radical elimina las recidivas y los peligros continuos que pesan sobre un apendicítico; además, como dicen los radicales y me parece bien, cuando se dilata el absceso se hace la operación á medias y no se cura la enfermedad; no se hace otra cosa que evitar el peligro mayor en el momento, pero allí queda el apéndice amenazador y más

tarde precisa, si la apendicitis repite, una intervención radical, evitable habiéndola hecho la primera vez. Comprendo que se evite la operación, pero una vez abierto el vientre, porque se tarde un poco más, ó haya temor á generalizar la peritonitis (temor muy remoto con la técnica y el instrumental modernos), no transijo con la no extirpación á no ser que, como en el caso de Tachard, no se encuentre el apéndice, ó que las adherencias sean tales y el peligro de infectar el peritoneo, tan inmediato que resulte la empresa temeraria. Radicalizando luego evitaremos lo ocurrido á Gillis (de Montpellier) con un joven, á quien incindió un absceso apendicular; quedó una fístula (1); á los dos ó tres meses principio de recidiva, nueva incisión con la cual pasaron los accidentes mas á poco volvieron; por fin, pudo extirpar el apéndice y la curación fué definitiva. Esto prueba, dice Poirier, la necesidad de las operaciones radicales; esa es pues, mi opinión, apendicectomía cuando sea posible y sólo cuando ella resulte una te-

(1). Esta observación y algunas de las nuestras en la segunda parte, con

meridad, nos conformaremos con la simple dilatación del absceso.

Los partidarios de la operación precoz, entienden debe hacerse cuanto antes - aunque en cualquier período entran con ella, - pues dicen así no se dá tiempo á que la infección y la intoxicación acaben con el enfermo: tienen tal confianza en el éxito de este tratamiento, que Dieulafoy llega á decir: "nadie debe morir de apendicitis"; exclamación que á Laborde le hizo replicar indignado; sí es cierto que la intervención precoz aumenta las probabilidades de éxito no lo es menos, se puede morir por accidentes apendiculares á pesar de todo, como se muere por el cloroformo: Reclus, discutiendo unos casos de G. Marchand y de Legneu, dice que hay apendicitis hipertóxicas que matan sin remisión aún cuando se opere pronto y Broca en una discusión de la Soc. de Cir. de París, afirma que la operación inmediata agrava los casos de infección general hipertóxica, que fallecen á pesar de todo.

testan á Guillemin, quién afirma que las fístulas se producen si se extirpa el apéndice y no si se dilata solamente el absceso.

Sin embargo, los argumentos de los intervencionistas son poderosas. Prescindiendo de que no se cuentan fallecimientos cuando se opera en las primeras horas (1), resulta que, como dice Legueu no podemos aun distinguir las apendicitis que van á seguir una marcha benigna de aquéllas que matan sin misericordia, ó como Championnière replicaba á Richelot, quien entiende no se debe operar si han transcurrido 24 horas, á no ser en caso de extrema gravedad, "como el proopinante no nos dá un signo cierto para distinguir las apendicitis, aunque comprendo no es el desideratum, me atengo á la fórmula de Dieulafoy." Y para qué repetir citas: uno de sus mas poderosos argumentos es la prontitud con que el apéndice se altera; en efecto, si alguna duda pudiera haber respecto de esto, no persistirá después de leer la carta de Gerard Marchand á Dieulafoy en la cual, con una ingenuidad envidiable y una convicción sacada del propio hecho experimental (pues de experiencia puede calificarse aquella operación) se declara

(1). Resuelto á no dilatar más este trabajo, dejaré de copiar las nume-

ra vencido y se hace intervencionista. Por otra parte, Koste de Berlin, ha encontrado pus en el apéndice á las pocas horas de iniciada una apendicitis. Poncet, que interviene pronto, siempre halló el apéndice alterado y exclama "nunca he tenido que arrepentirme de haber intervenido demasiado pronto y á menudo he podido lamentar haber operado demasiado tarde." Walther dice "á pesar de no ser intervencionista he podido operar varios casos en las primeras 24 horas y siempre me he felicitado de ello." La expresión de la terapéutica operatoria la dá Poirir al decir que la apendicitis no tiene mas tratamiento que el señalado por Dieulafoy; la apendicectomía, ¿En qué tiempo debe intervenirse?. Visto lo precedente, la contestación es clara; cuanto antes. Por eso Tuffier dice que á ser posible en las 12 primeras horas; quizá despues sea tarde y Hartmanz llegó á decir tambien en la Soc. de Cir. "si yo tuviera una apendicitis me haría operar no en las 24 sino en las 12 primeras horas." Dieulafoy, sin embar

