

# REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Director, Profesor JORGE E. CAVELIER

VOL. IV

Bogotá, noviembre de 1935.

N.º 5.º

## CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LAS APENDICITIS EN COLOMBIA

PROFESOR AGREGADO MANUEL JOSE LUQUE  
BOGOTA

Al Profesor Edmundo Rico, tan famoso escritor como erudito psiquiatra, cariñosamente.

### DOS PALABRAS

En el ánimo de contribuir al estudio de las apendicitis en nuestro país escribimos estas líneas y repetimos ahora lo que expresamos, hace algún tiempo, en el "Repertorio de Medicina y Cirugía": "Si todos, poco o mucho, reuniéramos los resultados de nuestras observaciones, haríamos obra muy presentable y, sobre todo, obra nacional".

Esta contribución, llena de la mejor voluntad, es la resultante del deber en que estamos de trabajar. Ella no significa lo que es o pueda ser el estudio de la apendicitis en Colombia, ni es tampoco el análisis de elementos que tiendan a la busca o a la demostración de determinado hecho; solamente son datos, como si dijéramos, argollas dispersas de una cadena, pero eslabones utilizables si se unen a los de altos quilates y finamente labrados que pueden presentar los demás médicos del país. Porque pensamos que sólo así, siempre en el ánimo de laborar, haciendo cada uno hasta donde lo permitan sus esfuerzos, podremos hacer medicina colombiana. Hemos tomado el tema de las apendicitis entre los muchos que sugiere nuestra patología quirúrgica, por la sola razón de ser ampliamente conocido. Las curiosidades de museo, los casos raros, ni pueden caracterizar una entidad patológica, ni son siempre los más instructivos. En el problema de todos los días encontramos nuestras propias modalidades.

Del Hospital de San José de Bogotá y de nuestro servicio en el pabellón La Pola hemos sacado, una a una, las historias clínicas motivo de este estudio. Los espíritus investigadores podrán confrontar datos, completar los que falten, deducir hechos con sólo mirar las estadísticas

del servicio. Para facilitar esa tarea, colocamos al final un cuadro que tiene el nombre completo de las enfermas, el lugar de nacimiento, las edades, las fechas de entrada y de salida, los nombres de los cirujanos que nos acompañaron y, si intencionalmente hemos puesto a éstos últimos, es para dejar constancia de que a ellos se debe, en no poca parte, el mérito que pueda tener este trabajo.

Ha sido nuestra idea tomar un grupo de apendicitis y deducir de ellas, por minucioso análisis, cuanto juzgamos de importancia o digno de mención. Para limitar la extensión pensamos que las que hubiéramos operado hasta el último día del mes de diciembre de 1934 serían suficientes, y ese el motivo de hablar solamente de 556 extirpaciones del apéndice. La serie a que hacemos referencia comenzó por una apendicectomía y terminó con una apendicectomía, haciendo en el servicio 1594 operaciones para lograr el número indicado. (1) No obstante tal propósito, en el ánimo de reforzar ideas o aclarar conceptos, en muchas partes se encontrarán enseñanzas clínicas que no son sacadas precisamente de las enfermas propuestas; ya de la clientela civil, ya de observaciones extranjeras, sólo hemos querido hacer lo más objetiva y clara nuestra exposición.

Respecto de la técnica operatoria, los cirujanos saben sobradamente las muchas modificaciones a que suelen someterse los casos según las lesiones. Pero como el práctico ha menester de líneas generales, nosotros hemos seguido las indicaciones de nuestro amigo y maestro el Profesor Víctor Pauchet y del Profesor De Martel.

Como procedimiento especial, poco conocido entre nosotros, agregamos dibujados los dos tiempos principales de la apendicectomía subserosa, tan sencilla como útil, y presentamos algunos croquis originales, inspirados en las ideas del Profesor Pauchet y hechos para hacer más comprensible la técnica de la anestesia troncular.

En relación con la parte histopatológica queremos dejar constancia de nuestro reconocimiento muy sincero al Profesor César Uribe Piedrahita, quien nos ha prestado su contingente, con voluntad y competencia muy dignas de él.

Del material base de este estudio, bien pudiera sacarse mayor acopio de conclusiones. En el temor de hacernos pesados, de fatigar al lector o de considerar cuestiones ya juzgadas y definitivamente adquiridas, prescindimos de ellas.

Al final de este trabajo ponemos una bibliografía. Hacemos tal cosa, no para ostentar una erudición de que carecemos, sino con el único fin de que el lector, conociendo las fuentes de que nos hemos servido, pueda fácilmente comprobar la exactitud de nuestras aseveraciones.

---

(1) Las 1594 historias clínicas, respaldo del presente trabajo, debidamente autenticadas, están a la disposición de quien quiera leerlas.

## ALGUNOS DATOS ETIOLOGICOS DE LA APENDICITIS ENTRE NOSOTROS

La totalidad de las obras extranjeras que hemos consultado dan un porcentaje mayor de apendicitis en el sexo masculino. Interesante sería que se pudieran reunir las estadísticas de Bogotá, ya que no es posible las de todo el país, y concluir realmente en cuál de los sexos es más frecuente. Para nosotros el femenino lleva la supremacía. La carencia de datos precisos hace que sin el respaldo de las cifras no podamos emitir opiniones absolutamente seguras, pero la impresión que sacamos, tanto de los exámenes en el consultorio como en los domicilios particulares, respalda ese concepto. En nuestro servicio no se admiten enfermas menores de 10 años, de modo que esa circunstancia excluye, quizá, la mayor cantidad de apendicitis, según los autores clásicos. Los estudios de Jalaguier dan para 182 casos 110 niños entre 1 y 15 años, más frecuente, eso sí, en la segunda infancia que en la primera edad.

En 1594 operaciones en un servicio quirúrgico de mujeres, 556 son para apendicitis; es decir, que ellas, en las circunstancias anotadas, se presentan en proporción de 34%. La anotación minuciosa y continua, caso por caso, nos permite afirmar como exacto el porcentaje indicado.

