

AV/00002



AUTORES ANTIOQUEÑO 19 MAYO 2005



Dr. Alfonso Castro.

*Apendicectomía en
Antioquia.*

Trabajo dedicado a mi maestro el Doctor
F. A. URIBE M., en sus Bodas de Oro Profesionales.

Para mi maestro y amigo Dr.
Eduardo Uribe, con el afecto
de su discípulo

Alfonso Castro

13/10/18.

TIPOGRAFÍA BEDOUT—MEDELLÍN

FÉLIX DE BEDOUT E HIJOS

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
BIBLIOTECA MÉDICA

15104

APENDICECTOMIA EN ANTIOQUIA

Dr. ALFONSO CASTRO

Trabajo dedicado a mi Maestro el Dr. F. A. URIBE MEJIA, en sus Bodas de Oro profesionales.

ME he propuesto en el presente trabajo recopilar los casos operados de apendicitis y abscesos apendiculares en el Departamento de Antioquia, y para el efecto he solicitado el concurso de los médicos que han practicado la apendicectomía. El mayor número ha atendido a mi exigencia, prestándome el valioso apoyo de sus estadísticas, razón por la cual creo de justicia significarles la expresión de mi más alto reconocimiento. En tal virtud puedo afirmar que aquí se encuentran reunidos la casi totalidad de los casos operados hasta noviembre de 1917; si algunos faltan no es culpa mía, pues los he pedido particularmente y por la prensa.

Un estudio de conjunto de la índole del presente, que abarca desde los primeros tiempos en que en Antioquia se habló de apendicitis, y el cual es como el reflejo de la evolución que han seguido las ideas sobre la enfermedad en cuestión, no ofrece la unidad de aspectos ni el método del trabajo emprendido bajo ideas directrices, y al menos en parte, no puede servir con toda precisión, desde el punto de vista de la estadística, para sacar deducciones exactas.

Claro es que en un principio, cuando apenas empezaba a mencionarse la apendicitis, debía diagnosticarse mal la enfermedad y los fracasos en las intervenciones debían de ser frecuentes, pues aún faltaban los conocimientos necesarios para los diagnósticos, se desconocía la oportunidad de las intervenciones y escaseaba la habilidad en la práctica quirúrgica. De tal suerte que no sería justo ni científico llegar a conclusiones de ninguna clase, favorables o desfavorables, referentes a una época que puede considerarse como de verdadero tanteo, y que por lo demás, sólo tiene interés histórico, y demuestra que entre nosotros los médicos han procurado mantenerse al tanto de las corrientes científicas.

No puede decirse igual cosa de la época actual, en que la apendicitis se ha estudiado debidamente, lo mismo que sus indicaciones operatorias y la oportunidad del momento quirúrgico. De los datos aquí recogidos, con respecto a la última década, sí se desprenden enseñanzas de trascendencia y se llega a la conclusión de que la enfermedad mencionada, entre nosotros, y muy especialmente en la Capital del Departamento, sí se conoce muy bien y se opera con toda la pulcritud y éxito de las grandes clínicas modernas, según lo demuestra la gran mayoría de las observaciones que van a leerse.



Sin embargo, justo es reconocer que aún en mucha parte del público subsiste la fobia quirúrgica, que dificulta la acción del cirujano, obligándolo a contemporizaciones peligrosas o a intervenciones en tiempos inadecuados, cuando ya la vida del paciente está seriamente amenazada. Además, todavía hay médicos abstencionistas, que por falta de suficiente iniciación quirúrgica, someten sus enfermos a las eventualidades de tratamientos conservadores, y sólo los operan cuando a ello los obliga la evidencia de los hechos, bajo forma de desastres casi irremediables. Finalmente, resulta con frecuencia que el diagnóstico no se hace sino tarde, porque se ha esquivado la visita del facultativo hasta donde lo han permitido las circunstancias, y mientras tanto se ha sometido el paciente a las medicinas caseras como purgantes, bebidas, lavados, etc., cosas no tan inocentes como se cree y que en ciertos casos sólo sirven para agravar la situación.

Contra todo eso hay que reaccionar. Precisa llevar al ánimo el convencimiento de que la apendicitis es una enfermedad de las más frecuentes conocidas, muy especialmente en la forma crónica; que ésta debe aprenderse a diagnosticar con precisión para evitar muchas pérdidas de vidas o muchas vidas estériles por razón de una dolencia sostenida años y años, no obstante los excesos terapéuticos que nunca mejoran y muchas veces agravan; que no tiene tratamiento médico y que sólo se cura por medio de una oportuna intervención quirúrgica.

Dados los conocimientos actuales se comete una falta cuando se contemporiza con un apéndice inflamado, en vez de extirparlo, sometiéndolo a tratamientos anodinos que por lo menos hacen perder un tiempo precioso. Y no se invoque para disculpar las medidas paliativas; la benignidad de una apendicitis, porque nadie puede juzgar de su evolución por sus principios; muchas veces las de apariencia más favorable y de síntomas más borrosos, son las que más pronto terminan de modo fatal. Sucede con ellas como con la sífilis, de cuya marcha ulterior nada se puede afirmar por más discretos y benignos que sus comienzos hayan sido. «La calma traidora» de que habla Dielafoy no es una frase vacía de sentido. Cierto que para un clínico experimentado no hay tal calma en el curso de una apendicitis, por más que los dolores disminuyan, pues siempre subsiste algún síntoma revelador de un estado inquietante, como pulso rápido, lengua sucia, respiración acelerada, corazón deficiente; pero sí existe esa calma aparente para el enfermo y la familia; calma funesta que retarda una intervención salvadora y que oculta por lo común un proceso mortal.

De las observaciones aquí recogidas, y de mi práctica hospitalaria de cerca de diez años, sacaré algunas deducciones y expondré mis personales modos de pensar sobre el particular, sin tener la pretensión, ni mucho menos, de juzgar que he agotado la materia o de que siquiera voy a decir algo nuevo. Lo que aquí se expone ya está dicho y

visto con mayor abundancia y perspicacia. Mi trabajo no tiene otro mérito que el de ser una colección de casos, muchos de los cuales han desfilado por mis ojos, con breves comentarios sugeridos por los libros y la práctica, al lado de dos profesores, honra del cuerpo médico nacional, mi maestro el Dr. Montoya y Flórez y mi compañero de Clínica hospitalaria, el Dr. Gil J. Gil.

DATOS HISTORICOS

La primera observación que he encontrado en la literatura médica antioqueña, relacionada con el asunto de este estudio, data de una época en que aún no se había hablado entre nosotros de apendicitis, y se refiere a un flegmón diagnosticado como peritiflítico, pero que por los datos suministrados era sin duda alguna un absceso apendicular. Basta leer con alguna atención el extracto que se publica (Ob. 1^a) para convencerse de que el individuo era un apendicular crónico, con crisis poco intensas, y en quien la última, más grave que las anteriores, determinó una pseudo-oclusión intestinal con perforación del ciego, probable eliminación del apéndice y formación de un absceso, por cierto tan bien tratado como podría serlo actualmente. Se encuentra en la tesis del Dr. Dorancé Otalvaro de 1892, titulada **Datos para la historia de la Cirugía en Antioquia**. Actuaron como cirujanos los Dres. Francisco y Ramón Arango y Carlos Mejía.

La segunda observación de flegmón peritiflítico se encuentra en las tesis de los Dres. Ernesto Rodríguez y Obdulio Toro, tituladas, la del primero, **Apendicitis**, del año 1897 y la del segundo, **Operaciones notables hechas en Antioquia**, del año de 1898. Fueron Cirujanos los Dres.: Carlos Mejía, J. E. Delgado, Juan de D. Uribe y J. Tobón.

El año de 1897, ante un caso grave cuya observación se leerá adelante, marcada con el número 3, alguno de los médicos tratantes habló de apendicitis, pero el diagnóstico no fué aceptado, y sólo la autopsia vino a demostrar la razón de quién así había opinado, al examinar el apéndice perforado, en medio de un foco purulento.

En ese mismo año de 1897, fué la primera vez que en Medellín se hizo el diagnóstico preciso de apendicitis, operándose en consecuencia (Ob. 4^a). Cúpoles esa honra a los Dres. Leopoldo Hincapié Garcés, F. Arango y J. Tobón. El caso fué desgraciado. Pocos días más tarde, en una población del Departamento, los Dres. J. V. Maldonado y R. Posada, diagnosticaron una apendicitis y la operaron con éxito completo (Ob. 5^a).

De allí en adelante la apendicitis empezó a conocerse mejor, las indicaciones orientadas en sentido quirúrgico, comenzaron a precisarse con mayor claridad y la técnica operatoria dió principio a sus pasos de avance saliendo del estado embrionario en que antes se encontraba. Justo es reconocer que los Dres. J. B. Montoya y Flórez y J.



V. Maldonado han sido factores muy principales en esta revolución saludable.

OBSERVACIONES

1.—(1892)—*Dres. Francisco y Ramón Arango y Carlos Mejía.*—«M. R., de 21 años, estudiante y de buenos antecedentes, tanto hereditarios como personales; sin embargo, desde el año de 1888 comenzó a sufrir de cuando en cuando, cólicos que desaparecieron fácilmente. Siguió así hasta el 5 de Mayo de 1892, día en que después de comer sintió un dolor en el vientre, acompañado de náuseas y sudores fríos; estado semejante a los cólicos intestinales anteriores, pero en esta ocasión los medios acostumbrados por el enfermo para calmarlo no produjeron el buen efecto de antes; por el contrario, se hicieron claros los síntomas de una oclusión intestinal».

«Hacia ocho días o diez sentía *picadas*, que, vagas en la región renal, se acentuaban al nivel del ciego y eran exasperadas por la flexión del tronco o por un movimiento brusco; por este mismo tiempo notó disminución del apetito, indisposición general, calofríos poco intensos, etc. etc».

«No sabiendo el enfermo cómo deshacerse del dolor, se entregó a esfuerzos de defecación y no habiendo conseguido nada por este medio, tomó agua tibia con el fin de producir el vómito y obtener algún alivio». Vomitó. Al día siguiente, merced a purgantes y lavativas, se logró combatir la oclusión. Quedó sin embargo, a nivel de la espina ilíaca anterior y superior y hacia el ciego, un levantamiento con empastamiento profundo y dolor. Se extrajo pus con una jeringa. Se diagnosticó *flegmón peritiflítico*. Incisión vertical sobre el ciego. Gran cantidad de pus y materias fecales. Perforación del ciego. (No se menciona el apéndice). Drenaje. Fístula estercoral por catorce días. Curación completa.

2.—(1894) *Drs. Carlos Mejía, J.E. Delgado, Juan de D. Uribe y J. Tobón.* «N. N., de 24 años. Después de una abundante comida hizo un ejercicio violento; a consecuencia de esto tuvo un cólico abdominal acompañado de constipación y estado nauseoso. Mejoró un poco con el tratamiento médico, hasta el tercer día en que subió la temperatura a 38° y apareció un empastamiento de la fosa ilíaca derecha: diagnosticóse *peritiflitis*.

Al operarlo siguióse el método de Roux: se encontró una peritonitis enquistada, el ciego notablemente congestionado, el apéndice no fué hallado, y sólo un cuerpo duro de apariencia calcuosa en medio de la supuración, hizo sospechar su eliminación; después de vaciar el foco purulento y de lavar el peritoneo se colocó un dren y la curación apropiada. A los ocho días se formó un ano contra natural que desapareció por completo. Curación.

3.—(1897)—*Doctores Rafael Pérez, Tomás Quevedo, J.E. Delgado y F. A. Arango.*—R. E., de 41 años, casado, reumático. Sufrió cólicos periódicos, considerados como hepáticos y perturbaciones dispépticas. Una tarde sintió males tar general, acompañado de dolor en el vientre, localizado especialmente en la fosa ilíaca derecha. A pesar del tratamiento médico, el dolor resistió por seis días con náuseas, vómitos, constipación y meteorismo. Sobrevino peritonitis y se resolvió operar. Incisión de Roux. Pus en el peritoneo y múltiples adherencias. Se suspendió la operación por el estado del enfermo; se suturó el abdomen. Muerte a las pocas horas. A la autopsia se encontraron al nivel del ciego muchas adherencias peritoneales y un gran foco purulento; el apéndice de color violáceo estaba dilatado y tenía dos perforaciones.

4.—(1897)—*Dres. L. Hincapié Garces, F. Arango y J. Tobón.*—S. O., de 38 años, casado. Tuvo un fuerte cólico de corta duración, acompañado de lengua saburral, de estado nauseoso, de constipación y de apirexia; 12 horas

después el médico que lo examinó encontró: meteorismo, temperatura alta (39°5), precedida de calofrío y anuria; el dolor volvió; era más intenso en la fosa ilíaca derecha y aumentaba por la presión. Diagnosticóse apendicitis y se instituyó tratamiento médico; éste no dió resultado, por lo cual se propuso la operación, que se hizo a las 24 horas: el epiplón estaba inflamado y los intestinos presentaban manchas gangrenosas; el apéndice tenía en el punto de inserción una ruptura del tamaño de una arveja; sus paredes estaban gruesas y la cavidad dilatada; el peritoneo y los espacios intestinales estaban infiltrados de pus. Se seccionó el apéndice, se extirpó un gran pedazo de epiplón después de aplicar una sutura en cadena, lavóse la cavidad abdominal y se suturó sin dejar dren. Los síntomas de infección duraron hasta la muerte, que se efectuó 24 horas más tarde.