rosas estadísticas que tenía resumidas de intervencionistas y abstencionistas; si que así como dice Jalaguier, á las estadísticas se las hace lo

go, cree que si los síntomas no son muy graves desde luego puede operarse hasta 36 horas. = Otro de los argumentos de los intervencionistas es q^o no hay un signo pronóstico cierto y aquí nos encontramos con un verdadero maremagnum; los unos creen como signo eficaz la disociación entre el pulso y la temperatura; el Dr. Guedea entre ellos quién entiende que el estado del pulso y la temperatura pueden ser indicantes de operación; otros opinan que la temperatura sola es el dato más importante, sobre todo, si descende; quien, como Routier, concede más importancia al pulso sólo; para Richelet ni uno ni otra tienen importancia en cambio es decisivo el estado general del enfermo, y la fâcies, por cuyos signos, dice, se puede distinguir una mejoría de una calma traidora. Wassermann hace de la hiperleucocitosis el signo decisivo de la intervención; en cambio Lennander cree no es dato cierto el número de leucocitos. En fin, que desgraciadamente no hay un signo positivo de intervención, ni se puede pronosticar con certeza una apendicitis en sus

que se quiere.

comienzos y eso sucederá probablemente mucho tiempo aún; y cómo la gravedad de algunas es indudable, como también es cierto que siguen, al parecer, una marcha relativamente benigna y de repente estallan terribles accidentes, como cuanto más se conoce la enfermedad más se demuestra que á más de infecciosa es tóxica, y como - aunque Guedes dice queda una parte en gran potencia virulenta - está probado que una vez bien hecha la operación el enfermo camina rápidamente á la curación, creo que en una población importante donde haya cirujanos hábiles, toda apendicitis cogida en sus comienzos debe ser operada. Ya sé que así me pongo en frente de la mayor parte de los médicos y cirujanos españoles, pues aparte el Dr. J. Bravo que acepta en todo la fórmula ultraradical de Poirier y tal vez el Dr. Ribera según se desprende de algún escrito por mí leído, la mayor parte de los otros cirujanos son oportunistas aunque algunos se llamen intervencionistas, pero de los que no intervienen. Claro que hablo de la operación precoz, de la hecha en las 12 mejor que en las 24 primeras horas, pues pasadas éstas, mi criterio cambia y me quedo con Richelot y con Re-

clus quien modifica así la fórmula de Dieulafoy "intervención inmediata si se vé al enfermo en las primeras horas; pasado el primer día, si se tiene cerca un cirujano, tratamiento médico y expectación armada para intervenir á la primera alarma, pero si esta no sobreviene esperar y operar en frío, así la intervención es completamente inocua." En efecto, éste es el tono clínico, á mi juicio, pues así como está probado que no es posible diagnosticar una apendicitis en sus comienzos y que la operación en las primeras horas, sobre ser eficaz es tan inofensiva como en frío y permite según Le Denta, reconstituir perfectamente las paredes abdominales, tampoco deja de ser verdad que, á medida que pasa tiempo la operación va siendo mas grave y aún cuando dice Ludwg que no son de temer complicaciones peritoneales, por ser el peritoneo irritado refractario á dejarse atacar por los gérmenes infecciosos, resulta que los casos de muerte post operatoria están en razón directa con la tardanza en operar y en esto marchan conformes intervencionistas y oportunistas; por tanto operemos inmediatamente: de no ser así, tratamiento médico (ya veremos despues cómo es

eficaz) y operación en frío si queda algún foco ó algún vestigio de la enfermedad, sino ¿para qué?. El temor á que repite es un tanto exagerado: ya queda probado más atrás con varias observaciones que tras la terapéutica médica pueden quedar bien curadas y no repetir; más si repite quitar luego el apéndice y no esperar al ataque número tres ó cuatro como proponía el Dr. Cervera en el Congreso hispano-portugués de Cirujía.