La edad frecuente en la mujer es la comprendida entre los 21 y los 30 años, que da un 43,54 por 100, y en esa época es a los 25 años cuando se presenta de ordinario. A esta edad y a los 18 años obtuvimos la cifra más alta de apendicectomías, que fue de 46 casos. El 30% se encuentra entre los 10 y los 20 años; el 20,21% entre 31 y 40 años; el 4,19% entre 41 y 50 años; el 1,70% entre 51 y 60 años, y el 0,36% entre los 61 y los 70 años.

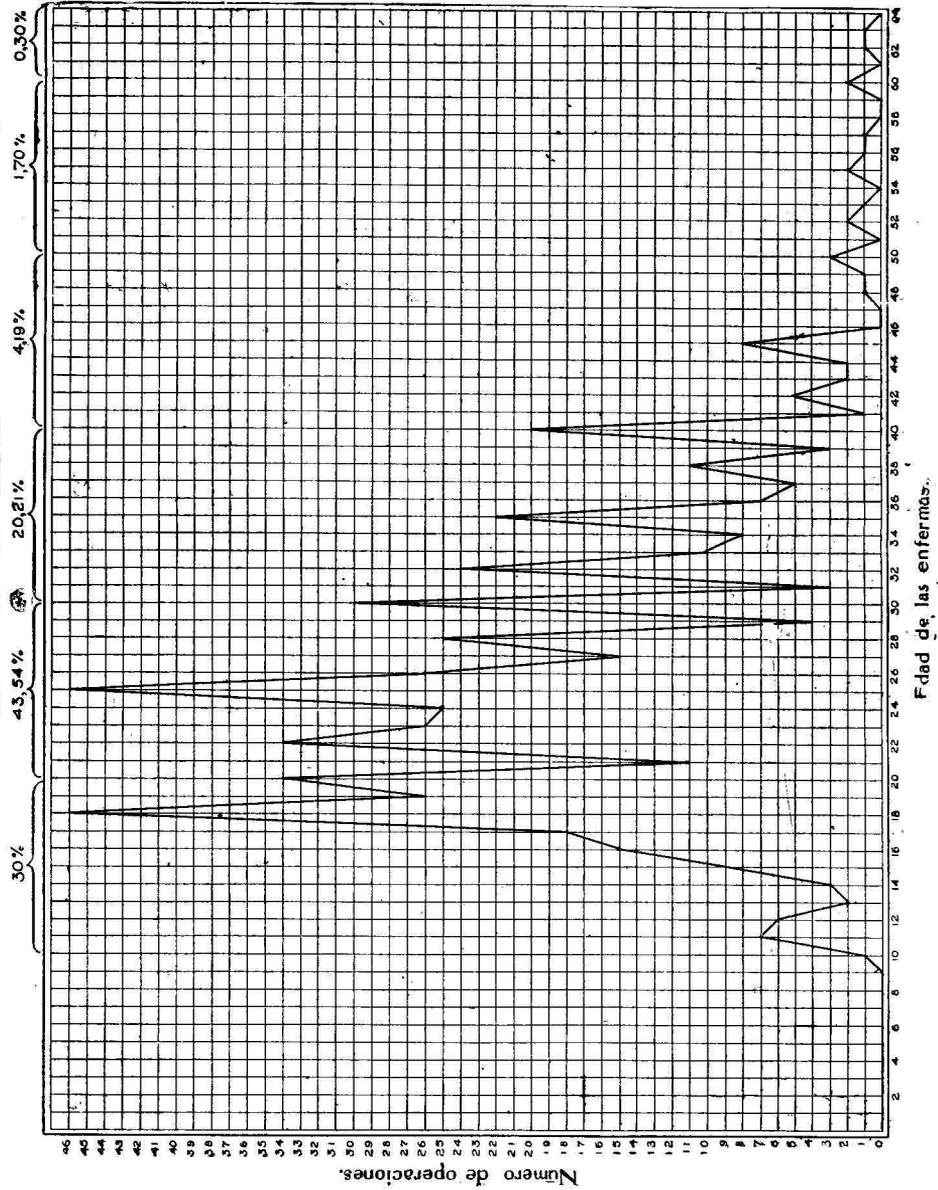
Creencia muy generalizada es la de aceptar como excepcional la apendicitis después de los 50 años; así no lo juzgamos nosotros, que tenemos 11 casos de enfermas mayores de esa edad. En la clientela civil operamos al señor J. P. T. en compañía de los doctores Rafael Ucrós y Juan N. Corpas, enfermo de 64 años; con el doctor Roberto A. Silva M. hicimos la apendicectomía al señor R. B., de 69 años de edad.

A propósito de "La Apendicitis en el Viejo" (1), escribe Raimundo Bernard: "Sabemos que los folículos cerrados, ausentes al nacer, aparecen hacia el 15º día y se multiplican rápidamente en el niño, alcanzando su máximo entre 12 y 15 años, época que es también la de mayor frecuencia de la apendicitis. Los folículos van disminuyendo luego progresivamente en número. En el viejo de más de 75 años Meriel ha podido comprobar la ausencia completa de folículos en 22 apéndices examinados".

Respecto de la mortalidad habíamos operado 128 apendicectomías cuando ocurrió la primera muerte. Continuando la estadística hasta el

(1) "Mundo Médico" Nº 882, octubre 15, 1934.

**GRAFICO QUE REPRESENTA LA FRECUENCIA, EN RELACION CON LA EDAD, DE 336 ENFERMAS OPERADAS DE APENDICITIS**



último día de 1932, en que llegamos a 338 casos, tuvimos otra defunción. Siguiendo luego nuestras anotaciones, el último desenlace fatal ocurrió cuando alcanzamos la cifra de 455 operaciones de apendicitis. Es decir, con la primera cifra el porcentaje fue de 0,7%; con la segunda descende aún más: baja a la proporción de 0,5%. Finalmente, con la

tercera, mantuvimos esa misma proporción. Resultados suficientes para probar la inocuidad operatoria.

Considerando ahora el lugar de nacimiento, vemos que, para que haya 158 bogotanas debemos operar 556 enfermas; es decir, el 21%. Número que aumentará indudablemente cuando sean más extensas nuestras redes de ferrocarriles y de carreteras. Y hacemos esta observación porque de los lugares de donde vinieron más enfermas, después de la capital, fueron Zipaquirá, Ubaté, Cáqueza, Tunja, Chiquinquirá, Chocotá, etc., poblaciones unidas a la capital por los medios de comunicación indicados.