5.—(1897)—*Doctores J. V. Maldonado y Rafael Posada*.—X, señorita de 18 años. Ha tenido dos cólicos probablemente apendiculares. Tres meses después del último, a consecuencia de un ataque de risa, sobrevino calofrío acompañado de dolor abdominal agudo y constante; a pesar del tratamiento persistió el dolor. Al examen había: temperatura 37°4, pulsó depresible, extremidades frías, postración, lengua pastosa y saburral, náuseas, constipación, punto doloroso de Mac-Burney y empastamiento en la fosa ilíaca derecha. El tacto rectal indicaba que había un empastamiento doloroso y tenso que descendía hasta el fondo de saco rectovaginal y que hacía cuerpo con la cara posterior del útero. Diagnosticóse apendicitis: operación por el método de Roux. El apéndice había desaparecido; en la región pericecal se encontró un foco inflamatorio de peritonitis adhesiva que englobaba los anexos correspondientes; vaciado el foco, se desprendieron las adherencias y se hizo la curación con gasa, según el método de Mikulicz. La cicatrización se hizo pronto. Un mes después la joven se encontraba bien.

6.—(1898)—*Dres. Baltasar Ochoa y M. A. Angel*.—N. N., de 28 años. Gran cólico acompañado de constipación, náuseas, vómito y fiebre. Dolor en la fosa ilíaca derecha, aumentado por la presión. Se diagnosticó apendicitis y se propuso la operación, que no fué aceptada sino a los 20 días, cuando el empastamiento era notable en la región enferma y la inflamación principiaba a invadir las paredes abdominales. Incisión por encima de la arcada crural y paralela a ella; gran foco de pus enquistado, en cuyo centro estaba el apéndice suelto; sutura de la perforación cecal y drenaje. Al mes curación.

7.—(1898)—*Dr. Juan B. Martínez*.—N. N., muchacha de 17 años. Tuvo una disentería crónica seguida de un absceso hepático, que fué tratado y del cual curó. A los seis meses tuvo un absceso apendicular, que se abrió y drenó convenientemente. Curación.

8.—(1899)—*Dres. Juan P. Gómez Ochoa y José M. Arango*.—A. S., de 40 años. Traumatismo en la fosa ilíaca derecha, en una silla de montar; sobrevienen gran dolor y altas temperaturas, y poco a poco se forma un absceso. En pleno período agudo se abre el absceso y se drena; se encuentra el apéndice gangrenado. Curación.

9.—(1901)—Muchacha de 30 años. Ataque apendicular agudo. A los quince días se opera y se cura *per primam*.

10.—(1899)—*Doctor N. Jiménez*.—Niño de 15 años, de Donmatías. Crisis apendicular intensa; dolor localizado más tarde en el Mac-Burney; altas temperaturas y vómitos. Formación de un absceso apendicular. Incisión y drenaje. Curación.

11.—(1903)—N. N., de 35 años, palúdico; disentería anterior. Formación de un absceso apendicular típico. Incisión y drenaje. Curación.

12.—(1907)—*Dr. Lisandro Posada Berrío*.—J. P., de 14 años, sin ante-

cedentes. Indigestión nocturna, con vómitos; dolores al rededor del ombligo y frecuentes deseos de orinar, siendo dolorosa la emisión de la orina. Al día siguiente: vientre meteorizado y doloroso, especialmente al rededor del ombligo y en la región hipogástrica; apenas sensible en punto de Mac-Burney; 38° de temperatura. Catorce días después apendicectomía con incisión Jalaguier. Curación.

13.—(1908)—N. N., religiosa, de 48 años. Perturbaciones dispépticas por varios años con ligera infección de las vías biliares. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

14.—(1908)—N. B., de 42 años, soltera. Perturbaciones dispépticas y dolores fuertes al rededor del ombligo, con irradiaciones a la región lumbar y a la pierna derecha. Apendicitis crónica. Apendicectomía de Roux. Por tres o cuatro meses quedó un poco delicada del estómago. Después curación completa.

15.—(1903)—Dr. Tomás Quedo Alvarez.—P. A. S., de 38 años, casado, alcohólico; entre sus antecedentes: enterocolitis mucomembranosa, disentería benigna un mes antes. Por la noche llaman de urgencia: dolor en el punto de Mac-Burney, defensa muscular, hiperestesia cutánea local, temp. 38°. Se opera al día siguiente: apéndice en erección, duplicado de espesor; no hay perforación aunque sí está notablemente congestionado; hay exudado turbio en el peritoneo. Curación.

16.—(1904)—N. N., hombre de 40 años. Por la noche, dolor en el vientre, deposiciones diarréicas y vómitos verdosos; dolor en el punto de Mac-Burney, defensa muscular, hiperestesia cutánea. Operación: apéndice turgesciente, enrollado sobre sí mismo, con puntos equimóticos; en el interior dos cálculos estercolares: gran cantidad de exudado en el peritoneo. Curación. (Colaboradores: Dres. Eduardo Zuleta y Emilio Quedo).

17.—(1903)—L. G., de 53 años, casado. Dolor agudo en el Mac-Burney, defensa muscular; pastosidad en la fosa ilíaca derecha y temperatura 38°5. La familia rechaza la operación que se propone y sólo la permite a los 7 días, cuando hay una colección formada. Se evacua más de un litro de pus y se drena; no obstante continúa la intoxicación general y el enfermo muere a los 17 días de operado, con anuria, pequeños vómitos negros e hígado grande. (Colaboradores: Dres. Baltasar Ochoa y E. Velásquez).

18.—(1904)—A. J. R., de 29 años, casado. Dolor en el vientre desde hace tres días, después de una indigestión. Al examen el dolor está localizado en el *lado izquierdo* de la línea media; vientre sensible, timpanismo, vómitos y fiebres de 38°2. Se observa el enfermo y a los pocos días pastosidad en la fosa ilíaca derecha, con mal estado general. Se abre el absceso y se drena; a los cuatro días el apéndice sale gangrenado en el apósito y sobreviene una notable mejoría. A los quince días dolor agudo en la línea media y elevación de temperatura; salida de gran cantidad de pus en la orina y nueva calma. Mes y medio después dolor agudo en el costado izquierdo y al examen, colección subdiafragmática izquierda con invasión de la región pulmonar adyacente, que se abre por los bronquios; después de tres vómitos abundantes, sobreviene la curación completa del enfermo. (Colaboradores: Dres. Braulio Mejía y Emilio Quedo).

19.—(1908)—G. de G., señora de 40 años, neurótica. Ha sufrido bastante de los órganos genitales; en años anteriores le practicaron un curetaje uterino. Desde hace algunos meses siente dolor en el bajo vientre, localizado especialmente al lado derecho y hacia la línea media. Tiene flujo vaginal escaso y blanquecino; el fondo de saco vaginal derecho es muy doloroso y se toca un empastamiento pequeño y alto. Se piensa en una colección anexial derecha y se practica una celiotomía mediana: anexos sanos; el derecho está adherido a un tejido cicatricial que parte del apéndice, el cual está muy adherido en todas direcciones, lo que

dificulta un poco su extirpación. Curación. (Colaboradores: Dres. B. Ochoa y Emilio Quevedo).

20.—(1909)—*Dr. Baltasar Ochoa*.—A. de A., señora de 30 años, casada. Grandes sufrimientos dispépticos por mucho tiempo. Intensa crisis apendicular con fiebre y vómitos. A la operación: apéndice muy bajo, congestionado, adherido y con gran dilatación en la punta producida por un cálculo del tamaño de una fruta de *mamoncillo*, que ya empezaba a romper los tejidos; exudado turbio en la cavidad. Muerte por intoxicación a los 3 días. (Colaboradores: Dres. J. B. Londoño, Gil J. Gil y Afonso Castro).

21.—(1910)—J. de C. U., joven de 18 años, soltero. Dolor por épocas en la fosa ilíaca derecha con irradiaciones al hígado, acompañado de fiebre y vómito. Fenómenos dispépticos. Antecedentes de litiasis renal. Apendicectomía. Curación de los fenómenos dispépticos; pero subsistieron fenómenos litíasicos, para los cuales más tarde se le operó el riñón (Colaboradores: Dres. Gil, J. E. Delgado y Alfonso Castro).

22.—*Dr. Antonio Mesa*.—N. N., joven de 22 años. Desde hace un año dolores constantes en la parte superior e interna de la pierna derecha, necesitando de narcóticos para calmarlos. Al examen: dolor en el punto apendicular, provocado, no espontáneo, con propagación al testículo derecho. Se diagnostica apendicitis crónica. Apendicectomía: apéndice muy largo con un cálculo en la extremidad. Curación completa.

23.—N. N., viejo de 70 años. Crisis de apendicitis aguda, la cual fué tratada médicamente. Sobrevino la formación de un absceso, que fué abierto con anestesia local y drenado. Después de dos meses de supuración, curación completa.

24.—Muchacho de 12 años. Crisis de apendicitis aguda. Sometido al tratamiento médico se le formó a los 20 días un absceso que fué abierto y drenado. Curación.

25.—(1900)—*Dr. Miguel M. Calle*.—M. V., de Abejorral, señorita de 25 años. Tiene perturbaciones dispépticas desde hace 4 años, constipación; dolores bajos en la región apendicular con recrudescencias. Apendicitis crónica. A la operación: apéndice largo, erecto y en forma de botella. Curación. (Colaboradores: Dres. Ramón Arango y J. M. Espinosa).

26.—C. V., señorita de 20 años, de Abejorral. Dolor en la fosa ilíaca derecha, alza de temperatura y deposiciones purulentas. Miembro inferior derecho flejado sobre el bacinete. Incisión media: extirpación del ovario, trompa y apéndice, que estaban afectados. Curación. La enferma se casó más tarde y ha tenido seis hijos sin complicación (Colaborador: Dr. Ramón Arango).

27.—*Dr. Dionisio Arango Ferrer*.—Muchacho de 17 años. Como antecedentes, disentería y fiebre tifoidea. Después de darse un baño frío estando muy acalorado, le empezó un fuerte dolor en el vientre, con fiebre y vómito; siguió mal por algunos días hasta que se le formó un absceso en la fosa ilíaca derecha. Incisión y drenaje. Curación.

28.—*Dr. Alonso Restrepo Moreno*.—Señorita N. V. N., de 25 años. Hace cuatro años primer cólico apendicular; después perturbaciones dispépticas con dolor bajo en el hipogastrio, con irradiaciones hacia la pierna derecha. Nueva crisis: dolor fuerte irradiado hacia la pierna derecha, vómitos escasos, náuseas, defensa en el Mac-Burney, pulso débil, temperatura 38°5; el ataque ha empezado hace tres días; en consecuencia, tratamiento médico. A los cuatro meses apendicectomía: apéndice muy largo, acodado en la mitad por una brida, endurecido a trechos y colocado hacia abajo y hacia adelante; adherencias múltiples. Curación.

29.—R. M., de 17 años. Hace un año, después de un largo paseo y de haberse humedecido mucho, tuvo un fuerte dolor en el Mac-Burney, constipación, hipo y vómito. Se diagnosticó crisis apendicular, de la cual se levantó coja de la pierna derecha. Se opera a los dos meses: apéndice detrás del ciego, encurvado hacia arriba, grueso, vascularizado y lleno de materias fecales. Convalecencia un poco dificultosa a causa de trastornos generales originados por las lombrices, de las cuales expulsó gran cantidad. Curación.

30.—*Dr. Gil J. Gil.*—Señorita F. P., de 23 años. Desde hace tres años tuvo un ataque agudo de apendicitis que le duró 8 días; desde entonces sufre ocasionalmente dolores intensos en el abdomen que se extienden a la pierna derecha, de tiempo en tiempo fiebre; ha enflaquecido mucho; enfriamiento de las extremidades; anorexia, constipación. Sensibilidad en el Mac-Burney. Blumberg positivo. Apendicectomía: apéndice de 15 centímetros, grueso, vascular, lleno de adherencias concéntricas desde implantación del colon hasta el primer tercio. Curación. (Colaborador: Dr. Miguel M. Calle).

31.—E. E., de 21 años, soltero. Ha sufrido de cólicos abdominales sin localización precisa; constipación; enflaquecimiento. Sensibilidad en el Mac-Burney. Apendicitis crónica. Apendicectomía: apéndice erectil muy vascular, grueso, adherido por una brida a la pared abdominal posterior, lo que dificultó su extracción; contrastaba el estado inflamatorio del órgano con el estado general y la ausencia de crisis aguda. Curación. (Colaborador: Dr. M. M. Calle).