Pero lo que acabamos de decir ¿es aplicable al medio rural?. De ninguna manera; allí los inconvenientes de la operación precoz son harto grandes para que no se comprendan; son pues aplicables á este medio las palabras de Guedea y Tiedemann; sobre que en el medio rural no suelen encontrarse cirujanos hábiles ni medios suficientes; tampoco suele haber locales pues las habitaciones son más propias para carboneras que para hacer una laparotomía; no suele haber hospitales y donde los hay ¿en qué condiciones!. En fin, que en este medio es casi segura la infección del peritoneo, precisamente lo que trata de evitarse con la operación precoz. Además en el medio rural con la especial alimentación que se usa y el

frecuente empleo de los purgantes (para Championnière el mejor tratamiento profiláctico de la apendicitis, para mí y para la generalidad de los médicos acaso el único medio seguro de desinfectar el intestino), no suele ser la apendicitis tan grave como en las grandes poblaciones, y sobre que hay un tratamiento médico eficaz hasta cierto punto y el abrir un vientre puede acarrear casi de cierto graves trastornos - no como en las poblaciones donde eso es casi del todo inofensivo - preferible es quedarse con el deseo de operar y no precipitarse, pues ante todo está la máxima primo non nocere.

Los abscesos son operados por todos los cirujanos indistintamente siguiendo el precepto ubi pus, ibi evacua y aunque ciertamente el pus pueda hacerse estéril poco á poco y terminar por reabsorberse (Roux), es correr un riesgo temerario no darle salida confiando mucho en esa terminación ó en la evacuación espontánea por el recto, como ha sucedido en varias de nuestras observaciones y ocurre con frecuencia; mas esta terminación no debe alagarnos y estoy conforme con las palabras de H. Krussold, ya trans

critas en otra parte, condenando esa terminación como falta al interve-
nir el arte por haber estado el enfermo durante el mismo tiempo á que el
pus se abriera paso en la libre cavidad del peritoneo.

La punción exploradora que los americanos usan con tanta frecuencia y
que según Köerte de Berlin resulta inofensiva "aunque se atravesen asas
intestinales aglutinadas", no debe practicarse según Treves por no dar
seguridades y cita en confirmación un caso en que tras varias funciones
sin resultado, la incisión dió salida á más de 120 gramos de pus; á
mas de ello entiendo yo que una punción ciega y á lo mejor negativa faci-
lita el derrame del pus en el peritoneo y positiva no se obtienen venta-
jas de ella pues la incisión en ese caso es de rigor y aparte la relati-
va facilidad para diagnosticar el absceso una vez formado, la incisión
hecha con todas las reglas de la asepsia resulta inofensiva y desde lue-
go permite ver.

En el medio rural debemos desde luego incindir los abscesos, pues siem-
pre ó casi siempre el éxito acompañará á la dilatación, como puede verse

(178)

en las observaciones, pero entiendo que si hay adherencias establecidas ó la más pequeña dificultad para reseca el apéndice debe respetarse, pues aunque soy partidario de la resección no dejo de comprender que ella debe hacerse sólo donde se cuente con toda clase de garantías y por tanto mandaremos al enfermo á practicarse después la operación radical si lo estimamos conveniente, bien que son muchos, como queda dicho los cirujanos q^o en las capitales se conforman con dilatar el absceso y estiman contraproducente la resección del apéndice.

¿Y las peritonitis generalizadas?. A pesar de que según Roux - de Laussance - pertenecen á las pompas fúnebres y en opinión de Broca se hace daño á los enfermos operándoles en este período y que para Reynier, quien se apoya en una estadística de Forgue según la cual de 81 enfermos curaron 31 - el tratamiento de las peritonitis generalizadas apendiculares como el de las perforaciones por arma de fuego es la abstención y para Barragán es inútil la intervención y aún para algún autor (anónimo para mí, pues tomo la noticia de "El Siglo Médico" 1900, donde la dá bajo el

epígrafe "Notas clínicas inglesas" sin citar nombre) si hay peritonitis generalizada y mal estado general debe aplazarse la operación porque á menudo estos enfermos mejoran y luego se operan mejor; á pesar de todo ello la casi totalidad de los médicos y cirujanos proclaman la intervención cuanto antes mejor como el único tratamiento posible, llegando el Dr. Guédea á decir que deben operarse aunque se juegue nuestra reputación y la operación se impone porque como dice Reclus, si él y Tuffier no han obtenido éxitos, en cambio otros como Routier y Jalaguier han obtenido varios cada día se cuentan más numerosos y en nuestras observaciones el éxito obtenido en la enferma de Irarzo, operada por el Dr. Lozano, es indiscutible.