El tiempo de permanencia en el servicio, desde el día de la operación hasta aquel en que salen curadas, oscila entre seis y ciento cincuenta y un días. Entre esos dos extremos el número más alto de pacientes sana a los diez días. Debemos advertir que en el conjunto de apendicitis agudas y crónicas, las probabilidades de pronta curación son muy diferentes. Las primeras demorarán más o menos de acuerdo con el sitio, la magnitud del absceso, la facilidad del drenaje, la extensión, el estado del enfermo, la resistencia de los tejidos y multitud de factores que hacen imposible fijar plazo siquiera aproximado. En todo caso, la impresión personal es que las ventajas estarán siempre en favor de la demora. La plena seguridad en la cicatrización de tejidos delicados favorecerá al cirujano y al enfermo.

La apendicitis familiar, señalada por Brissaud, Dieulafoy, etc., es un hecho evidente. De la misma manera que hay familias de dispépticos, hemorroidales, litiásicos, mentales, existen las de apendiculares. En la historia Nº 587 que corresponde al señor L. A. C., leemos: "A causa de un ataque de apendicitis que le duró cinco días, murió uno de mis hermanos. Mi hermana casada, tuvo un ataque apendicular que casi la mata, pero no la operaron por estar encinta. Dos de mis hermanos, el uno mayor y el otro menor, sufren actualmente de la misma enfermedad".

Tuvimos ocasión de atender en Tunja una enferma que operaron los doctores Miguel Jiménez López y Juan N. Corpas; un miembro de la misma familia fue operado por los doctores Rafael Ucrós y Cuéllar Durán, y finalmente, en la Clínica del doctor Martínez, de esta ciudad, se extrajo el apéndice a otro. Como estos ejemplos, todos los cirujanos pueden aducir muchos más.

## APENDICITIS CRONICA

Si fuéramos a definir lo que es apendicitis crónica, ¡con qué dificultades tropezáramos! Entre más moderna la obra consultada, menos se acerca a la definición real y más a la descripción.

¿Cómo englobar en pocas líneas los diversos aspectos de una enfermedad, esencialmente proteiforme? La pseudo-tuberculosis apendicu-

lar descrita por Faisán; las apendicitis claudicantes de Enríquez; el asma apendicular de René Gutman; la apendículo-colecistitis de Dalsace; la falsa coxalgia apendicular de Cathalar; la neumonía lobar apendicular de Gemma; la apendicitis gripal de Romant, en fin, todo aquel interminable considerar de los síntomas y la manera variable como suelen agruparse, ¿lógicamente no están hablando de algo que por su complejidad o extensión, no puede catalogarse en límites definidos y precisos?

Y se explica perfectamente que en la movilidad de la clínica haya muchas formas y diversas interpretaciones, si la misma anatomía patológica carece de bases inmovibles. Cuántas veces en los cadáveres se hallan lesiones definidas del apéndice, sin que en la vida hubiera síntomas que las revelaran". J. L. Faure considera que *todo apéndice en el adulto tiene turbaciones más o menos marcadas*. En cambio, suprimida la enfermedad con la apendicectomía, la investigación microscópica suele dar resultados negativos a pesar de la gran frecuencia con que se afectan los folículos.

Hay que convenir, pues, que hay apendicitis sin síntomas, o tan disimulados, que es imposible el diagnóstico, y que existen también los síntomas sin la apendicitis. B. Ch. (historia 379), natural de Guachetá y vecina de esta ciudad, llegó al servicio el 4 de febrero de 1930. Acudió al hospital porque cuatro meses antes comenzó a notar que su abdomen crecía. Las reglas se adelantaron y empezaron a disminuir, produciendo dolores que localizaba del lado izquierdo e inferior del abdomen. Dichos dolores eran tolerables, más bien fugaces, y jamás tuvo fiebre, calofrío o malestar. Al examen del aparato enfermo, a primera vista se percibía un tumor. Ocupaba la región abdominal inferior; era mediano, situado dos dedos debajo del ombligo, ligeramente inclinado a la derecha, liso, bocelado, circunscrito e incompletamente móvil. El tacto vaginal combinado a la palpación abdominal, dejaba la impresión de que el neoplasma se introducía en el pequeño bacinete, porque en los fondos de saco existían masas elásticas y fijas separadas de la matriz, que habían disminuído su movilidad. El cuello uterino, retirado del tumor por un surco, desgarrado, liso, suave, y sin induración. La enferma no tenía flujos, los demás aparatos estaban en buen estado y solamente hablaba de dolor cuando se hacía presión epigástrica.

Pensamos en un quiste del ovario, y en compañía del doctor Daniel Brigard operamos el 11 de febrero de 1930. Laparotomizada, brotó una masa de color rojo oscuro, surcada de venas, cuyo polo superior ascendía al ombligo, con ligeras adherencias al intestino delgado. Estaba en el lugar del ovario derecho, se metía en la parte inferior de la pelvis, desalojaba la matriz y era de forma más o menos redondeada y regular. En el ovario izquierdo, una segunda neoformación del tamaño de una naranja ocupaba su sitio, y como una cuña se enclavaba en el fondo de saco de Douglas.

Cuando retiramos estos neoplasmas observamos al ciego en una si-

tuación casi mediana y el apéndice como si fuera una cuerda, se dirigía del lado izquierdo. Su extremidad libre, prendida al colon íleo-pelviano, formaba cuerpo con él. Abundantes y fuertes adherencias borraban la unión que pudiera existir entre ellos. Palpando aquel conjunto se percibía que la induración de los dos órganos bajaba a la ampolla rectal. Determinamos entonces hacer una apendicectomía retrógrada, desprender de la base a la punta las adherencias mencionadas, dejar temporalmente la extremidad apendicular prendida al colon izquierdo y hacer bolsa en la cicatriz del ciego, normal al parecer. Rodeamos de compresas el asa enferma para aislarla del resto de la cavidad y rese-camos del colon íleo-pelviano veinte centímetros de longitud, concluyendo con una anastomosis término-terminal. Limpiamos con cuidado, cerramos únicamente lo prudente dejando fácil salida a los productos que se pudieran formar y colocamos un dren.