32.—C. M., de 25 años, soltero, reumático. Fenómenos dispépticos vagos; todo alimento le cae mal; no toma sino leche y té. Cólicos apendiculares varias veces sin fiebre. Sensibilidad en el Mac-Burney sin otro síntoma. Apendicitis crónica. Apendicectomía: apéndice erectil, muy vascular, que al abrirse mostró media lombriz, quedando la otra mitad en el colon. Curación. (Colaborador: Dr. Emilio Quevedo).

33.—N. L., de 30 años, casado. Hace tres años el primer ataque apendicular; después ha tenido dos más. Apendicectomía: apéndice encapsulado e íntimamente unido al ciego, por lo cual cuesta gran trabajo el disecarlo; tiene de longitud 12 centímetros y en su primer tercio está engrosado como una ciruela con un pequeño foco de pus; se ve que hubo en ese punto estrangulamiento; los dos tercios restantes están adelgazados como una lombriz, debido sin duda a la atrofia, producida por el estrangulamiento. Curación. (Colaborador: Dr. Alfonso Castro).

34.—*Dr. Alfonso Castro.*—A. U., de 26 años, casado. Historia de apendicitis aguda. Absceso apendicular. Incisión y drenaje. Curación (Colaboradores: Dr. Gil J. Gil, y C. Fernández Quevedo).

35.—H. J., de 27 años, soltero. Desde hace cuatro años cefalalgia resistente a todo tratamiento; constipación; hace año y medio perturbaciones dispépticas con dolor espontáneo en el epigastrio y sensibilidad en la fosa ilíaca derecha. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación. (Colaborador: Dr. Gil J. Gil)

36.—A. T., de 28 años, de Medellín. Desde hace cuatro años ha venido sufriendo de perturbaciones dispépticas. Hace tres meses ataque agudo apendicular, que cede al tratamiento médico, pero que deja dolor vago en la fosa ilíaca derecha y perturbaciones dispépticas. Apendicitis crónica. Apendicectomía: apéndice largo congestionado, con adherencias y en inminente peligro de crisis aguda. Curación. (Colaboradores: Dr. Gil J. Gil y Gabriel Toro Villa).

37.—Señorita A. S., de 28 años. Gran quiste del ovario derecho con 16 litros de líquido; adherencias múltiples a la cara posterior del útero, al peritoneo, hacia la parte superior. Degeneración esclerosa del ovario derecho, que ha asumido el tamaño de una naranja. Apéndice torcido como un tornillo por cortedad

del meso. Ovariectomía doble y apendicectomía. Se deja tubo de dren metálico, que se retira a las 48 horas. Curación. (Colaboradores: Dres. Salvador Rivera y Enrique Palacio).

38 a 82.—Dr. José V. Maldonado.—En bloque me suministra el Dr. Maldonado, benévolamente, la estadística de su clínica particular, que se descompone así:

22 Mujeres.

22 Hombres.

La edad de estos operados fluctúa entre los 15 y los 55 años. En 12 casos el apéndice estaba perforado y en uno la perforación estaba situada en el punto de implantación cecal; en los 12 casos se puso drenaje. Hubo dos casos mortales. En 12 casos había concreciones calciosas de varios tamaños, llegando en uno de ellos hasta presentar el volumen de un núcleo de ciruela. En 7 casos el apéndice estaba adherido, con adherencias viejas, muy congestionado y estrangulado en una o varias partes. En 23 casos hubo fiebre del segundo al quinto día después, de la operación, hasta 38°. En cinco casos se presentaron todos los síntomas de paludismo agudo, con muy pocos y velados del lado del apéndice; la fiebre cesó por completo después de la apendicectomía. En 27 casos había fenómenos hepato-biliares, con congestión, inflamación y dolores más o menos marcados.

83.—Dr. J. B. Montoya y Flórez.—P. A. S., de 38 años casado, blanco, de Medellín. Apendicitis crónica con crisis. Apendicectomía. Curación. (Colaboradores: Dres. Tomás Quevedo A. y Eduardo Zuleta).

84.—F. Ch., de 25 años, casado, blanco, de Medellín. Apendicitis tuberculosa. Apendicectomía en frío. Curación. (Colaborador: Dr. B. Ochoa).

85.—G. U. E., de 20 años, blanco, soltero, de Medellín. Apendicitis supurada. Incisión y avenamiento. Gangrena y eliminación probable del apéndice, pues en doce años no ha tenido la menor novedad. Curación sin eventración. (Colaboradores: Dres. Carlos Mejía y Juan de Dios Uribe).

86.—J. I. M., de 40 años, blanco, casado, de Bogotá. Absceso apendicular infrahepático. Incisión y avenamiento. Muerte al octavo día. (Colaboradores: Dres. Jorge E. Delgado y Braulio Mejía).

87.—C. C., de 25 años, casado, de Medellín. Apendicitis crónica con crisis, operado en una de ellas al segundo día. Curación. (Colaboradores: Dres. B. Ochoa y Tomás Quevedo Alvarez).

88.—N. H., de 14 años, blanco de Medellín. Apendicitis aguda. Apendicectomía: se encontró un absceso en la base y sobre el ciego del tamaño de una cezeza. Se drenó por 48 horas y curó *per primam*. (Colaboradores: Dres. Braulio Mejía y J. E. Delgado).

89.—W. C., de 35 años, casado, blanco, de Medellín. Absceso apendicular infrahepático. Incisión y avenamiento, con extirpación secundaria del apéndice y larga supuración. Muerte a los 40 días. (Colaboradores: Dres. Gil J. Gil y Alejandro Vásquez).

90.—J. G., de 38 años, blanco, casado, de Medellín. Apendicitis crónica con gran dispepsia e hígado grande. Apendicectomía. Curación. (Colaboradores: Dres. Alfonso Castro y Baltasar Ochoa).

91.—M. de L., de 35 años, casada, blanca, de Medellín. Enorme absceso apendicular varios días después de una histerectomía vaginal para gran piosalpinx bilateral. Incisión y avenamiento. Muerte. (Compañeros: Dres. Baltasar Ochoa, Emilio Quevedo y Luis López.)

92.—L. R. T., de 22 años, soltera, blanca, de Titiribí. Dispepsia apendicular

crónica sin crisis. Apendicectomía. Curación. (Colaboradores: Dres. B. Ochoa y G. Toro Villa).

93.—A. A. S., de 20 años, soltero, blanco, de Medellín. Apendicitis aguda post-disintérica. Apendicectomía. Absceso de la base del apéndice. Supuró por 15 días: tuvo parotiditis supurada derecha. Curación sin eventración. (Compañeros: Dres. B. Mejía y Juan Uribe W.).

94.—C. H., de 30 años soltera, blanca, de Girardota. Absceso apendicular pelviano. Incisión y drenaje. Supuró 15 días sin eventración. Curación. (Colaboradores: Dres. Jorge E. Delgado y A. Mesa).

95.—C. R., de 50 años, casado, blanco, de Medellín. Historia antigua de fenómenos dispépticos. Crisis aguda apendicular con dolor intenso a nivel del ombligo y de la vesícula biliar; pulso 60 y temperatura 37°1; vomitó una sola vez. Apendicectomía a las 26 horas de empezado el ataque: apéndice gangrenado y placa de gangrena en el ciego; líquido purulento en pequeña cantidad, drenaje doble. A las 36 horas de operado dilatación aguda del estómago, de la cual se triunfa por los medios ordinarios. Curación sin eventración. (Colaboradores: Dres. Alfonso Castro y Emilio Quevedo).

96.—P. V., de 49 años, casado, blanco, de Medellín. Crisis aguda apendicular que se opera a las 36 horas, no obstante el haberse propuesto la operación a las 7 horas de empezado el ataque. El apéndice está completamente gangrenado y hay una placa de gangrena en el ciego, con un poco de líquido purulento en la cavidad; drenaje. Curación. (Colaboradores: Dres. Alfonso Castro y Gil J. Gil). (1)

97.—L. P. C., de 14 años, blanco, de Medellín. Apendicitis supurada infrahepática. Incisión y drenaje. Supuró 20 días y quedó con ligera hernia. Curación. (Compañeros: Dres. Braulio Mejía y S. Cock).

98.—C. V., de 35 años, soltera, blanca, de Medellín. Dispepsia crónica con perturbaciones del aparato respiratorio y gran enflaquecimiento. Apendicitis crónica: Apendicectomía. Curación. (Colaboradores: Dres. Alfonso Castro y Emilio Quevedo).

99.—A. de R., de 42 años, casada, blanca, de Medellín. Apendicitis aguda, que se opera 20 días después, a causa de la intoxicación aguda, que en un estado de mejoría aparente, repercutió sobre el corazón, amenazando seriamente la vida de la enferma. Curación *per primam*. (Colaboradores: Dres. Alfonso Castro y Jorge E. Delgado).

100.—O. B., de 13 años, blanco, de Medellín. Apendicitis crónica, con ligeros cólicos. Apendicectomía. Curación. (Colaboradores: Dres. Alfonso Castro y Jacinto Echeverri).

101.—A. Q., de 28 años, soltera, de Medellín. Períodos de ligeros trastornos gástricos con crisis febriles benignas que duraban de 1 a 2 meses. Buen estado general. Apendicitis crónica. Apendicectomía: apéndice pequeño adherido, bridas al colon; ovarios escleroquísticos tratados con el termo. Curación. (Colaboradores: Dres. Gil J. Gil y Emilio Quevedo).

102.—L. G., de 35 años, soltero. Crisis agudas de apendicitis, con un año de intermedio. Apendicectomía. Curación. (Colaborador: Dr. Gil).

(1). Tanto esta observación como la anterior, han sido publicadas por el Autor de este trabajo, extensamente, en el N° 2 de la REVISTA CLINICA, de Medellín.

Servicio de Cirugía del Hospital de San Juan de Dios. Años de 1903, 1905 y 1906. Dr. Montoya y Flórez.

103.—C. N., de Medellín, de 26 años, madre de 3 hijos. La madre ha sido operada de apendicitis. Cólicos hepáticos anteriores. Dolor fuerte a nivel de las últimas costillas del lado derecho, que se irradiaba al abdomen y hombro derecho; fiebre y calofrío: diarrea y vómito. Dolor marcado en la fosa ilíaca derecha a los 5 días, con trazas de infección blenorragica. Se diagnostica pelviperitonitis con anexitis. Incisión media: intestinos, trompa, ovarios, adheridos y congestionados; apéndice pelviano muy adherido, turgesciente y con cuatro tricocéfalos en el interior. Curación.

104.—R. S., de 40 años, viuda, sirvienta, de Medellín. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

105.—L. M., de 26 años, soltero, peón. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

106.—M. T., de 22 años, de Corozal, soltera. Pelviperitonitis y apendicitis. Apendicectomía. Curación.

107.—J. A., varón, de 30 años, de Marinilla. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

108.—N. A. T., de 18 años, de Medellín, soltero, carpintero. Apendicitis supurada. Apendicectomía y drenaje. Curación.

109.—H. Ll., de 40 años, de Medellín, soltero, carpintero. Apendicitis supurada. Apendicectomía y drenaje. Curación.

110.—B. M., de 22 años, de Bogotá, soltero, militar. Apendicitis supurada. Incisión y drenaje. Curación.

Servicio de Cirugía del Hospital de San Juan de Dios. Años de 1911, 1912 1913, 1914, 1915, 1916, 1917. Profesor: Dr. J. B. Montoya y Flórez. Cirujanos ayudantes: Dres. Gil J. Gil y Alfonso Castro.

111.—J. A., de 14 años, de Belén, jornalero. Absceso apendicular supurado. Apendicectomía y drenaje. Curación.

112.—G. M., de 25 años, de Barbosa, casada, sirvienta. Pelviperitonitis y piosalpingitis doble, con apendicitis. Histerectomía abdominal subtotal y apendicectomía. Curación.

113.—N. N., de 25 años, de Medellín, casada. Pelviperitonitis y anexitis doble y apendicitis. Histerectomía abdominal subtotal y apendicectomía. Curación.

114.—J. M., de 19 años, de la Estrella, soltero y jornalero. Absceso apendicular. Incisión y drenaje. Curación.

115.—C. M., de 18 años, de Guarne, labrador, soltero. Apendicitis y perforación intestinal. Apendicectomía y drenaje. Muerte a los seis días.

116.—B. Ch., de 21 años, de Riosucio, estudiante. Apendicitis crónica. Curación.

117.—N. N., de 19 años, de Itagüí, militar, soltero. Apendicitis. Apendicectomía practicada por el Dr. Gil. Muerte.

118. G. M., de 33 años, del Retiro, casada. Adenosarcoma del ovario y degeneración del apéndice. Ovariectomía y apendicectomía. Curación.

119.—R. G., de 18 años, de Medellín, soltera. Apendicitis. Apendicectomía. Curación.

120.—E. N., de 31 años, de Sonsón, sastre. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

121.—E. G., de 18 años, de Medellín, sirvienta, casada. Blenorragia e infección puerperal. Hace dos meses dolor en el ovario derecho y partes circunvecinas. Fondos de saco borrados, colección de ambos anexos; secreción aspecto de una clara de huevo. Histerectomía abdominal subtotal y apendicectomía: trompas y ovarios de ambos lados muy inflamados y adheridos; la trompa izquierda presenta una ulceración grande, amarilla y granulosa, lo mismo que el apéndice que está muy inflamado (actinomycosis?) Curación.