Entiendo que no hay razones para contrarrestar la corriente general que arrastra á la casi totalidad de médicos y cirujanos para decidirles á operar las peritonitis generalizadas y como esas no tienen espera, creo deben operarse también en el medio rural, pues si es cierto que se pueden contar algunas milagrosamente curadas con el tratamiento médico, también

lo es que el milagro pasa á la curación visible y real con asomos de posibilidad cuando se emplea un tratamiento quirúrgico todo lo enérgico que las circunstancias aconsejan; incisiones amplias y desagües amplísimos; lavados con suero; todo ello seguido de las inyecciones de suero y estimulantes y hasta de sueros específicos si la peritonitis tiene tal ó cual naturaleza y así nos podrá caber, en ocasiones, la satisfacción de ver curados enfermos que de otro modo sucumbirían. Si yo me encontrara ante un caso de tal naturaleza procuraría rodearme de todas las circunstancias favorables que me fuese posible y después operaría sin vacilar en la seguridad de haber cumplido con mi deber.

Y vamos á ver, puesto que el tratamiento médico ha curado indudablemente algunos enfermos, y se impone en las ciudades cuando no se nos llama en las primeras horas y en los pueblos rurales á pesar de ser llamados pronto, en qué forma debemos plantear tal tratamiento.

Dos son los tratamientos médicos que han gozado de gran predicamento, los purgantes y el ópio ayudado de la dieta y el hielo. La medicación

evacuante - aún practicada por algunos - vá perdiendo cada día más terreno; la otra medicación avanza más y más, sobre todo desde que Jalaguier ha trazado de una manera precisa las reglas más convenientes para su aplicación.

Los purgantes se usaron mucho cuando se llamaba tiflitis á las apendicitis (1) y los clínicos que los usan lo hacen porque tienen tal concepto de la patogenia de dicha enfermedad, aún cuando cada día se van usando menos, pues Championnière que fué uno de los más entusiastas partidarios del tratamiento evacuante, habiendo llegado á decir que había curado muchas apendicitis por los purgantes repetidos, últimamente se ha expresado así: "yo no creo al purgante capaz de curar la apendicitis aguda sino de prevenirla, pues una vez aquella declarada sólo puede curarla la operación". Robin, cuya hipótesis patogénica de la hiperestesia gástrica con coprostasis queda discutida, y que también usaba los purgantes

(1). Ya se dijo más atrás hasta donde se puede admitir una ú otra enfermedad.

repetidos, todavía los considera en algunas ocasiones como capaces de curar, pero su gran papel es el de prevenir, como antisépticos intestinales mas poderosos que todos los otros puestos en predicamento. Como se vé, dos de los principales campeones de tal medicación se baten ya en retirada; pero aún quedan mantenedores de tal sistema; así Lanceraux preconiza con entusiasmo los purgantes repetidos al principio de la apendicitis; Pérez Fábregas los considera muy útiles en algunas ocasiones; Ferrand los dá con insistencia mientras sólo hay apendicitis, pero si se constituye la peritífritis los conceptúa peligrosos. El Dr. Gil, (veáse obs. 7) en las reflexiones que en "El Siglo Médico" hace de un caso suyo, escribe una verdadera apología de los purgantes, aunque yo modestamente entiendo que la gravedad extremada y súbita de su caso débese ni más ni menos que á la insistencia en purgar al enfermo. Modernamente, según L. Championnière se inicia en América — acaso la patria del tratamiento de la apendicitis por el ópio — una reacción contra este medicamento y se usan los purgantes por algunos cirujanos (Hutton, de Chicago; Gordon y Bernays, de

San Luis): el último cree deben emplearse aún en las 24 horas siguientes á la perforación ¡americano había de ser!. Sin duda quedarán algunos mas defensores de este tratamiento evacuante, pero los detractores son mas numerosos.