Examinadas las piezas extraídas, anotamos que los quistes, bajo la membrana que los envolvía, presentaban un aspecto encefaloide hemático. El pedazo de colon con el apéndice, extraordinariamente alterados, estaban unidos fuertemente. Rotas las membranas que los fijaban, la extremidad apendicular perforada, formaba como una "porra", que se metía dentro de ese intestino obturando el orificio, del tamaño de una moneda de cincuenta centavos. Las paredes de éste, duras, espesas, mostraban los caracteres de la inflamación. La enferma salió por curación algún tiempo después.

Enviada la pieza al laboratorio de anatomía patológica, obtuvimos las microfotografías y los datos que siguen a continuación:

Apéndice: "tan alterado que no fue posible hacer diagnóstico histopatológico".

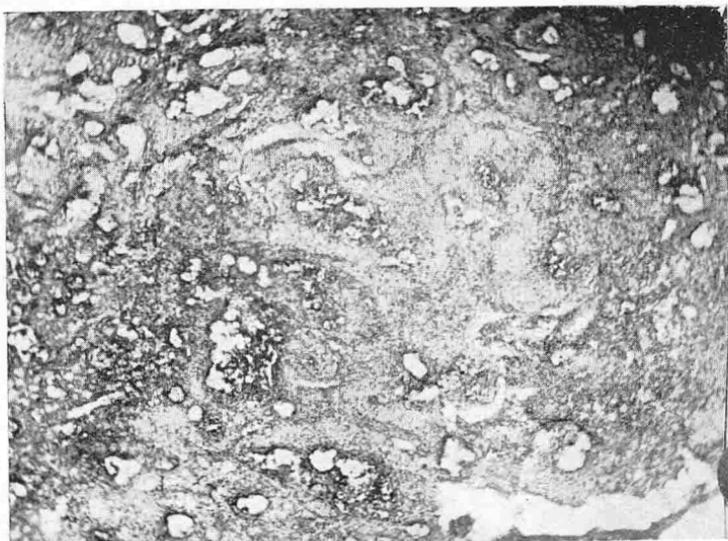
Con la historia clínica que describimos, o mejor, con los síntomas apuntados, lógicamente era imposible pensar en un apéndice enfermo, y muchísimo menos con caracteres de tanta gravedad, que no se logró estudiar microscópicamente su constitución. Hé ahí un ejemplo, sumamente demostrativo, de apendicitis, y muy grave, sin sintomatología apendicular.

Ahora, invirtiendo el problema, sin necesidad de citar historia alguna, a la memoria de todos los cirujanos vendrán casos en que la apendicectomía concluyó con la enfermedad que se llamó apendicitis sin que la anatomopatología pudiera dar la prueba. A propósito escribe Brissaud: "El resultado de la apendicectomía, la desaparición de parte o de todos los síntomas justifica la intervención. ¿Pero demuestra la realidad de la apendicitis? Seguramente nó". (1)

Aquí entre nosotros, en lo común, ¿cuál es el conjunto sintomático que denominamos apendicitis crónica? En lo general una muchacha "nerviosa", de alta clase social, llega al consultorio después de reco-

---

(1) Et. Brissaud. "Appendicite". Capítulo de la obra: "Appareil Digestif", de Emile Sergent.



Ovario: Existen numerosas células epiteliales, dentro de un estroma conjuntivo irregularmente colocadas. (Parece que se trata del ovario).  
(Fdo.), Vicente N. García. — Bogotá, III-18-1930.



Intestino: fibras musculares, zonas con masas de células epiteliales irregularmente colocadas dentro de estas fibras. Destrucción total de la mucosa del intestino. Nota: corresponde la lesión que se denomina Cáncer medular del intestino. (Fdo.), Vicente N. García. — Bogotá, III-18-1930.

rrer todos los de la ciudad. No tiene quince años; en lo común frisan de 25 en adelante y recitan admirablemente los síntomas de la apendicitis por haberlos aprendido a los cirujanos de moda, y a los que no están de moda. Enferma hemos tenido que al empezar su consulta dice tranquilamente: "Vengo donde usted, doctor, porque me duele el sitio de Mac-Burney..." "A mí no me han extraído el apéndice todavía... y vengo a eso". Ella tiene una palidez transparente, es delgada, enflaquecida, presenta en el rostro manchas de tinte ligeramente terroso, a veces amarillento. Toma mucho té, habla mal un idioma extranjero, sufre de leucorreas y cuenta que tiene dolores. ¿Cómo son ellos?

Tal vez no exageramos al decir que les duele cuando se acuerdan. Observando con detención, pacientes existen que bailan una noche entera sin haber sentido ninguna molestia. Pero luego cayeron en la cuenta de que tenían apendicitis, y, naturalmente... a quejarse.

En otras ocasiones, sin lugar a duda, suele suceder que evidentemente han tolerado crisis dolorosas. Los hombres, más reflexivos, anotan su presencia y su repetición, con lo cual se puso de manifiesto la naturaleza de la enfermedad. La apendicectomía concluyó con las dolencias; el diagnóstico fue exacto.

Un hecho innegable es que el dolor no es continuo; ya se presenta cuando hace frío, ya algunas horas después de las comidas, induciendo a pensar en ulceraciones duodenales; ya en la noche, ya al ejecutar un movimiento o tomar una posición determinada. Su sitio no es siempre la zona apendicular, como pudiera creerse; con mucha frecuencia, preguntado el paciente por el lugar doloroso, responde: "en la boca del estómago", y coloca la mano en la región epigástrica.

Estudiemos este síntoma con mayor detención. Tan difícil es la interpretación del dolor en ese lugar que guiados por él, y con suma facilidad, podemos confundir entidades muy diferentes al parecer. Apendicitis suelen inducir a pensar en turbaciones gástricas; y graves lesiones del estómago, se toman por alteraciones del apéndice. Imposible a primera vista la equivocación, y, sin embargo, haste citar dos casos para demostrarla.