122.—N. N., de 26 años, de Rionegro, soltero, fotógrafo. Apendicitis supurada. Incisión y drenaje. Curación.

123.—R. J. M., de 18 años, de Abejorral, soltero, estudiante. Apendicitis crónica con repercusión muy marcada en el hígado. Apendicectomía. Curación.

124.—R. E. G., de 30 años, de San Cristóbal, casada. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

125.—L. O., de 32 años, de Medellín, casado, albañil. Apendicitis crónica. Apendicectomía con anestesia raquídea. Curación.

126.—M. del C. C., de 29 años, del Retiro, sirvienta. Apendicitis crónica. Apendicectomía por anestesia raquídea. Curación.

127.—M. O. de 28 años, de Medellín, cocinera. Anexitis derecha y apendicitis. Extirpación de los anexos derechos y apendicectomía. Curación.

128.—B. R., de 30 años, de Cali, casado. Paludismo, ictericia intermitente desde muy joven y dolores hepáticos de vez en cuando. En un período de dos años y medio, cuatro ataques apendiculares; en el último hubo formación de absceso que se abrió. La mejoría fué muy lenta persistiendo los dolores y la hiperestesia en la región apendicular, lo mismo que el tinte subictérico. Apendicectomía: apéndice post-cecal, muy pequeño y adherido, lo que dificultó mucho la disección. Curación.

129.—C. R., de 23 años, de Santarrita, soltera, sirvienta. Antecedentes de cólicos hepáticos, con subicteria algunas veces y siempre constipación. En el último cólico se hizo el diagnóstico de apendicitis por las irradiaciones del dolor más intensas al nivel del Mac-Burney. Apendicectomía. Curación.

130.—C. F., de Antioquia, de 26 años, soltero, comerciante. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

131.—G. J., de 20 años, de Medellín, soltero, empleado. Período de dispepsia apendicular; con dolores epigástricos, acedías, flatulencia, constipación y acnea. Sensibilidad en el punto de Mac-Burney. Apendicitis crónica. Apendicectomía: apéndice muy congestionado y con muchas adherencias. Curación.

132.—D. J., de Bello, de 40 años, soltero, cantinero, neuroartrítico. Desde hace quince meses gastralgia, sensación vertiginosa y náuseas, neuralgia hemicraniana; desaliento, fatiga, sialorrea, sensibilidad en el Mac-Burney. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

134.—M. J. N., de 30 años, de Medellín, casado, artesano. Absceso apendicular. Incisión y drenaje. Curación, pero más tarde formación de una hernia.

135.—F. P., de 26 años, de Bogotá, soltera. Perturbaciones dispépticas desde hace tiempo. Dos ataques de fiebre tifoidea. En la región apendicular, dolorosa a la presión, induración del tamaño de una mandarina. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

136.—C. T., de 25 años, de Ibagué, soltero, comerciante. El padre fué epiléptico. Desde hace 6 años perturbaciones dispépticas y constipación tenaz. Por lo menos diez veces, y en épocas distintas, ha tenido ataques de dolores agudos

a nivel del ombligo, acompañados de fiebre y vómito; estos ataques han durado hasta diez días. Apendicitis crónica. Apendicectomía sin resultado alguno; más tarde se le hizo una laparotomía exploradora para una supuesta úlcera del duodeno, que no se encontró.

137.—R. Q., del Retiro, de 40 años, casada. Gran quiste del ovario izquierdo y pequeño quiste del ovario derecho, con degeneración de la trompa; apendicitis crónica. Incisión media: 20 litros de líquido y adherencias íntimas al epiplón, colon y peritoneo parietal. Apendicectomía y marsupialización hechas por el Dr. Alfonso Castro. Curación.

138.—S. H., de 46 años, de Medellín, sirvienta. Fibroma uterino y apendicitis crónica. Histerectomía abdominal subtotal y apendicectomía; apéndice muy largo e inflamado. Curación.

139.—Z. R., de 30 años, de Ituango, casada. Dispepsia apendicular. Apendicitis crónica. Apendicectomía: apéndice retrocecal adherido al colon. Curación.

140.—R. A. N., de 20 años, de Medellín, soltera. Como antecedente, paludismo. Desde hace un año dolor por intervalos de 8 a 15 días en la fosa ilíaca derecha, sin fiebre y sin vómito. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

141.—M. del C. N., de 40 años, de Medellín, casada. Gran quiste del ovario izquierdo con adherencias al epiplón y a la pared abdominal; ovario derecho fibro-quístico; apéndice inflamado de 15 centímetros de largo. Ovariectomía doble y apendicectomía, por el Dr. Alfonso Castro. Curación.

142.—G. B., de 54 años, de Medellín, sastre. Durante 8 años tres cólicos apendiculares, el último caso vómito y fiebre. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

143.—G. J., de 22 años, de Medellín, soltera. Perturbaciones dispépticas y hace seis meses un cólico fuerte apendicular. Apendicitis crónica. Apendicectomía y ovariectomía del ovario derecho, que se encuentra afectado. Curación.

140.—I. M. A., de 35 años, de Medellín. Desde hace tres días ataque de apendicitis aguda; peritonitis localizada. Apendicectomía y drenaje. Curación.

145.—E. M., de 40 años, de Copacabana, sirvienta. Apendicitis supurada. Incisión y drenaje. Curación.

146.—M. N., de 35 años, de Medellín, casado, empleado. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

147.—I. M. M., de 30 años, de Medellín, soltero, artesano. Oclusión por un divertículo de Meckel y apendicitis. Celiotomía de urgencia al segundo día. Muerte.

148.—A. A., de 35 años, de Sopetrán, soltera. Salpingitis derecha y apendicitis. Salpingectomía y apendicectomía. Curación.

149.—N. I. C., de 23 años, de Medellín, soltera, zapatera. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

150.—I. M. C., de 24 años, de Titiribí, soltero, herrero. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

151.—J. A. C., de 30 años, de Fredonia, soltero, labrador. Fístula entero-umbilical y apendicitis. Operado de la fístula y apendicectomía. Muerte.

152.—J. J. Z., de 32 años, de Barbosa, casado, hacendado. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

153.—E. U., de 35 años, de Medellín, casada. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

154.—D. N., de 27 años, de Santo Domingo, casada. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

155.—C. P., de 42 años, de Medellín, médico. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

156.—P. M., del Poblado, de 30 años, soltero, negociante. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

157.—U. N., de 23 años, de Robledo, casada. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

158.—N. de Z., de 30 años, de Girardota, casada. Anexitis doble y apendicitis crónica. Histerectomía abdominal subtotal y apendicectomía. Curación.

159.—J. L. A., de diez años, de la América, estudiante. Apendicitis supurada. Incisión y avenamiento. Curación.

160.—A. P., de 20 años, de Sanjeronimo, soltera. Anexitis doble y apendicitis tuberculosa. Histerectomía abdominal subtotal y apendicectomía; operada con raquianestesia. Curación.

161.—N. P. G., de 25 años, de la Ceja, casado, policía. Gran absceso retroperitoneal y apendicitis crónica. Celiotomía, apendicectomía y drenaje. Curación.

162.—R. R. de 35 años, de Santarrosa, soltera, sirvienta. Anexitis doble tuberculosa y apendicitis crónica. Histerectomía abdominal subtotal y apendicectomía con anestesia raquídea. Muerte.

163.—M. H. de Z., de 28 años, de Envigado, casada. Piosalpingitis doble y apendicitis. Histerectomía abdominal subtotal y apendicectomía. Curación.

164.—H. G., de 28 años, de Titiribí, casada. Anexitis bilateral y apendicitis. Histerectomía abdominal subtotal y apendicectomía. Curación.

165.—M. A., de 40 años, de Titiribí, casada. Apendicitis crónica y anexitis derecha. Apendicectomía y salpingectomía. Curación.

166.—T. R. H., de 22 años, de Medellín, soltero, comerciante. Apendicitis calculosa. Apendicectomía. Curación.

167.—S. G., de 21 años, de Rionegro, soltera. Hematocele retrouterino por ruptura de preñez ectópica y anexitis con apendicitis. Histerectomía abdominal subtotal y apendicectomía. Curación.

168.—A. M. T., de 25 años, de Medellín, casada. Doble salpingitis y apendicitis tuberculosa. Histerectomía abdominal subtotal y apendicectomía. Muerte al octavo día.

169.—A. J. R., de 25 años, de Medellín, casada. Hematocele retrouterino por ruptura de preñez ectópica y apendicitis. Histerectomía abdominal subtotal y apendicectomía. Curación.

170.—A. M., de 55 años, de la Estrella, arriero, viudo. Apendicitis y tuberculosis pulmonar. Apendicectomía. Muerte.

171.—M. A. M., de 38 años, de Medellín, casado, jornalero. Apendicitis y disentería crónica. Apendicectomía. Curación.

172.—T. G., de Itagiú, de 35 años, casado, jornalero. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

173.—C. C. de 30 años, de Medellín, soltera. Absceso apendicular. Incisión y drenaje. Curación.

174.—J. de la C. D., de 40 años, de Fredonia, casado, labrador. Apendicitis hepática con ectopía del ciego. Apendicectomía epigástrica. Muerte.

175.—S. N., de 38 años, de Medellín, casado, comerciante. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

176.—C. Z., de 20 años, de Medellín, soltera. Anexitis bilateral blenorragica y apendicitis. Histerectomía abdominal subtotal y apendicectomía. Curación.

177.—R. P., de 22 años, de Sanjerónimo, viuda. Anexitis bilateral y apendicitis. Histerectomía abdominal subtotal y apendicectomía. Curación.

178.—S. N., de 25 años, de Bello, casado, negociante. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

179.—I. M. A., de 18 años, de Medellín, soltero, boticario. Absceso apendicular. Incisión y drenaje. Curación.

180.—E. M., de 22 años, de Medellín, casado, labrador. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

181.—I. G., de 20 años, de Robledo, soltero, labrador. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

182.—A. S., de 40 años, de Medellín, soltera. Fibroma uterino y apendicitis. Miomectomía y apendicectomía. Curación.

183.—R. A. C., de 25 años, de Belén, casada. Absceso apendicular. Incisión y drenaje por el Dr. Gil. Curación.

184.—M. A. N., de 30 años, de Titiribí, soltera. Apendicitis crónica y colecistitis. Apendicectomía y colecistostomía. Curación.

185.—M. M. B., de 40 años, de la Estrella, casada. Quiste dermoide del ovario izquierdo libre en el epiplón y apendicitis crónica. Ovariectomía y apendicectomía. Curación.

186.—R. D., de 36 años, de Medellín, soltera, aplanchadora. Apendicitis y anexitis derecha. Apendicectomía y salpingectomía. Curación.

187.—M. N., de 26 años, de Caracas, soltero, cómico. Largo período de perturbaciones dispépticas y de varios cólicos apendiculares. Apendicitis crónica. Operado en una crisis. Apéndice corto, grueso, muy adherido y pequeño absceso en la base. Apendicectomía y drenaje. Formación de una fístula estercoral y muerte al mes y medio de operado por el Dr. Castro.

188.—J. V., de 25 años, de Abejorral, soltero, policía. Disentería, reumatismo poliarticular agudo en tres o cuatro ocasiones, y amigdalitis crónica con exacerbaciones agudas frecuentes. A consecuencia de una mojada una noche, sintió dolor muy agudo en la fosa ilíaca derecha, que le produjo lipotimia. Tratamiento médico inmediato, y rápida mejoría; no obstante se resuelve operarlo con 37,2 de temperatura, 82 pulsaciones y apenas sensible el Mac-Burney. Apendicectomía: apéndice con una placa de gangrena próxima a perforarse en la extremidad. Curación. Operado por el doctor Castro.

189.—A. J., de 29 años, casada. Antecedentes blenorragícos, cólicos apendiculares y ováricos por épocas; perturbaciones dispépticas y en ocasiones disuria. Metrosalpingitis doble y apendicitis crónica. Histerectomía abdominal subtotal y apendicectomía: ovarios adheridos detrás del útero y el izquierdo a la S ilíaca, hasta el punto de que al desprenderlo se rompió aquella en circunferencia, para lo cual hubo que hacer sutura; apéndice de 6 centímetros, engrosado, con cavidad muy dilatada, con algunos tricocéfalos, en posición retrouterina. Curación.

190.—N. N., de 31 años, de Sonsón, religiosa. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

191.—S. A., de 30 años, de Antioquia, soltera. Fibromas uterinos pediculados y apendicitis crónica. Miomectomía y apendicectomía. Curación.

192.—G. V., de 19 años, de Titiribí, soltera. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

193.—M. A., de 44 años, de Medellín, casada. Apendicitis crónica y anexitis derecha. Apendicectomía y oforosalingectomía. Curación.

194.—A. B., de 39 años, de Medellín, soltera. Apendicitis crónica y bridas pilóricas congénitas. Apendicectomía y sección de bridas. Curación.



195.—N. N., de 28 años, de Tunja, religiosa. Apendicitis crónica y adherencias de Lane. Apendicectomía y sección. Curación.