Strümpell en su Tratado de patología interna preconiza los purgantes en las tiflitis, pero en las peritiflitis los reputa de nocivos ó al menos de inútiles, prestando en cambio reales servicios al ópío y el hielo Davies Colley (Medical Times etc. 1885) dice que no ha observado un sólo caso de muerte cuando no se han empleado purgantes ni enemas, recomienda el ópio. Biermer (loc. cit.) después de censurar la medicación evacuante sistemática en las afecciones intestinales y aconsejar el reposo en todas las que puedan producir peritonitis dice: "reposo en primer término en la tiflitis estercorácea y peritiflitis.... Y recíprocamente, el dolor intestinal podría ser el primer síntoma de una perforación del apéndice vermicular que se hubiese venido produciendo de un modo latente hasta entonces y pudiera aumentarse ó favorecerse la perforación adminis

trando un purgante. Friedreich de Greiswald (Cong. intern. de Cir. Bruselas 1905) en la sexta conclusión de su comunicación se declara enemigo de los purgantes en la apendicitis y opina que quienes los usan se apoyan en conceptos erróneos. Legendre y Moizard dicen sencillamente que es criminal purgar en la apendicitis. Auvray en su Manual cita un error de Braquehaya, quien tomó un hematoma retroperitoneal por apendicitis, y le pone el siguiente comentario: el error en este caso estaba evitado, pues habiendo Braquehaya purgado á su enfermo sin que sobrevinieran á éste trastornos graves, desde luego debió renunciar á la idea de apendicitis. Dieulafoy dice que el purgante no es capaz de curar el foco infeccioso áprisionado en el apéndice y sólo hace perder un tiempo precioso, y mil y mil mas que podrían citarse.

Creo firmemente que el purgar á un apendicítico una vez declarada la enfermedad es ocasionarle un gravísimo daño, y digo una vez declarada porque estoy de acuerdo con A. Robin y con la generalidad de los clínicos en lo siguiente: la antisepsia intestinal del recto y los cólons se

obtiene por las grandes irrigaciones; la del resto del intestino por los purgantes, y entiendo por ilusoria toda otra antisepsia medicamentosa, incluso la modernamente propuesta por los derivados del guayacol, el guayamar principalmente. La explicación del modo de limpiar el purgante, de una manera mecánica, arrastrando, al producir la hipersecreción de la mucosa intestinal y arrojar los productos al exterior miriadas de bacterias es la mas sencilla, racional y generalmente aceptada. Pues, si el purgante obra de ese modo ¿porqué no ha de ser útil como profiláctico de apendicitis?: él limpia el intestino disminuyendo así las fermentaciones aumenta sus movimientos peristálticos que pueden alcanzar al apéndice con lo cual este puede vaciar sus productos en la ampolla cecal; su utilidad en tales circunstancias es incontestable; quizá por la costumbre de purgarse frecuentemente los habitantes de la población rural, sea en ellos menos frecuente la apendicitis.

Pero una cosa muy distinta sucede cuando la enfermedad está constituida; entonces el purgante no sólo será inútil, sino pernicioso y para pen

sar así precisa solamente darse cuenta del estado del órgano enfermo y de la acción fisiológica de los purgantes. Por lo primero tenemos un órgano inflamado con gérmenes virulentos en su interior, con la mucosa esfoliada, ulcerada ó rota, con las tunicas muscular y serosa menos resistentes, pues un proceso inflamatorio las debilita y á eso agreguemos un germen infeccioso trabajando para invadir el peritoneo. En todas las ocasiones á los órganos inflamados ó heridos se les trata por la quietud el reposo, uniendo á esta condición quasi esencial, los medios adecuados para favorecer y precipitar el éxito; esto es regla en todos los casos. ¿Qué hacemos purgando al enfermo?. Pues el primer efecto del purgante será aumentar extraordinariamente los movimientos peristálticos del intestino, y con ellos la secreción de una serosidad que es un gran caldo de cultivo para gérmenes, alojados en un divertículo muy apropiado para retenerlos y más cuando por la inflamación de su mucosa sea más estrecho el orificio de comunicación con el resto del intestino. Al exajerarse el peristaltismo como el apéndice goza de tales movimientos, bien demos-