B. P. (historia Nº 386, natural y vecina de Cáqueza, casada, madre de cuatro hijos, de 45 años de edad, hospitalizada el 5 de febrero de 1930. Fue enviada del servicio médico, donde se hizo un estudio muy detenido de la enfermedad, al Pabellón "La Pola", para que allí fuera operada. La historia clínica podemos resumirla así: dos años de evolución; enfermedad que comienza por dolores epigástricos cada vez más intensos, reflejados a la espalda. Sensaciones de ahogo, de malestar, y cefalalgias. Los dolores del estómago se acentuaban vivamente a la palpación del sitio indicado, pero se aliviaban con la ingestión de alimentos. Como antecedentes dignos de mención refiere que de niña tuvo tifoidea y que un año antes de entrar al servicio, vino vómito con sangre, sin que lograra precisar el origen de élla. En el Pabellón de medicina a que nos hemos referido se hizo el diagnóstico de úlcera

gástrica; se sometió a régimen y tratamiento, pero como no mejorara, la paciente solicitó la intervención y fue encomendada a nuestras manos.

Operación: (mayo 4 de 1930). *Laparotomía supraumbilical*. Exploración detenida del estómago que encontramos perfectamente sano; examen vesicular y duodenal igualmente prolijos, hallando los órganos normales. Ciego cubierto de membranas de Jackson; apéndice fijado con membranas, enrojecido, adherido. Apendicectomía; suturas. Abandonó el hospital por curación 14 días después.

Confundimos aquí, pues, una apendicitis con una lesión gástrica; veamos ahora el caso inverso, muchísimo más grave: tomar por apendicitis una degeneración epitelial del estómago y estudiemos la historia en todos sus detalles.

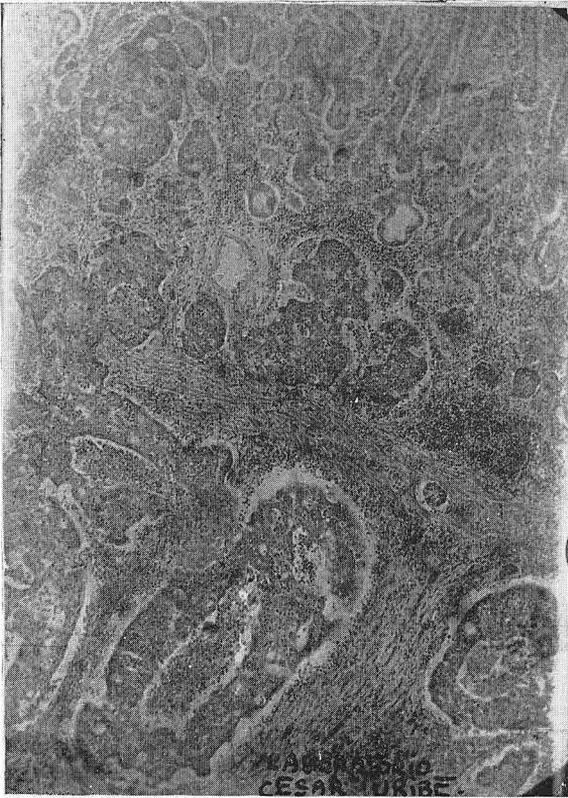
A. T. O. (historia N° 429), de 35 años de edad, soltera, natural de Güepsa, hija de padres sanos; entró a nuestro servicio el 4 de julio de 1930. Refiere que hace algunos años empezó a enflaquecer, y que desde muy niña ha tenido dolores abdominales más o menos extendidos e irradiados a la espalda, pero acentuados siempre sobre lo que ella llama la "boca del estómago"; tolerables hasta el año de 1928; por ese tiempo, tres muy competentes cirujanos la estudiaron, diagnosticaron apendicitis, ordenaron un estudio radiológico (se hicieron cinco radiografías por diferentes especialistas) y la operaron en el Hospital de San José el 6 de agosto del año citado. Vuelta a sus ocupaciones, continuaron los dolores de la espalda y nuevamente entró al servicio de medicina del mismo hospital el año de 1929. Allí permaneció varias semanas, se le prescribieron algunas medicinas y por segunda vez regresó a sus quehaceres. En junio de 1930, solicitó la hospitalización por tercera vez. En el servicio médico donde fue colocada se le hizo la siguiente historia: "síntoma principal: dolor en la región epigástrica; dice la enferma que desde niña, y vómito algunas veces. Historia de la familia: sin importancia. Personal: no ha tenido hijos ni abortos; regló a los doce años y su período es irregular, se adelanta y se retrasa indistintamente. Permaneció en Ibagué por diez meses y vive en Bogotá desde hace catorce años. Come y duerme mal. Todo el día trabaja en los menesteres de su hogar. Era gorda y rosada, pero poco antes de la operación de apendicitis empezó a enflaquecer y a denutrirse. Hasta el año de 1927 fue una persona lista para todo trabajo, por pesado que fuera, y la única enfermedad de que hizo mención fue la viruela cuando niña. Peso: 38 kgs. Estatura: 1,44 mts. Estado actual: tiene cefalalgias frontales desde hace seis meses, que se acentúan por la tarde. Ojos: algunas veces sufre un ligero dolor y hay un tenue tinte subictérico conjuntival. Narices y oído: negativo. Boca: gran cantidad de trabajo en oro. Garganta: hace ocho años tuvo angina. Organos respiratorios y corazón: negativo. Organos digestivos: mal apetito; los intestinos funcionan con retardo y en ocasiones deja ocho días sin hacer deposición. Vómitos frecuentes y ácidos, eructos con regurgitaciones ácidas. Aparato genital: flujo blanco, mucoso, desde hace once años.

Aparato neuro-muscular: negativo. Enfermedad actual: desde niña dolor epigástrico irradiado al flanco derecho y especialmente vivo de cuatro meses a esta parte. Agrieras continuas y vómitos que aliviaban el dolor del estómago. Cuando estuvo viviendo en Ibagué el vómito en cuestión tuvo puntos de sangre y en muchas ocasiones hizo deposiciones negras. Inspección: enferma especialmente denutrida. Palpación: hecha en la región epigástrica, despierta dolor, y por esa causa los músculos tensores impiden la perfecta exploración.