196.—M. A. L., de 26 años, de Tamesis, soltero, Labrador. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

197.—J. J. J., de 30 años, del Poblado, soltero, artesano. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

198.—B. V., de 26 años, de Medellín, soltera. Apendicitis crónica, Apendicectomía. Curación.

199.—L. A., de 31 años, soltera, de Medellín. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

200.—P. C., de 32 años, de Sopetrán, casada. Metrosalpingitis, apendicitis y síntomas biliares. Histerectomía abdominal subtotal y apendicectomía. Curación.

201.—I. F., de 23 años, soltera, de Medellín. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

202.—M. J. L., de 38 años, de Medellín, soltera. Apendicitis crónica y anexitis derecha. Apendicectomía y salpingectomía. Curación.

203.—J. M. C., de 46 años, de Jericó, casado, hacendado. Apendicitis crónica y bridas. Apendicectomía. Curación.

204.—N. A., de 33 años, de San Cristóbal, casado, Labrador. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

205.—A. J. G., de 29 años, de Bello, casada. Anexitis bilateral y apendicitis crónica. Histerectomía abdominal subtotal y apendicectomía. Curación.

206.—P. O., de 25 años, de Medellín, soltera. Apendicitis crónica y riñón derecho flotante. Apendicectomía. Curación.

207.—E. G., de 23 años, de Jericó, casada. Apendicitis crónica y ovarios escleroquisticos. Apendicectomía y termocauterización de ovarios. Curación.

208.—H. C., de 17 años, de Bello, soltero, boticario. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

209.—J. A. G., de 34 años, de Bello, soltero, empleado. Apendicitis y brida del colon a la vesícula. Apendicectomía. Curación.

210.—C. A., de 19 años, de América, soltera. Apendicitis crónica y ovarios escleroquisticos. Apendicectomía y cauterización de ovarios. Curación.

211.—M. E. P., de 25 años, de Belén, casada. Anexitis bilateral y apendicitis. Histerectomía abdominal subtotal y apendicectomía. Curación.

212.—D. Z., de 20 años, de Medellín, casada. Hidrosalpingitis bilateral y apendicitis. Histerectomía abdominal subtotal y apendicectomía. Curación.

213.—V. J., de 22 años, de Armenia. Apendicitis crónica. Apendicectomía: apéndice de 15 centímetros, muy adherido, menos en la punta, parte ascendente y parte descendente, la primera tan adherida que hay que decorticarla, la segunda con fuertes adherencias al recto. Curación.

214.—B. R., de 35 años, de Entreríos, soltera. Preñez ectópica tubaria de tres meses, con ruptura y apendicitis. Extirpación del anexo derecho y apendicectomía. Curación.

215.—R. F., de 16 años, de Sopetrán, herrero. Amigdalitis crónica con accesos frecuentes. Hace tres días por la noche le empezó un cólico apendicular: dolor intenso en todo el abdomen, especialmente en el Mac-Burney, al rededor del ombligo y a nivel de la vesícula; vómito por tres ocasiones, y en una de ellas ha arrojado lombrices; hipotermia; facies peritoneal y Blumberg positivo. Incisión

media y drenaje por el doctor Gil, a las tres p. m.; arroja líquido purulento y muere a las 12 de la noche.

216.—M. A. R., de 40 años, de Guarne, casado, policía. Apendicitis crónica con fenómenos dispépticos. Apendicectomía: apéndice con adherencias de Jakson, de 10 centímetros de largo con dos enterolitos, congestionado. Curación.

217.—J. B., de 41 años, casado, policía. Dolor en el reborde costal, línea axilar derecha, fiebre frecuente vespéral y sensibilidad en el Mac-Burney. Apendicitis crónica. Apendicectomía: apéndice inflamado y ganglios del mesociego y del mesocolon ascendente infartados. Curación.

218.—M. H., de 21 años, de Yarumal, soltera. Apendicitis crónica y ovarios escleroquísticos y salpingitis catarral derecha. Apendicectomía y cauterización de ovarios. Curación.

219.—R. G., de Medellín, de 25 años, casada. Pasado de infección crónica de la matriz. Apendicitis crónica y alteración metro-anexial. Incisión media: adherencias de los anexos y ovario derecho escleroquístico; apéndice largo y grueso, con materias fecales y un tricocéfalo. Apendicectomía y cauterización de ovarios. Curación.

220.—L. M. C., de 21 años, soltero, agricultor. Crisis típica de apendicitis, que se operó pasados 15 días. Incisión Mac-Burney: epiploitis, grandes adherencias y apéndice eliminado por gangrena. A los tres días de operado es atacado de disentería. Curación.

221.—T. P., de 25 años, de la América, soltera. Pelvipéritonitis a consecuencia de una metrosalpingitis de origen blenorragico y apendicitis. Incisión media; histerectomía abdominal subtotal; apendicectomía: apéndice adherido al anexo derecho. Al seccionarlo se seccionó también un ascáride que lo ocupaba en su totalidad. Curación.

222.—R. G., de 35 años, de Medellín, casada. Apendicitis crónica y adherencias anexiales. Apendicectomía y liberación de adherencias. Curación.

223.—C. O., de 26 años, de Medellín, soltera. Apendicitis crónica y ovarios escleroquísticos. Cauterización de éstos y apendicectomía. Curación.

224.—M. R., de 25 años, de Fredonia, agricultor, casado. Apendicitis y ptosis del colon. Operado un año antes para una gastroyeyunostomía. Apendicectomía. Curación.

225.—R. R., de 54 años, de Jericó, soltera. Quiste simple del ovario y apendicitis crónica. Ovariectomía y apendicectomía. Curación.

226.—E. S., de 26 años, de Medellín, soltera. Fístula de gran quiste dermoide operado por marzupialización hace un año y apendicitis crónica con múltiples adherencias. Extirpación del saco y apendicectomía por el Dr. Gil. Curación.

227.—C. N. N., de 23 años, de Medellín, soltera. Apendicitis crónica. Apendicectomía. Curación.

228.—E. M., de 21 años, de Medellín, soltera. Piosalpingitis doble y apendicectomía: la colección derecha adherida al apéndice, que estaba inflamado, grueso y adherido a su vez al recto en su parte superior; la colección izquierda adherida íntimamente al colon transversal. Drenaje por 48 horas. Curación.

CONSIDERACIONES

Del estudio de las 228 observaciones anteriores se debe tener en cuenta lo siguiente:

1º Edad.

De 10 a 15 años.....	8 operados.
— 15 a 20 años.....	25 —
— 20 a 30 años.....	88 —
— 30 a 40 años.....	44 —
— 40 a 50 años.....	14 —
— 50 a 60 años.....	4 —
— 60 a 70 años.....	1 —

Como bien se ve, el mayor número de apendiculares está comprendido entre los veinte y los treinta años; de allí en adelante empieza a desaparecer para extinguirse casi por completo de los sesenta en adelante; igual cosa pasa de los veinte para atrás; de tal suerte que sólo hasta los diez años se han visto casos de apendicitis en las observaciones que se estudian. (Debe advertirse que aquí no se trata sino de 184 observaciones, pues no están analizados los 44 casos del Dr. Maldonado. La misma nota es aplicable a las modalidades de la enfermedad, que se estudian adelante). Esto está de acuerdo con la mayor parte de los observadores que siempre han dicho que la apendicitis es más común en los jóvenes, y en la edad adulta, que en los niños y los viejos.

2º Sexo.

Varones.....	113 operados.
Mujeres.....	115 operadas.

La opinión de Murphy, Sonnenburg, Roux, Barbier, Deaver &c.. es de que la apendicitis es más frecuente en el hombre; sin embargo, de este trabajo resulta la opinión contraria. Creo que esto se debe especialmente a que entre nosotros la gonorrea es una enfermedad muy común y propagada a todas las esferas sociales. De eso se hablará más adelante.

3º Modalidades de la enfermedad.

Absceso apendicular.....	36 operados.
Apendicitis agudas.....	28 —
Apendicitis crónica.....	120 —

Se observan tantos abscesos apendiculares, que no deben presentarse con frecuencia donde haya médicos competentes, como los hay entre nosotros, debido a dos causas: a que en la estadística, como antes dije, figuran aquellos casos aparecidos cuando apenas se

empezaba a hablar de la enfermedad y no se tenían nociones precisas sobre el particular, y a que, por ignorancia del público, se llama tarde al facultativo, cuando ya la enfermedad ha evolucionado hacia la supuración.

Estos casos de abscesos, sugieren la idea de lo indispensable que son los diagnósticos rápidos cuando se trata de ataques agudos de apendicitis y de lo necesario de una intervención hecha a tiempo. El médico nunca puede pronosticar, ya lo he apuntado, en presencia de una apendicitis aguda, el curso que seguirá la enfermedad ni su modo de terminación, por más benignos que sus comienzos hayan sido. Tampoco puede predecir, una vez el absceso formado, la evolución de éste, por más que se evacue el pus. Lo único que se puede afirmar es que el asunto es muy grave y que el enfermo corre gran riesgo, como se ve por el estudio de las observaciones anotadas. En consecuencia, precisa un criterio muy claro sobre el particular, para ser lo suficientemente afirmativo y deslindar responsabilidades.

4º Muerte.

Figuran en esta estadística 18 casos de muerte, los cuales conviene analizar para que se vea que no son imputables a la apendicectomía, sino a la gravedad del ataque. Al mismo tiempo se debe hacer notar que en 120 operados para apendicitis crónica, la mortalidad ha sido nula, lo cual es lección objetiva de suma importancia para la práctica. Las observaciones 3ª y 4ª del año de 1897 se refieren a casos operados en plena peritonitis, cuando aún el criterio quirúrgico no se había formado. En el día ningún cirujano se aventuraría a operar enfermos de esa clase, contentándose con seguir el método de Murphy para las peritonitis avanzadas y generalizadas. La observación 17 se refiere a un caso de septicemia terminado fatalmente a los 17 días. En esta vez el diagnóstico fué correcto desde el primer momento, pero la familia rechazó la operación, no permitiéndola sino cuando la enfermedad había hecho grandes progresos. La observación 20 se refiere a una hiperintoxicación apendicular. En los dos casos mortales del Dr. Maldonado no se detalla la causa de la muerte. En el caso 86 se trata de un absceso apendicular infrahepático, que se abrió y drenó, muriendo el individuo a los 8 días; lo mismo que el caso 89, en que el individuo vino a morir a los 40 días. En el caso 91 se trata de otro absceso grande formado después de una histerectomía vaginal para gran piosalpinge bilateral. En el caso 115 existe, fuera de la apendicitis, una perforación intestinal, y la muerte sobreviene a los 6 días de la operación. El caso 117 es una apendicitis hipertóxica. En la observación 147 se trata de una celiotomía de urgencia para una oclusión por un divertículo de Meckel y apendicitis, operado al segundo día. En la 151, de fístula enteroumbilical y apendi-

citis. En la 162 existe anexitis doble tuberculosa y apendicitis crónica, y se opera con raquianestesia. Cabe preguntar: ¿la anestesia empleada no tendría mucha parte en el mal resultado? En nuestro Servicio hemos visto que los individuos muy debilitados o atacados de enfermedad muy seria no toleran bien la raquianestesia. En el caso 168 se trata también de doble salpingitis con apendicitis tuberculosa, para lo cual se practica una histerectomía abdominal subtotal y apendicectomía, muriendo la enferma a los 8 días. El individuo de la observación 170, es un hombre de 55 años, y fuera de la apendicitis tiene una tuberculosis pulmonar. El caso 187 es un apendicular crónico, con pasado dispéptico y varias crisis agudas; se opera durante una de éstas, no obstante el enflaquecimiento y pobreza fisiológica del sujeto, dejándole dren, y sobreviene una fístula estercoral de la cual no se cura, no obstante minuciosos cuidados postoperatorios, y la muerte sobreviene al mes y medio en plena caquexia. El caso 215 propiamente no debía figurar aquí, porque no fué apendicetomizado, pues sólo se le hizo una pequeña incisión media para drenar la cavidad abdominal llena de pus.

Resumiendo se pueden clasificar las causas de muerte del modo siguiente:

Por peritonitis generalizada antes de la operación	3
— septicemia.....	2
— hiperintoxicación apendicular.....	2
— abscesos apendiculares infrahepáticos.....	2
— gran absceso después de histerectomía vaginal	2
— apendicectomías acompañadas de otras inter- venciones o seriamente complicadas.....	6
Dos casos del Dr. Maldonado.....	2

Total 18

De lo expuesto se deduce que la apendicectomía es una operación completamente benigna cuando se opera en frío, y que aún en los casos agudos, cuando se formula un diagnóstico rápido y preciso, y se interviene inmediatamente, tampoco hay gravedad. Esta aparece cuando la intervención se efectúa después de 24 horas de empezado el ataque, aumentando en seriedad a medida que pasan las horas, o cuando la enfermedad se ha dejado evolucionar hasta la formación de abscesos y natural intoxicación del sujeto.