trados por Monod y Jalaguier en sus notables comunicaciones sobre invaginaciones del apéndice vermicular y por Villemin al relatar un notable caso en el cual el apéndice íntegro fué expelido por el recto, naturalmente ellos han de exagerarse al venir el efecto del purgante; el caldo apropiado facilitará la exaltación de la virulencia de los gérmenes, y con tales datos ¿porqué no hemos de calificar de perniciosa la medicación purgante? ¿Mandaríamos hacer gimnasia de brazos á un individuo con un aneurisma rápidamente creciente de la humeral, ó andar á un fracturado de pierna ó mejor, á un individuo que tuviera el hueso á pique de romperse por habérselo operado una osteomilitis? ¿no trataríamos de favorecer el proceso de regeneración por todos los medios incluso la movilización precoz como pregona Championnière, pero exagerando la inmovilidad mientras amenazase la rotura? ¿no se defienden naturalmente los órganos inflamados sucediendo, en la pulmonía por ejemplo, que el pulmón sano compensa con un exceso de función al enfermo y así éste descansa?, y en las pericarditis ¿no administramos (á mas de favorecer la resolución

del exudado ó evacuar éste) la digital para dar tono al corazón y disminuir el número de sus latidos, es decir, buscarle un reposo relativo ya que el absoluto no sea posible? y en todas, absolutamente en todas, las inflamaciones agudas ¿no hacemos lo mismo? ¿que vamos á conseguir en la apendicitis de un purgante? Si el apéndice inflamado - aunque no sea cavidad cerrada - no ha de verter su contenido (por natural resistencia á moverse los órganos enfermos) sino á costa de violentos esfuerzos por los cuales probablemente se romperían las tónicas; pero aún cuando no llegara ese caso, al menos con la purga dificultamos la formación de adherencias y está probado que si éstas existen, casi seguramente la peritonitis se localiza, con lo cual la enfermedad no es tan grave y la operación es más sencilla y de éxito seguro. Entiendo pues que se deben despreciar los pequeños beneficios que, de su efecto de barrera mecánica, vamos á obtener de los purgantes en un enfermo de apendicitis, dada la enorme dificultad de hacer obrar á estos enfermos como está demostrado en todas nuestras observaciones, ante los gravísimos

riesgos que le hacemos correr.

Y veamos, finalmente, los buenos efectos del llamado hoy justamente tratamiento médico de la apendicitis: la quietud y la dieta, el hielo y el ópio. Desde luego en las observaciones anotadas en esta memoria se vé que en aquellas donde el tratamiento dicho se aplicó bien, hubo éxitos no hubo sustos; y en aquellos donde se usó mal ó no se usó, se pasaron malos ratos hasta ver sanos á los enfermos ó corrieron éstos verdaderas epopeyas. Una cosa hay, no obstante, en todas las observaciones de los primeros grupos á la cual atribuyo la buena terminación de la enfermedad; en todos los casos á más de la quietud se guardó una dieta rigurosa; ella es, á mi juicio, la condición esencial del tratamiento; por ella se dejan de enviar al intestino materiales y éste, por tanto, de moverse, con lo cual se favorece el reposo del órgano enfermo; además no enviando combustible las toxinas intestinales no pueden ayudar á las apendiculares: bien acreditada está ya la dieta hídrica en las diarreas infecciosas, y esa, con la láctea después, en las disneas de origen gástrico (Huchard). Esa dieta,

á mi juicio, se recomienda por sí sola; es de necesidad absoluta y según no recuerdo que cirujano, basta ella sola para curar la apendicitis; para Jalaguier es uno de los pies del trípode para el tratamiento médico de la apendicitis. La quietud no tiene más objeto que inmovilizar en lo posible el intestino y favorecer la formación de adherencias. El hielo que algunos sustituyen por unguento napolitano y de belladona pasadas las primeras horas; otros (Cervera, M. Vargas) por ietiol que debe emplearse mientras haya fiebre; otros por cataplasmas de fécula que dicen tienen la ventaja de mantener un calor suave y húmedo sobre la parte, mucho más favorable que el frío intenso del hielo; algunos (Schrwald) ponen compresas de alcohol rectificado cubiertas por otras de agua fría para evitar el dolor que ocasionára el alcohol y dicen así se resuelve en seguida la inflamación. Poirier, por ejemplo, dice que ha visto ceder accidentes locales á una aplicación de sanguijuelas; en fin todos éstos son tratamientos locales, hasta cierto punto secundarios, de los cuáles el hielo, empleado ya por Sernons en la curación de los abscesos iliacos y por Vergely, quien