Estudio radiológico: "Junio 25 de 1930.—A. T. O. En el examen radiológico del aparato digestivo encontramos un estómago caído, pues su fondo reposa directamente sobre la sínfisis pubiana y al mismo tiempo presenta una retención de sólidos después de 24 horas, con enorme dilatación de todo el órgano. En las paredes gástricas y en la región pilórica no existe radiológicamente ninguna deformación, pero la evacuación gástrica se hace difícilmente y no se pudo visualizar en ninguna de las placas el bulbo duodenal. La región pilórica y vesicular es sensible a la palpación. El estómago en su descenso ha arrastrado consigo al colon transversal desviándolo hacia la derecha y a tal punto, que este órgano se ha convertido en paralelo al ascendente. El ángulo hepático del colon está muy levantado y presenta gran cantidad de gases. A pesar de que no existe radiológicamente deformación de las paredes gástricas y pilóricas, la gran dilatación y retención del estómago hacen suponer la existencia de una lesión orgánica piloro-duodenal. (Fdo.), E. Otero".

Operación. (Julio 8 de 1930, con el doctor Daniel Brigard). Laparotomía mediana supraumbilical. Estómago con lobulaciones irregulares y numerosas sobre el píloro y la pequeña curvatura. Adherencias duras, fibrosas, fijaban la vesícula biliar al duodeno, formando un bloque. Hicimos la gastroenteroanastomosis a distancia del lugar enfermo, sobre la parte sana de la víscera. Luego, separando el grande y el pequeño epiplón, colocamos clamps y seccionamos el estómago. En seguida fuimos desprendiendo su cara posterior de la anterior del páncreas, al cual se hallaba fuertemente adherida, lo que produjo abundante hemorragia que detuvimos cubriendo y suturando los colgajos libres del epiplón sobre la superficie cruenta. La vesícula biliar adherida igualmente, con técnica semejante, de las partes profundas a las superficiales, la desprendimos cuidadosamente. Suturemos el estómago en dos planos (perforante y seroseroso), pero al duodeno no fue posible hacerle sino la sutura perforante, debido a que estaba excesivamente adherido a los planos profundos, pero sobre la superficie cruenta colocamos una banda epiploica. Dejamos dren de gasa y cerramos con la técnica habitual. Los dos primeros días drenó un líquido abundante y acuoso; luego disminuyó esa eliminación; retiramos la gasa y cicatrizó sin complicaciones.

Interpretación de la radiografía tomada después de la operación: "Agosto 6 de 1930. A. T. O. En el examen radiológico encontramos un



Estudio anatomopatológico hecho por el doctor César Uribe Piedrahita.  
Cáncer del píloro. (Invasión de la submucosa).

estómago de dimensiones normales y en él existe una anastomosis gastrointestinal por cuya boca, la evacuación gástrica se hace normalmente. No existen dolores sobre las paredes gástricas. La región pilórica del estómago se encuentra en forma de pico y se halla perfectamente obstruida.—(Fdo.), *E. Otero*”.

Pesada la enferma el 9 de agosto tuvo 46,2 kgs. (recordemos que antes de la intervención tenía 38). Pesada por segunda vez después de la intervención el 14 de diciembre, 63 kgs.; luego se ha mantenido con 2 kgs. más, es decir con 65, hasta el año de 1933.

Para no desviarnos de la cuestión, razonando en el terreno puramente clínico y haciendo un breve análisis de la historia descrita, puede pensarse que el carcinoma pudo desarrollarse después de la apendicectomía. Sin embargo, los dolores abdominales epigástricos y lumbares de idénticos caracteres antes y después de la operación dejan comprender que eran producidos por una causa distinta del apéndice que se quitó. El enflaquecimiento iniciado antes de su primitiva intervención,

que continuó después de ella y que solamente se detuvo cuando se hizo la pilorectomía, así como el tamaño del neoplasma, hablan sin duda de una lesión que comenzó con anterioridad al mes de agosto de 1928.

¿Cómo explicar el error de los cirujanos que ejecutaron la primera intervención, es decir, la apendicectomía? Sencillamente porque la enferma decía que desde niña tenía dolores abdominales, lo que hacía rechazar la idea de un epiteloma que hubiera aparecido desde entonces. Porque en la apendicitis crónica casi es habitual la constipación, y la paciente, hasta ocho días dejaba sin hacer deposición. Porque si en el estudio radiológico que precedió inmediatamente a la pilorectomía no existían "radiológicamente deformaciones de las paredes gástricas ni pilóricas", menos motivos tuvieron que existir dos años antes, para sospechar lesiones del estómago. Pero, sobre todas esas consideraciones, había dolor en "la boca del estómago", que no falta sino por excepción en el cuadro clínico apendicular.

En el ánimo de estudiar lo más detenidamente posible el dolor epigástrico de las apendicitis, por demás interesante, hemos investigado cuanta literatura nos ha sido posible, en verdad algo escasa. En muchos trabajos incidentalmente apenas se menciona; así, por ejemplo, "A propósito del radiodiagnóstico del aparato digestivo" (1), el doctor Frainkin escribe: "Cuántas pretendidas úlceras gástricas o duodenales, colecistitis, etc., no son más que apendicitis crónicas ignoradas con repercusión a distancia hacia la encrucijada, el duodeno, el estómago por vía espasmódica refleja o por irradiación linfática o epiploica". En no pocos estudios sobre estas cuestiones esa modalidad de la apendicitis no se nombra siquiera, y en aquellos que intentan una explicación, o no es completa, o no satisface a nuestro raciocinio.

Al año de la publicación mencionada, el doctor Frainkin, en la revista "Monde Médical" (Nº 747), publicó un estudio mucho más extenso, que nos hizo recordar los hechos por F. Glenard el año de 1914. El considera "Las espinas irritativas abdominales" desde el punto de vista radiológico, y dice que "existen estrechas relaciones patológicas entre las apendicitis crónicas y el funcionamiento piloro-duodenal, relaciones que durante estos últimos años la radiología ha permitido estudiar y poner en claro, por lo menos en parte".

Ignoramos desde cuándo el autor citado llama "los últimos años". Lo que sí podemos afirmar es que desde hace mucho tiempo el Profesor Dieulafoy, en sus lecciones clínicas, hablaba de las analogías entre las turbaciones funcionales de la apendicitis y de las colecistitis.