En estos casos, si no sobreviene la muerte, el individuo queda expuesto a largas supuraciones; a hemorragias secundarias de grandes vasos, siempre fatales; a la formación de una fístula estercoral; a eventraciones; a nuevas intervenciones, pues bien sabido es que no por el hecho de abrir un absceso apendicular, el enfermo queda a

cubierto de nuevos ataques apendiculares; todo lo contrario; el apéndice una vez supurado, debe extirparse sin pérdida de tiempo, porque es un foco productor permanente de toxinas, que compromete la vida o cuando menos inferioriza la resistencia y las defensas naturales del individuo. Por lo demás, quien ha sufrido de un absceso apendicular, está expuesto, fuera de lo anotado, a trastornos patológicos de segundo y de tercer grado, como son las insuficiencias renal y hepática, las metastasis, los dolores reumatoides, las endocarditis y todo el cortejo de procesos gravísimos originados por las grandes supuraciones del organismo.

En consecuencia, se puede formular como regla terapéutica, emanada del estudio de las observaciones aquí reunidas, lo siguiente: *toda apendicitis crónica, correctamente diagnosticada, debe operarse. La apendicitis aguda debe operarse en las primeras 24 horas y abstenerse de hacerlo pasadas 36 horas. Todo absceso apendicular ofrece gravedad mediata e inmediata.*

5° Apendicectomía asociada a otras intervenciones:

Se ha practicado la apendicectomía en el curso de otras intervenciones en los casos siguientes, que se descomponen así:

Apendicectomía y ovariectomía derecha, una de ellas para preñez ectópica	5
Apendicectomía y ovariectomía izquierda	1
Apendicectomía y cauterización de ovarios	5
Apendicectomía y ovariectomía doble para grandes quistes y ovarios degenerados (del Autor)	3
Apendicectomía y ooforosalingectomía derecha	6
Apendicectomía y miomectomía	2
Apendicectomía y colecistostomía	1
Apendicectomía y celiotomía para absceso retroperitoneal	1
Apendicectomía e hysterectomía abdominal subtotal para hematocele retrouterina a causa de ruptura de preñez ectópica	2
Apendicectomía e hysterectomía abdominal subtotal para fibroma	1
Apendicectomía e hysterectomía abdominal subtotal para metroanexitis doble	18
Apendicectomía y curación de fístula enteroumbilical	1
Total	46

Llama la atención en estos casos de relación estrecha que existe entre el apéndice y los anexos derechos, de tal suerte que se puede llegar a la conclusión de que, afectados por una u otra causa, los anexos derechos, el apéndice se compromete, con raras excepciones. Más adelante insistiré un poco sobre el particular.

Aquí tenemos acompañadas de apendicectomía:

5 avariectomías derechas.

6 salpingectomías derechas.

2 histerectomías para ruptura de preñez ectópica.

18 histerectomías abdominales subtotales para anexitis doble y metritis.

Queda un total de 31 operaciones, en las cuales es innegable la relación de causa a efecto. Si se deducen de los 46 casos que se estudian, resultan sólo 15 casos en los cuales no existe la relación apuntada.

De esos 31 casos hay 18 de histerectomía abdominal subtotal para anexitis bilateral, producidas la mayoría por la blenorragia; de suerte que no es teórica mi afirmación de que entre los grandes desastres del gonococo de Neisser, está el de ser causa de apendicitis. Por lo demás, es verdaderamente crecida, y se presta a consideraciones serias de orden social, la cifra de histerectomías que se practican entre nosotros. Disminuiría esa cifra sin duda alguna, si hubiera más aseo, si la higiene no fuera tan rudimentaria y si una moralidad respetuosa de la vida y ayuna de prejuicios se propagara en la juventud y en el público en general.

Conviene advertir que la norma de conducta que se sigue en nuestro Servicio de Cirugía, no es la que aconsejan algunos cirujanos, quienes sostienen que siempre que se abra el vientre, para cualquiera intervención, debe extirparse el apéndice, esté como estuviere. Tal modo de obrar parece demasiado radical, pues no deja de tener serios peligros. Es principio de deontología, que al paciente no se le debe hacer nada innecesario, aun cuando no ofrezca peligro; ahora, si lo que se le hace ofrece alguno, se comete una falta grave. La laparotomía es siempre una operación que requiere pericia y cuidados escrupulosos. Todo lo que en una u otra forma demora su terminación, aumenta los riesgos del paciente; lo mismo que los traumatismos de cualquier clase que sean. Mientras más tiempo se tenga al operado bajo el dominio del anestésico, expuesta su cavidad abdominal al aire, más riesgo se corre de un síncope cardíaco, de una intoxicación tardía, de un enfriamiento, de una infección, de una dilatación aguda del estómago, &c. &c. La extirpación del apéndice, por hábil que sea quien la practique, es maniobra que exige por lo menos diez minutos, y diez minutos son mucho tiempo en la vida de un operado. Bien que se gasten en un tiempo importante de la operación, pero no hay derecho para sacrificarlos, extirpando un órgano que está sano. Eso es simplemente abuso profesional.

La extirpación del apéndice, en laparotomías para otras operaciones, debe sólo practicarse en los casos siguientes, que se confor-

man con el bién posterior del enfermo: 1º si es anormal en su longitud, dimensiones y situación; 2º si está en relación estrecha con una superficie o pedículo dejados por la operación; 3º si su cavidad está parcial o literalmente cerrada; 4º si está alterado anatómicamente como torcido, espeso en demasía, estrecho; 5º si contiene cuerpos extraños como gusanos, materias fecales, cálculos; 6º si está adherido en totalidad o en parte a algún órgano sano o enfermo; y por último, 7º si hace parte del contenido de un saco herniario.

6º Particularidad de algunos casos.

En la observación 8 llama la atención el origen traumático de la apendicitis, que asumió gravedad extrema, hasta el punto de formarse un absceso y gangrenarse el apéndice. Probablemente se trataba de un predisuesto, en que el traumatismo sirvió de causa determinante.

El caso 18 es muy ilustrativo desde el punto de vista de las complicaciones a que expone un absceso apendicular, y luego de la primera aparición del dolor a nivel de la fosa ilíaca izquierda. Hubo en este caso: 1º expulsión del apéndice gangrenado a los cuatro días de abierto el absceso; 2º formación de un absceso perivesical a los quince días, que se abre a la vejiga y 3º al mes y medio formación de un nuevo absceso subdiafragmático izquierdo, que invade el pulmón y que es expulsado por los bronquios.

En el caso 19 se ve la estrecha relación existente entre los anejos derechos y el apéndice. Aquí, éste era el enfermo.

En el caso 20 se habla de uno de los apéndices más largos que he visto, y en el cual existía un enorme cálculo que ya empezaba a romper los tejidos. Esta circunstancia favoreció el desenlace fatal, pues la presencia de cuerpos extraños en el apéndice favorecen rápidamente la perforación y gangrena de éste, al propio tiempo que la infiltración de los tejidos circunvecinos.

En el caso 22 el dolor principal aparece en la parte superior e interna de la pierna derecha, y en el punto de Mac-Burney sólo existe dolor cuando se provoca por medio de la presión.

En el caso 31 contrasta el estado inflamatorio del apéndice y sus adherencias, con el buen estado general y la falta de crisis agudas.

En el caso 32 se encuentra una lombriz que invade todo el apéndice y se secciona al seccionar éste. Lo mismo en el caso 221.

En el caso 33 el apéndice ha sufrido serios procesos degenerativos en tres ataques anteriores, pues se encuentra íntimamente adherido al ciego, hasta el punto de que es necesario *esculpirlo* para extirparlo, y luego en su tercio superior está engrosado y supurado, y en los dos tercios restantes completamente atrofiado.

En el caso 35 el síntoma tenaz, que no cede a ningún trata-

miento y que incapacita al enfermo para el trabajo, es una cefalalgía que desaparece con la apendicectomía.

En los casos del Dr. Maldonado se encuentran, aparte de las concreciones calciosas de varios tamaños, de las adherencias y estrangulamientos, cinco observaciones en que predominan todos los síntomas de paludismo agudo, con manifestaciones veladas del lado del apéndice que desaparecen después de la apendicectomía. Esta variedad de apendicitis crónica es curiosa y no la había visto citada en ningún trabajo.

En los casos 86 y 89 hay formación de abscesos apendiculares infrahepáticos con muerte.

En el caso 93 hay de notable la asociación de apendicitis y de parotiditis supurada, pues esto confirma algunas de las ideas de Rosenow.

En los casos 95 y 96 y también en el 188 es de notarse la gravedad de las lesiones encontradas con la vaguedad de los síntomas objetivos. De tal suerte que si no se hubiera hecho el diagnóstico preciso y no se hubiera intervenido oportunamente, esos 3 enfermos habrían muerto. Las observaciones de los dos primeros, con los comentarios del caso, las he publicado en REVISTA CLÍNICA, en el N^o 2, razón por la cual no me extiendo sobre el particular.

En el caso 98 llaman la atención los trastornos del aparato respiratorio, de tal suerte que se llega a temer la existencia de una tuberculosis. Todo desaparece con la apendicectomía.

El caso 99 ofrece el cuadro de una de las calmas engañosas de que habla Dieulafoy. Esta enferma tuvo su ataque agudo de apendicitis y fué tratada médicamente. Mejoró los primeros días y una noche, a los 20 días de empezado el ataque, empezó a sufrir serias alteraciones del corazón, con lipotimias, dispnea, trastornos del pulso, alteración del rostro. Su vida se vió seriamente amenazada. Todo desapareció con la apendicectomía. Vuelve aquí con mayor fuerza la sugestión de la intervención rápida en los casos de apendicitis aguda, lo mismo que en los marcados con los números 95 y 96.

El caso 103 ofrece, aparte de la asociación de la anexitis, la presencia en el apéndice de cuatro tricocéfalos. Un tricocéfalo se encuentra también en la observación 219.

El caso 129 presenta la asociación frecuente de apendicitis y trastornos del lado del aparato biliar.

El caso 136, con sintomatología de apendicitis crónica, no mejoró en nada después de la operación y hubo que hacerle más tarde una celiotomía exploradora para una presunta úlcera del duodeno, que no se encontró.

Las observaciones 167 y 169 son importantes por la asociación que muestran de preñez tubaria y apendicitis. Por lo tanto, conviene

insistir un poco sobre el particular.

La apendicitis es una enfermedad que se presenta con relativa frecuencia en cualquier período de la gestación y aún en las épocas de puerperio, especialmente si se trata de mujeres jóvenes según una estadística de Amné Paul Heineck, de Chicago, quien ha observado que el mayor número de apendictomizadas, estando embarazadas, se encuentra entre los 26 y los 30 años. Fellner a su vez dice que en 38.000 casos de embarazadas ha habido recaídas de apendicitis en aquellas que antes habían sufrido la enfermedad.

Los hechos parece que se explican con alguna facilidad. Sabido es lo vulnerable que es el apéndice, lo expuesto que se halla a ser atacado por múltiples causas, y que en muchas ocasiones los primeros ataques son ligeros, sin que ocasionen trastornos serios, dando lugar sí a un estado de menor resistencia del órgano; pero sin que con justicia se pueda decir que ese órgano está enfermo; está en inminencia de alterarse profundamente y aguarda sólo la causa determinante. En tal estado sobreviene un embarazo, que es origen de intensos trastornos en todo el organismo, encuentra un órgano inferiorizado por alteraciones anatómicas de sus paredes, por anomalías, por leves ataques anteriores, que pueden haber pasado casi desapercibidos para la enferma, y obra entonces como un traumatismo cualquiera, que pone siempre de manifiesto las debilidades del paciente; se aumenta la predisposición a la inflamación del órgano, y estalla el ataque apendicular.

Ahora, esto es tanto más factible si en vez del embarazo normal se trata de una preñez tubaria del lado derecho, como en las observaciones estudiadas. La preñez tubaria congestiona el apéndice y lo inflama; si como es corriente sobreviene una ruptura que determina una peritonitis plástica, entonces los tejidos circunvecinos del apéndice son inflamados a su vez y naturalmente se presenta la apendicitis con su cortejo sintomático, el cual, por lo demás, dificulta en gran manera el diagnóstico en tales circunstancias.

Por su parte, una apendicitis anterior puede originar una preñez tubaria, y en tal caso la patogenia sigue este derrotero, que en esquema puede enunciarse así: 1º apendicitis; 2º periapendicitis; 3º perianexitis; 4º formación de adherencias inflamatorias, que codan las trompas e impiden su movilidad, perturbando sus funciones; 5º preñez tubaria.

Según lo expuesto, surge el problema práctico: ¿Qué conducta debe seguirse en una mujer embarazada que presenta síntomas claros de apendicitis? No vacilo en contestar que una paciente en esas circunstancias debe operarse a la mayor brevedad; pues si grave es dejar un apendicular cualquiera sometido a un tratamiento médico, exponiéndolo a las contingencias de una enfermedad tan seria, la gra-

vedad es mayor y la responsabilidad del cirujano sube de punto, si se considera que una embarazada es un ser debilitado, en peligro constante de infección e intoxicación; y ninguna enfermedad tan infectante y productora de toxinas como la apendicitis. Por lo demás, la operación hecha a tiempo y por un cirujano hábil, no interrumpe el embarazo.