lo asociaba á las inyecciones hipodérmicas de morfina, ha sido y sigue siendo el más acreditado; y se comprende dados los efectos fisiológicos del frío intenso localizado sobre un punto determinado, pues al disminuir el aflujo de leucocitos dificulta la formación de pus y al descargar los vasos sanguíneos y linfáticos, previene las peritonitis. El ópio se ha conquistado un puesto en el tratamiento médico de la apendicitis, bajo la forma de inyecciones de morfina ó de ópio al interior; prefiero esta forma por las razones que diré más adelante, á no ser que la intensidad de los dolores, obligué á utilizar la morfina por vía hipodérmica, pero aún en tal caso no debe suprimirse el ópio. El ópio, hace mucho comenzó á usarse y Flint decía ya en 1884; el ópio empleado por A. Clark hace 40 años es el mejor de los tratamientos; nada de purgantes. Prilram dice lo mismo y se abstiene de purgar al enfermo aunque tarde 24 días en defecar; hoy lo emplean la casi totalidad de los médicos y cirujanos siendo pocos los que como Villemin no lo dan porque calmando el dolor enmascara la enfermedad; otros como Ferrand abominan de él, por la misma

razón y porque produce éxtasis excrementicios, y dan la belladona, ¿pero es que la belladona al calmar el dolor no enmascara el proceso? ¿le cabe sólo esta desgracia al ópio?

Una de las principales objeciones que se han hecho al ópio es esa: verdaderamente son pocos ya los que no lo usan, pero es que enmascara el proceso calmando el dolor? ¿no hay otros síntomas para conocer la enfermedad? ¿porque á un apendicítico se le calmen un tanto los dolores (pues debo advertir que jamás desaparecen) se le hace daño? ¿no se provoca siempre á la presión, por mucho ópio ó morfina que se administre al enfermo? ¿al calmar el dolor y venir la consiguiente sensación de euforia no hacemos un real beneficio al enfermo que á más de permitirle descansar, puede reponer sus fuerzas, obedecer mejor nuestras prescripciones de quietud, y dietética puesto que al disminuir el hambre la sensación de ella será menor y hasta apagará un tanto la sed evitando que una gran cantidad de líquido en el intestino provoque, por su volúmen, movimientos peristálticos? A más, ¿cuando sucede como en el caso del doctor M. Vargas en que

toda la enfermedad "parecía reducida á los dolores y el tratamiento á la morfina" no es de utilidad incontestable el ópio? ¿no es un precepto médico el aliviar los dolores? ¿qué utilidad reporta al enfermo dejarle sufrir cuando nosotros por los otros síntomas y por el dolor á la palpación podemos apreciar su estado?

Otra de las objeciones es que produce paresia intestinal. Probado está que no se sigue ningún mal á un apendicítico aunque no defeque en varios días; y lo de la paresia no debe ser tan cierto, como prueba el siguiente experimento de Pal: introduciendo un globo en el intestino de un perro y haciendo una inyección intravenosa de ópio ó morfina demuestra q^o no se paralizan las paredes intestinales como generalmente se cree, sino que se produce una verdadera contracción y se conservan pequeños movimientos pendulares; al fin el intestino toma una posición media. "Así, dice, se explica su manera de obrar, entre otros, en los casos de tiflitis; obra excitando los gánglios del simpático abdominal". De manera que por aquí tampoco está contraindicado; y, como obra calmando el dolor, disminu