La excesiva movilidad del ciego fácilmente permite el ascenso del apéndice, sin contar que no es extraordinaria la situación alta de ese órgano, motivo por el cual no hay por qué extrañar los dolores epigástricos y la sensibilidad del abdomen superior, cuando el apéndice está enfermo y se halla colocado en el lugar indicado.

(1) "Le Monde Médical". Año XXXVI. Nº 732.

Las vagotonías y las simpaticotonías se invocan frecuentemente para explicar el dolor que consideramos. Alteraciones de origen apendicular causan trastornos de los quimiosos gástrico y hepático, siguiendo la vía del sistema simpático y del plejo solar. El equilibrio entre el vago y el simpático, roto en estos enfermos, determina la pérdida de la armonía entre las funciones del píloro y del duodeno, engendrando el dolor en cuestión. Interesante e ingeniosa, sin duda, esta manera de explicarlo. Nosotros no rechazamos esa posibilidad, pero no hemos encontrado la demostración de que así se verifique.

De interés mucho mayor es la coexistencia de colecistitis y apendicitis de que hablaremos adelante. Por ahora bástenos decir que comúnmente es imposible afirmar cuál de las dos afecciones apareció primero. Si tienen causas independientes, o si ambas no son sino efecto de una sola infección de origen gastro-intestinal.

Por las relaciones fisiológicas, o mejor tal vez, por la disposición anatómica del hígado y del apéndice, ha querido explicarse el dolor que consideramos. F. Ramond y G. Parturier dicen que "el déficit biliar o la bilis infectada, crean algunas veces turbaciones intestinales, que se localizan sobre todo en el ciego y lo vuelven sensible". (1)

Las alteraciones del ciego y del apéndice, a su turno, pueden causar turbaciones del hígado. Esta víscera, que entre sus importantes funciones tiene la de retener los productos tóxicos emanados del tubo intestinal, en las alteraciones del apéndice necesariamente debe sufrir trastornos en su constitución. Modificada la función biliar, se turban igualmente los jugos duodenales, hay insuficiente neutralización del quimo, imperfecta evacuación y éstasis consiguiente, todo lo cual explica con claridad los dolores que estudiamos.

La común observación de la constipación intestinal en los apendiculares apoya estas ideas. Insuficiente la función biliar, el intestino carece del excitante normal de contracción.

Profesores como Enríquez, P. Duval, Rosle, consideran, con razón, que la propagación por linfangitis partiendo del apéndice y remontando a lo largo de los vasos del mesenterio, afecta la región duodenal y el punto de implantación mesentérica. El dolor en ese caso y con esa consideración anatómica, tiene una perfecta comprensión.

Con todo, no todas las veces se producirá con los mecanismos indicados. Bérard cita un ejemplo absolutamente irrefutable. Se trataba de un enfermo con violento dolor en la fosa ilíaca acentuado en el punto de Mac-Burney; defensa muscular, plastrón, vómito, temperatura, etc. El cuadro clínico completo de la apendicitis aguda. Abre, y encuentra la vesícula biliar en el sitio apendicular, con cálculos que se extendían a los canales excretorios.

Otras veces hay tal cantidad de membranas de Jackson, partidas

---

(1) "La Presse Médicale" Nº 45, año de 1926.

del apéndice y dirigidas al duodeno que resultaría casi absurdo pensar en causas diferentes para comprender el dolor epigástrico.

Continuando ahora con el síntoma dolor en general, nosotros juzgamos de extraordinaria frecuencia la irradiación al miembro inferior. Casi en todas las historias, base de este estudio, lo hemos encontrado y en ocasiones con caracteres tan notorios, que consideramos un deber clínico explorar la región apendicular, cuando se advierta su presencia en el muslo derecho.

El signo de Rovsing (dolor sobre el ciego en las apendicitis, por presión en la fosa ilíaca izquierda), buscado sistemáticamente por nosotros, tiene frecuencia inferior a la irradiación dolorosa del muslo; no obstante, su hallazgo contribuirá también para el diagnóstico.

Del mismo modo que el dolor reviste en ocasiones importancia tal que él solo, por decirlo así, hace la enfermedad, el vómito por su parte puede también presentarse como manifestación dominante, dejando en plano secundario al resto de la sintomatología.

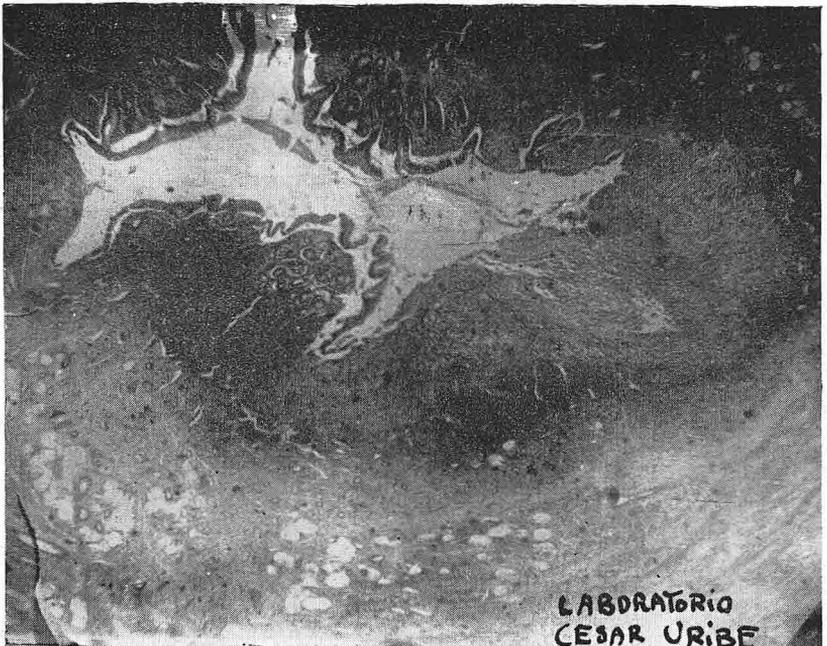
Como ejemplo sumamente objetivo resumamos la observación siguiente: C. M. (historia N<sup>o</sup> 408), niña bogotana, hija de padres sanos y de 13 años de edad, se sintió enferma por primera vez cuando tenía nueve años. Entonces aparecieron dolores epigástricos intermitentes y ansias continuas que duraban ocho días aproximadamente. Luégo, por un año, su salud fue perfecta, pero pasado ese tiempo se vio obligada a abandonar el colegio a causa de cierto estado nauseoso y de "trastornos" frecuentes. A mediados del año de 1929, sin causa conocida, tuvo dolor en la "boca del estómago" y vómito alimenticio en un principio, en seguida mucoso y finalmente seco; es decir, ansias que alcanzaban a durar hasta dos horas, agotando a la paciente de manera extraordinaria. En tal virtud, vista por los facultativos, se pensó en una lesión gástrica, que calmaron con hielo aplicado sobre el epigastrio.