El caso 187 es sin duda uno de los casos más serios que he visto de apendicitis, debiéndose esto a la infección del tejido celular retrocecal, siempre muy grave y origen frecuente de gangrena. Aquí sobrevino la gangrena del ciego y formación de una fístula estercoral a los tres días, no obstante el haberse drenado la herida convenientemente, pero bien sabido es que en un caso como el anotado, en vez de supuración lo que hay es infiltración de los tejidos, como en algunas infecciones puerperales del tejido celular pélvico. Al enfermo se le prestaron los más asiduos cuidados, y eso no impidió que muriera por sapremia al mes y medio.

En el caso 189 la posición del apéndice es retrouterina, y tiene en su interior algunos tricocéfalos.

En los casos 194, 195, 202, 209, 216, 217, llaman la atención las bridas o adherencias de Jakson y de Lane, ésta al colon y los ganglios en las últimas. Cuestión importante la de las bridas, que se deben desprender y tratar durante el acto quirúrgico, pues de lo contrario el paciente queda expuesto, en infinidad de ocasiones, a los mismos trastornos y dolores para que fué operado.

7º Apendicitis Crónica.

De la estadística se deduce que se han operado 120 casos para apendicitis crónica, lo cual demuestra que dicha afección es muy común entre nosotros. En efecto, creo que ninguna lo es tanto, y que si no aparece mayor porcentaje es simplemente, como antes dije, por falta de educación quirúrgica en algunos médicos y en el público. No hay semana en que no se formule tal diagnóstico dos o tres veces. Muchos dispépticos de los que han agotado su paciencia y la de los facultativos, ingiriendo toda clase de drogas y sometidos a regímenes más o menos severos, no son sino apendiculares crónicos cuya dolencia sólo puede ser aliviada por la cirugía. Por lo tanto, la antigua dispepsia, considerada como entidad patológica, ha ido perdiendo cada día mucho de su dominio, para ser reemplazada por la apendicitis, que gana terreno a medida que mejor se estudia.

La frecuencia de tal enfermedad ha hecho que, parte del público poco informado y hasta algunos médicos, consideren que se trata más bien de una monomanía quirúrgica, que de hechos reales; pero es porque no tienen la comprobación diaria de la clínica hospitalaria, y porque asignan a síntomas un poco borrosos y distantes causas muy

diferentes de la verdadera. Juzgan que no existe otra apendicitis que el ataque agudo, con vómito y dolor en el punto clásico que diagnostica todo el mundo, como se diagnostica el cólico hepático cuando se presenta con una sintomatología trivial, y precisamente esas formas demasiado ruidosas y conocidas son las menos comunes y las que menos interés ofrecen al práctico, por el hecho mismo de estar al alcance aun de los poco iniciados. En esos casos es muy común que, cuando el médico llega a ver el paciente ya éste o la familia han hecho el diagnóstico, lo cual, como se comprende, no es muy halagador para el orgullo profesional.

Antes de seguir adelante conviene apuntar que el término de apendicitis crónica, según lo anota Faure, es impropio porque no representa una entidad anatómo-patológica definida, sino que abarca lesiones diversas tales como inflamaciones mucosas o foliculares; ulceraciones mecánicas ocasionadas por cálculos; estrangulamientos más o menos avanzados; codaduras y dilataciones; esclerosis o atrofas de las tunicas mucosa y muscular y también hipertrofias; apéndices filiformes o muy desarrollados; adherencias del apéndice o del meso; apéndices con cálculos, con parásitos, con materias fecales, con pus, en fin, toda una gama de alteraciones, imposible de designar con un solo nombre, pero que el uso así ha consagrado y hay que aceptar.

Las causas que originan la apendicitis crónica son diversas, algunas no lo suficientemente conocidas, y se confunden con las que producen la apendicitis aguda; de tal suerte que no hay para que entrar en distingos entre cuales ocasionan ésta ú otra modalidad, pues esa es cuestión más bien de terreno o sea de reacciones individuales. Bástenos saber que una misma causa, una infección por ejemplo, puede producir en un individuo un ataque apendicular agudo muy grave, y en otro una infección crónica y atenuada del apéndice, que lo perturba muy lentamente y que no compromete su vida de modo inmediato. Exactamente lo mismo que se ve por todas partes en patología, en que una misma causa suele producir efectos diversos, según la constitución de la persona, los hábitos, la herencia, las enfermedades anteriores, etc. etc.

Existen algunas condiciones del apéndice que favorecen la frecuencia de su alteración. Se encuentra la disposición del órgano en fondo de saco, la estrechez de su calibre, que favorece la formación de la cavidad cerrada que exalta la virulencia microbiana, según lo ha demostrado Dieulafoy; las codaduras y sinuosidades; la cortedad del mesoapéndice, causa frecuente de estrangulamientos; las bridas y adherencias que a veces se forman a su alrededor; la septicidad del medio; la formación automática de cálculos, y por sobre todo, la estructura linfóidea. El tejido linfóideo es eminentemente propenso a

las infecciones, como se observa en los puntos del organismo en que está situado. Las amígdalas, por ejemplo, constituídas por ese tejido, se infectan con tanta o mayor frecuencia que el apéndice, con el cual guardan estrechas analogías; sólo que aquellas se abren en una cavidad que comunica con el exterior, y pueden por consiguiente defenderse mejor de las infecciones; en tanto que el apéndice guarda relación íntima con el peritoneo, cuya sensibilidad para los gérmenes patógenos es bien conocida.

Según lo expuesto, no tiene nada de raro que la apendicitis sea una enfermedad muy común, tratándose de un órgano constituido por un tejido propio para el desarrollo de los microbios, con forma fácilmente modificable, lo cual es causa de perturbaciones de la nutrición celular, de trastornos vasculares, de alteraciones anatómicas en síntesis; rico en linfáticos; recubierto por el meso, membrana por lo común mas corta que el órgano, lo que da margen a codaduras, retorcimientos, estrecheces, etc.; y en comunicación con una cavidad sembrada de gérmenes nocivos, que no aguardan sino el momento propicio, el punto donde flaqueé el organismo, para ir a producir la enfermedad.

Entre las causas productoras de apendicitis, está en primer término la infección, y sobre esto conviene insistir un poco. La infección puede provenir de la cavidad bucal, de las amígdalas, del estómago, de las vías biliares, del tubo intestinal, de la sangre y del mismo apéndice.

La cavidad bucal está siempre llena de rica flora microbiana, cuyos efectos funestos no se manifiestan continuamente por las defensas naturales del organismo. Pero sucede que cuando hay un foco virulento, como en los abscesos de los dientes y de las encías, en las criptas amigdalianas, en ciertas supuraciones de la nariz, los gérmenes que allí pululan son tragados con los alimentos y van a fijarse en el punto más propicio del organismo o donde los empuje una fuerza instintiva de atracción por ciertos órganos o tejidos, que Rose now ha llamado *organotropismo*. El jugo gástrico no alcanza a destruir los gérmenes ingeridos, como se ha creído, pues Smithies ha demostrado, en el estudio del jugo gástrico de 2.406 individuos, que se quejaban de perturbaciones dispépticas, que a despecho de la acidez del medio, existían bacterias en el estómago en un 87%, entre las cuales predominaban diplococos, estreptococos y estofilococos.

Según esto, se comprende que al estarse ingiriendo los productos de supuración de una amígdala infectada, v. g., los gérmenes de esa supuración, dotados de propiedades organotrópicas para el tejido linfóideo, vayan a fijarse en el apéndice, donde encuentran un campo propicio para su desarrollo.

Mas no es sólo la ingestión de las baterias el único medio de pro-

pagación de la enfermedad; también la sangre se encarga de diseminar los gérmenes en el organismo y de depositarlos allí donde encuentran condiciones favorables de vida. Recientes estudios de Edward C. Rosenow, de una precisión admirable, demuestran que siembras de estreptococos tomados de apéndices inflamados, e inertados en conejos, producen lesiones apendiculares en un 68%; en tanto que cuando se inyectan estreptococos tomados de fuentes distintas del apéndice, no se producen lesiones sino en un 5%. Además, ha demostrado, también por medio de inoculaciones en conejos, que los gérmenes de las amígdalas una vez que de allí se escapan, tienen predisposición especial por el apéndice; sin que dejen en ocasiones de ir a producir úlceras del estómago o del duodeno y colecistitis, acompañadas con frecuencia de pancreatitis, siendo entonces más virulentos que los que producen las apendicitis; lo cual explica por qué generalmente son más benignas las operaciones del apéndice que las practicadas en el estómago o en la vesícula biliar. Rosenow ha avanzado tanto en sus estudios, que de modo concluyente ha descubierto la causa de una epidemia de apendicitis aguda aparecida en una escuela militar. En una lechería que proveía de leche a los cadetes, había vacas atacadas de mastitis; aparecieron algunos casos de parotiditis en la Escuela y luego algunos de apendicitis. Según las ideas de Rosenow, el estreptococo de las mastitis estaba afectado de organotropismo por las parótidas y por el apéndice, es decir, tenía esa raza de microbios predilección especial por esos tejidos y así se explica la coexistencia de paratoditis y apendicitis y la dependencia de una y otra. Lo cual por lo demás está de acuerdo con lo que se observa en las epidemias de una misma clase, en distintas épocas, que unas veces ofrecen un cuadro en que predominan cierto grupo de perturbaciones y otras, otro con trastornos muy diferentes.

De lo expuesto se deduce que las infecciones de los dientes, las encías, las narices, las parótidas y las amígdalas, son causa común de apendicitis y que en consecuencia, para evitar ésta deben tratarse tales trastornos y recomendar una higiene muy escrupulosa de la cavidad bucal. En nuestro pueblo es lamentable el descuido que existe entre padres y maestros, y desgraciadamente aún en muchos médicos, que desconocen la gravedad del asunto, en lo referente a las infecciones amigdalinas y de la rinofaringe, tan comunes en la infancia.

Otra de las causas comunes de apendicitis se encuentra en el antiperistaltismo del intestino. Pero antes de entrar en un análisis de los hechos, conviene decir algunas palabras sobre la manera como el apéndice está implantado en el ciego, para poder comprender mejor el mecanismo como la perturbación se produce.

La implantación del apéndice en el ciego se hace por lo general de tres maneras: 1º se implanta por verdadera invaginación, es decir,

que en el punto de unión, las paredes del apéndice forman con las del ciego un ángulo agudo en toda la circunferencia; 2º en la parte inferior de la unión hay invaginación o ángulo agudo, pero no en la parte superior, en donde el apéndice se continúa con el ciego formando una línea convexa más o menos abierta; 3º tanto en su parte superior como en la inferior y en las laterales, el apéndice y el ciego se unen de modo insensible, sin línea precisa de demarcación. En el primer caso, la comunicación entre la cavidad cecal y la apendicular tiene el obstáculo de los ángulos entrantes, que durante los movimientos antiperistálticos vienen a hacer el oficio de válvulas rudimentarias, que en parte pueden oponerse al paso de los cuerpos venidos del intestino. En la segunda variedad el obstáculo es menor, pues no existe sino en la parte inferior, presentándose en la luz del ciego como un espolón; y en la variedad última no hay obstáculo de ninguna clase, y los cuerpos extraños pueden entrar y salir del apéndice con relativa facilidad. El tipo más común de implantación es la segunda variedad.

El intestino está dotado de movimientos antiperistálticos, como bien lo ha demostrado James T. Case por medio de la radiografía. Durante esos movimientos, masas fecales, cuerpos extraños, parásitos intestinales, son llevados del intestino al apéndice, el cual a su vez los expulsa por los movimientos peristálticos. Pero sucede con frecuencia que el apéndice, por una u otra causa, especialmente por disposición anatómica, no alcanza a expulsar lo que ha recibido, digamos una masa fecal, y ésta se estaciona en esa cavidad por varios días, produciendo un estado de inflamación crónica del órgano y de los tejidos circunvecinos, causa de adherencias, rupturas, dolores vagos, infección y demás síntomas de la apendicitis crónica. Se comprende según esto que aquella es una enfermedad común en los individuos habitualmente constipados. En ellos las masas fecales se estacionan por más tiempo en el canal intestinal, que en los individuos normales, y por más tiempo naturalmente en el apéndice, llegando a constituir cálculos, que irritan las paredes del órgano y son causa de que se forme una cavidad cerrada.

Se dijo ya que el meso-apéndice era más corto por lo común que el apéndice, y en tal condición anatómica reside otra causa importante de apendicitis. Cuando por cualquier circunstancia el apéndice se injurgita, aumentando de volumen, el meso-apéndice permanece en estado normal, y de allí vienen atirantamientos sobre el órgano que producen codaduras, torciones, estrangulamientos, retorcimientos sobre su eje, etc.; estados que interrumpen la circulación, exaltando la virulencia de la flora microbiana; favorecen la formación de adherencias a los órganos circunvecinos; son origen de inflamaciones de gangrenas, de esclerosis, en una palabra, predisponen a la alteración del órgano de modo más o menos intenso.