yendo el apetito y la sed, deteniendo por influencia de los gánglios del plexo solar, los movimientos fuertes del intestino y de todo ello se siguen bien al enfermo, de ahí que el ópio esté no contraindicado, sino indicadísimo en la apendicitis. Yo prefiero el ópio á la morfina porque fuera de la acción calmante (que se puede reforzar sin inconveniente por una inyección de morfina) las otras dichas las ejerce en mas alto grado y como de la quietud del enfermo y sobre todo del poco movimiento de su paquete intestinal depende la más pronta formación de adherencias, pues como dice Catz - en un artículo sobre las perigastritis publicado en la Gazette des Hôpitaux 1906, y que yo tomo de "El Siglo Médico" - "y es de notar que las adherencias mayores se establecen allí donde el estómago tiene menos movimiento, pues es caso distinto son desgarradas las más de ellas tan pronto como empiezan á establecerse" y cosa parecida ha de ocurrir con el apéndice: favoreciendo las adherencias se favorece la curación y se opone una valla, muy difícil de franquear, á la generalización de la peritonitis.

En resumen: para los casos no operados en las primeras horas hay un tratamiento médico eficaz y es el preconizado por Jalaguier, quietud, dieta, hielo y ópio; tratamiento, me parece ya discutido, y que tiene hechas sus pruebas. Habrá casos que no obedezcan á tal tratamiento, y es que no se conoce lo suficiente la apendicitis para juzgarla desde luego; pero el descrito sirve en muchas ocasiones aplicado con rigor para curar radicalmente y en muchísimas para enfriarla permitiéndonos así enviar después nuestros enfermos á cirujanos de reputación, que, según Delorme, son los únicos que deben operar las apendicitis enfriadas y las de repetición. Contamos pues en el medio rural con un tratamiento de la apendicitis para establecerlo desde luego y en las grandes ciudades, cuando la operación no se autorice por la familia ó el médico no sea llamado en las primeras horas; porque ya creo dejar sentado en otro lugar, que los riesgos de la operación aumentan á medida que nos alejamos del comienzo de la enfermedad; en cambio la operación en frío es completamente inofensiva.

Si el trabajo ha resultado incompleto ó confuso, cúlpese de ello á la

escasa inteligencia del artífice, nó á su voluntad. Lo escrito me permite terminar con las conclusiones siguientes:

PRIMERA: La etiología de la apendicitis comprende varias causas predisponentes y una sola determinante: la infección; sin que ninguna de las patógenas que se atribuyen la exclusiva, pueda ser cierta siempre.

SEGUNDA: No existe agente infeccioso específico, pero la inmensa mayoría de las veces es el colibacilo; pueden, sin embargo, ocasionarla otros microbios.

TERCERA: El diagnóstico puede hacerse bien muchas veces; con mucha probabilidad, casi siempre; pero en ocasiones puede llegar á ser imposible.

CUARTA: El tratamiento varía en el medio urbano y en el rural:

a) en el medio urbano el tratamiento electivo debe ser la operación practicada cuanto antes y á ser posible dentro de las primeras horas.

b) en el medio rural implantaremos desde luego enérgicamente el tratamiento de la inmovilidad, dieta, hielo y ópio.

c) este mismo se continuará aplicando durante toda la enfermedad en el

medio rural y, si somos llamados después del primer día, en el urbano.

QUINTA: Si la curación ha sido radical por el tratamiento médico; allí terminó todo; pero á pocas molestias que persistan debe aconsejarse la operación en frío como operación inofensiva y de seguros resultados.

SEXTA: Los abscesos purulentos se dilatarán simplemente en el medio rural; pero en el medio urbano debe quitarse el apéndice aunque sea trabajoso; á no ser que resulta imposible por las adherencias establecidas, por su difícil posición que obligaría á grandes destrozos, ó por otras causas.

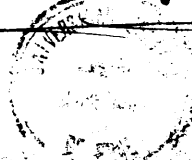
SEPTIMA; Las peritonitis generalizadas deben operarse en todo caso siendo en la operación tan radical como sea necesario.

OCTAVA: Nunca debe esperarse un 3^{er} ataque para operar las recidivantes.

Madrid 12 Octubre del 1906



Julio Alonso Marín



Honorable
M. Márquez

Administración
Financiera

Verificó el ejercicio del grado de
Doctor el día 16 de Enero de 1903
y fué calificado de sobresaliente
El presidente

~~Arturo de los Angeles~~

Federico Oliva

M. Márquez

V. el recto

Manuel Jimenez