Finalmente, en la mujer se encuentra como causa muy importante de apendicitis la blenorragia. En nuestro Servicio de Cirugía, hemos comprobado este hecho con frecuencia. El proceso, por lo demás, parece claro. Infecta el gonococo la matriz; infectada ésta, la infección se propaga prontamente a los anexos, y empieza el tormento femenino, caracterizado por crisis agudas con todo su cortejo sintomático, en un estado patológico crónico; la proximidad del anexo derecho al apéndice, hace que éste se infecte y entonces, a la inflamación de la matriz y de los anexos, se agrega la complicación de la inflamación apendicular, como proceso secundario, que por cierto es de difícil diagnóstico, lo cual, por lo demás, no tiene gran importancia, pues si se ha de tratar la enferma por una laparotomía, durante el acto operatorio se puede extirpar todo lo que esté afectado.

En dos clases se ha dividido la apendicitis crónica: apendicitis crónicas con crisis agudas y apendicitis crónica desde un principio, en la que no se ha presentado jamás una crisis clásica de las que iluminan y dan certeza al diagnóstico. Indudablemente esta última variedad es la que reviste mayor importancia.

Entre las lesiones anatómicas que ocasionan las apendicitis agudas o crónicas se encuentran: las infecciones de la mucosa, las ulceraciones, las gangrenas parciales o totales y luego los exudados catarrales, fibrinosos, sorofibrinosos, seropurulentos, que se forman en la cavidad del apéndice, en sus paredes, o a su alrededor; también existen, como cortejo de la apendicitis crónica los cálculos que por perforación pueden matar en 48 horas (Observación 20); las foliculitis que se observan especialmente a continuación de infecciones generales, como la gripa, caracterizadas por montones de folículos inflamados, que se presentan como pequeños puntos rojos de origen inflamatorio; las hipertrofias; las esclerosis, que pueden afectar parte o todo el apéndice y que indudablemente son consecuencia de inflamaciones anteriores. Finalmente se observan las adherencias, las cuales por su propia cuenta son causa de serios trastornos, hasta el punto de que nada vale quitar un apéndice enfermo, si no se suprimen aquellas al mismo tiempo.

Entre las adherencias existen dos clases que tienen una importancia especial: las de Lane, que son bandas peritoneales en las últimas seis pulgadas del intestino delgado, y las de Jakson, bandas también peritoneales pero del ciego. Unas y otras han sido producidas por ataques de apendicitis o por otra causa cualquiera que ocasiona inflamaciones del peritoneo.

La sintomatología de la apendicitis crónica es muy variada, y no es mi intento hacer una descripción completa del cuadro patológico. Únicamente quiero anotar algunos de sus síntomas más salientes o generales.

Por lo común, el apendicular crónico tiene un aspecto *sui generis*. Es un individuo prematuramente envejecido, de piel apergaminada y terrosa, con las escleróticas un tanto amarillentas, la cara a veces manchada, con manchas que recuerdan el cloasma del embarazo o las manchas del paludismo, con los dientes de mala calidad por lo general (raigones o supuraciones de la encía), con la lengua sucia y con aspecto de cansancio o malestar continuos. Su humor es variable, con tendencia a la depresión, por lo cual recuerda a los antiguos hipocóndricos. Es inapetente para el trabajo y con frecuencia siente la necesidad de reposo. Sufre de perturbaciones dispépticas como náuseas, meteorismo, «fatiga», acedías, en una palabra, los alimentos «le caen mal»; también se queja de vagos dolores del vientre que no alcanza a localizar y que es necesario saber buscar. En ocasiones la cefalalgia es constante, como en el caso de mi observación N^o 35 en que tal síntoma, que había durado por tres años y resistido a todo tratamiento, desapareció por completo después de la apendicectomía. En otras como en el caso de la observación 198 la sintomatología toda se ha presentado del lado del aparato pulmonar, hasta el punto de que el médico tratante había diagnosticado una bronquitis crónica, medicando en consecuencia a la enferma para tal trastorno. Después de la apendicectomía todos los síntomas desaparecieron.

Cuando se practica un examen, se encuentran por lo común tres puntos sensibles: el punto de Mac-Burney, al rededor del ombligo y en el epigastrio hacia el lado derecho. La sensibilidad puede llegar hasta el dolor más o menos intenso y no es lo mismo para los tres puntos. Unas veces predomina más en unos que en otros, lo cual dificulta el diagnóstico. Sucede con frecuencia que no siempre es el punto de Mac-Burney el más doloroso o sensible. El enfermo cree que no se trata de apendicitis, porque nunca se ha quejado del apéndice; sus trastornos han sido más bien del lado del estómago, «dispepsia», según se le ha dicho varias veces. Al fin un examen cuidadoso revela que es de la región apendicular; sensible a la presión, de donde parten todos los trastornos. En los adolescentes sucede con frecuencia que los síntomas dominantes están del lado de la columna vertebral, y esto es tanto más engañoso cuanto que un examen ligero demuestra que se trata de una escoliosis; en efecto hay escoliosis, pero tal desviación ha sido producida por una apendicitis crónica, la cual debe tratarse para modificar aquélla convenientemente.

La manera como evoluciona la apendicitis crónica es diversa según los casos. Ya se ha hablado de la apendicitis crónica *d'amblyé* y de la crisis aguda. La primera se instala poco a poco, de una manera sorda, sin un cuadro sintomático claro y sin que exista ningún fenómeno ruidoso que llame la atención. El enfermo nunca se siente bien, se queja de sus digestiones, se intoxica lentamente y va adquiriendo

el aspecto de los intoxicados crónicos; pero jamás se ha visto obligado a guardar cama y no ha tenido un cólico franco. No es raro encontrar en estos individuos un pasado amigdaliano, reumático, gripal o de sufrimientos de los dientes. La segunda variedad está interrumpida por crisis más o menos intensas y graves, de ataques agudos. Como bien se comprende, ésta es mucho más sencilla de diagnosticar que la otra.

El diagnóstico de la apendicitis no siempre ofrece la simplicidad que le asigna el público, poco versado en estas cuestiones. En el niño, por ejemplo, es de un diagnóstico muy difícil y se necesita un ojo clínico muy experimentado; por fortuna no es común. Los trastornos principales con los cuales puede confundirse, son los siguientes: litiasis biliar y colecistitis, úlcera del estómago y del duodeno, enterocolitis mucomembranosa, anexitis supuradas, cólico renal, ptosis renal, absceso de las paredes abdominales, principios de una fiebre tifoidea con localizaciones dolorosas en la fosa iliaca derecha, neumonía infantil con *point de coté* abdominal, y varios otros, en cuyo estudio detallado no puedo entrar, pero que se hallan esparcidos en los tratados sobre la materia.

Respecto al tratamiento, creo que no hay otro verdaderamente eficaz que la apendicectomía. Esta operación hecha en frío y por un operador hábil, no ofrece peligro, evita permanentes padecimientos del enfermo y lo pone a cubierto de serias complicaciones y de intervenciones de urgencia, que no tienen la misma benignidad de las que se practican en el momento oportuno.

Sé que se han formulado varios tratamientos médicos, especialmente para la forma dispepsia apendicular de Longuet; pero justo es confesar que ninguno de ellos ha producido los magníficos resultados de la apendicectomía. Yo he usado varias veces el propuesto por Alberto Robin, y no puedo halagarme con los resultados obtenidos. Los enfermos mejoran algunas veces, por épocas, pero no los he visto curarse definitivamente. Luego, con respecto a las mejorías, queda siempre la duda de si serán debidas a la medicación o simplemente a reacciones especiales y transitorias del organismo, como ocurre en la mayor parte de los procesos patológicos crónicos.

8º Incisiones.

Las incisiones empleadas en las observaciones de este estudio, han sido: la de Roux, en los primeros tiempos; la de Jalaguier; la de Mac-Burney, y la incisión media. Algunas veces también se ha extirpado el apéndice por la parte alta, es decir, cuando durante las intervenciones sobre las vías biliares se ha comprobado que el órgano estaba enfermo; pero naturalmente esta es una vía excepcional, y no hay para qué insistir sobre ella. Hablaré sólo de las cuatro incisiones

mencionadas.

La incisión iliaca o de Roux se practica paralela a las fibras del grande oblicuo, y su centro corresponde a la línea ilíaco-umbilical; tiene de longitud de 15 a 18 centímetros en el adulto, y de 8 a 15 en el niño, y está situada a un través de dedo por encima de la arcada y hacia adentro de la espina ilíaca antero-superior. En esta incisión, después de seccionar la piel y el tejido celular subcutáneo, se seccionan la aponeurosis del grande oblicuo, el pequeño oblicuo, el transverso y la fascia inpreperitoneal.

En esta incisión, como se ve, es necesario seccionar los músculos, y esto expone a las eventraciones, por lo cual es de desaconsejar. Nosotros ya no la empleamos en el Servicio.

La incisión de Jalaguier se practica en la mitad de la línea que une la espina ilíaca antero-superior con el ombligo, paralela al borde externo del músculo recto y de 8 a 10 centímetros de longitud, de modo que el tercio superior de la incisión quede por encima de la línea ileoumbilical y los dos tercios inferiores por debajo. Una vez que se seccionan la piel y los tejidos subcutáneos, se cae sobre la aponeurosis del grande oblicuo, que se hiende en toda la extensión de la herida, reclinando el borde interno hacia adentro para poner de manifiesto la parte externa de la cara anterior del gran recto encerrado en su vaina. Esta vaina se corta en toda la extensión de la herida, a un centímetro y medio poco más o menos hacia adentro de su borde externo. Luego se disecciona fácilmente el músculo de adentro hacia afuera hasta su borde externo, y queda al descubierto la vaina posterior del mismo, que se secciona también a centímetro y medio del ángulo formado por su reunión con la hoja anterior. Luego se abre el peritoneo con prudencia, evitando los vasos epigástricos que pasan cerca de la extremidad inferior de la herida.

En esta incisión, como se ve, no se secciona fibra muscular ninguna, lo cual es de una gran ventaja, porque así se evitan las eventraciones y se alejan los riesgos de la supuración, frecuente cuando los músculos son seccionados o maltratados durante el acto quirúrgico. Por lo demás, los cuatro planos de sutura con que se cierra, favorece en alto grado la solidez de las paredes.

Fuera de lo apuntado, la incisión de Jalaguier tiene la gran ventaja de que permite amplias exploraciones del lado de las vías biliares y del bacinete. De suerte que es fácil, cuando durante la operación se comprueba, por ejemplo, la presencia de cálculos en la vesícula biliar, practicar la colecistostomía, guiándose con la mano izquierda introducida en el abdomen y haciendo una pequeña herida a nivel de la vesícula con la mano derecha, tal como se hace en la Clínica de los Mayo, y como se ha practicado en el Servicio del Hospital. Del mismo modo, es fácil por tal vía practicar la extirpación de



los anexos, o cauterización sobre los ovarios, cuando así lo requiere el caso.

La incisión de Mac-Burney es semejante a la de Roux, en su primer tiempo. Se hace paralela a las fibras del músculo oblicuo externo, a unos dos y medio centímetros por dentro de la espina ilíaca anterior y superior, de modo que su centro esté situado un poco por debajo de la línea ilíaco-umbilical. Una vez que se han seccionado la piel y el tejido subcutáneo, se cae sobre el oblicuo externo, cuyas fibras se disocian en vez de cortarlas; luego se pone bajo la vista el oblicuo interno, cuyas fibras se disocian lo mismo que las del transversal abdominal. Esta disociación viene a quedar casi perpendicular a la incisión primera. Finalmente, en la misma dirección de la disociación del oblicuo externo, se secciona la fascia transversalis y el peritoneo. Para cerrar la herida se emplean cuatro suturas, las tres profundas con catgut y la superficial con ganchos de Mitchel o Crin de Florencia. Primero se suturan el peritoneo y la fascia separadamente; luego los músculos transversal y oblicuo interno con asa o tres puntos aislados, y por último el oblicuo externo. Por este procedimiento nunca se han visto eventraciones, y la cicatriz es pequeña, cosa importante tratándose de mujeres. Es el procedimiento de escogencia cuando se trata de una apendicitis sin complicaciones de ninguna clase. Cuando precisa practicar alguna exploración del lado de las vías biliares o de los órganos genitales, no debe usarse porque da muy poco acceso a la cavidad abdominal.

La incisión media es la común de toda celiotomía, y se emplea en los casos en que, fuera del apéndice, se necesita extirpar la matriz o los anexos. Se comprende que nunca debe emplearse para una simple apendicetomía.

CONCLUSIONES

Del presente trabajo se puede deducir lo siguiente:

- 1º La apendicitis es más frecuente entre los 20 y los 30 años de edad.
- 2º Es más frecuente en la mujer que en el hombre, a causa de los trastornos anexiales.
- 3º La apendicitis crónica es la forma más común.
- 4º La apendicitis crónica debe operarse siempre que se diagnostique, y la aguda debe operarse en las primeras 24 horas y abstenerse de hacerlo pasadas 36 horas.
- 5º Todo absceso apendicular ofrece gravedad inmediata o mediata, y expone a múltiples trastornos.
- 5º Cuando en la mujer el anexo derecho se compromete, es muy frecuente que afecte el apéndice.