Tres meses después repitió el ataque descrito, con mayor violencia, pero desapareció con idénticas prescripciones. En los primeros días del año de 1930 volvió a presentarse, fue tratada y cedió, haciendo las aplicaciones que se habían empleado en las veces anteriores. Finalmente, en el mes de mayo del mismo año, fuimos llamados de urgencia a casa de la enferma. La hallamos con un facies marcadamente peritoneal, puso acelerado, temperatura normal, contracción y dolor en todo el abdomen y vómito tan frecuente e intenso agotaba a la paciente, que llegamos a temer por su vida. Como fuéramos informados que con hielo había cedido en otras ocasiones, ordenamos su aplicación, con el cual, después de cierto tiempo, calmó la agudeza.

Al día siguiente y en relativa calma, con menos defensa muscular, pudimos realizar una detenida palpación. Anotamos entonces que si en un principio era generalizado a la presión, poco a poco fueron desapareciendo los puntos dolorosos, hasta quedar solamente dos: el epigastrio y la zona apendicular. Continuando nuestra observación, anotamos que se extinguió primero el dolor alto y luégo el del apéndice,

lo que nos hizo pensar en ese órgano como causa de la enfermedad. Indicada la intervención y hecha el 7 de mayo (con el doctor Daniel Brigard) del mismo año, exploramos con amplia incisión. Encontramos el grande epiplón cubriendo el apéndice, fuertemente adherido a él y a las paredes del bacinete. Había inflamación periapendicular, membranas que fue necesario desprender, tejidos que al romper sangraron, hicieron la operación un tanto laboriosa e indicaron el dren. La operación tuvo un curso normal y la enferma abandonó el hospital por curación.

Veamos el informe histopatológico: "Apéndice. Procedencia: señora C. M.—Dr. M. J. Luque. N° de orden 1573. Fijación: Zenquer-inclusión: parafina. Coloración: Hematoxilina, eosina. Apéndice engrosado, ligeramente torcido, turgente. Hemorragias superficiales (traumáticas?) Tejido periapendicular grueso, resistente, fibroso. Secciones duras. Lumen casi cerrado. Pared espesa. Histopatológico: secciones difíciles de obtener, tejido resistente, fibroso. El apéndice muestra la mucosa intacta, no hay exudado interno ni cálculos fecaloides. Submucosa engrosada. Infiltración de mononucleares y polinucleares eosinófilos presentes. Reacción fibrosa difusa. Tejido periapendicular profundamente afectado. Tejido adiposo casi íntegramente reemplazado por tejido inflamatorio fibroso. Polinucleares y mononucleares en focos limi-



Microfotografía.

tados; necrosis (microabscesos). Enderteritis marcada. Periapendicitis intensa. (Fdo.), César Uribe. Mayo 28 de 1930”.

Hemos tenido ocasión de observar, después de la intervención, el caso que acabamos de describir, hasta el año de 1935, y la salud es perfecta. Ahora ocurre preguntar: la reacción periapendicular intensa que hallamos en la intervención y que luego comprobó el microscopio, “la periapendicitis”, ¿sabría dar la razón del vómito, y en caso de engendrarlo, cómo obró? Es decir, que al aparecer ese síntoma notoriamente, ¿podríamos afirmar ya, esta lesión anatomopatológica? ¿Fue el vómito consecuencia de la ración peritoneal, o tuvo otra causa?

Fuera del dolor propiamente dicho y del vómito, suelen presentarse otras manifestaciones. Los enfermos hablan de “peso”, de “fastidio”, de “tiramiento”. Otras veces son “aventazones”, “cólicos ventosos”, como se expresan las enfermas. La plenitud, el fastidio, digámoslo así, no desaparecen eliminando gases. En las reacciones apendiculares existe también un dolor conocido con el nombre de “retorcijón del estómago”, más frecuente en las colitis que en las apendicitis, y que termina evacuando el intestino.

Igualmente suelen existir las apendicitis con uno solo de esos signos; es como si dijéramos la forma monosintomática. El hecho común, sin embargo, es la asociación de muchos de ellos, variables en intensidad.

En alguna ocasión una enferma nos decía que sufría de “ansiedad”. Con esa palabra quería significar que vivía en continuo estado nauseoso. Y ella misma refería que una impresión, un susto, acentuaban tal síntoma hasta llegar a producirse el vómito. Los movimientos, las fatigas, determinados alimentos (leche, chocolate, etc.), suelen provocarlos.

El vómito apendicular se caracteriza por su acidez, su abundancia y su aspecto amarillo acuoso. Sin turbaciones gástricas ni pépticas aparece por bocanadas, de tiempo en tiempo, varias veces al día.

Pero no es tan sencillo negar la participación del estómago en esas manifestaciones. “La flatulencia”, los eructos después de las comidas, la sensación de presión epigástrica, hacen pensar que pueden existir lesiones de ese órgano, funcionales, y orgánicas.

La coexistencia de lesiones de las vías biliares es consideración de extraordinaria importancia al estudiar los síntomas de la apendicitis, y aumenta ese interés la circunstancia de que, en ocasiones, el conjunto de ellas presenta un cuadro confuso y casi imposible de interpretar con la simple clínica. Los enfermos se quejan de “mal de estómago”, diarreas, dolores de intensidad y sitio variables, irradiaciones a la espalda, “los riñones”, como dicen; tienen tinte amarillizo, deseo siempre insatisfecho de arrojar gases por la boca, distensión gástrica, hígado voluminoso, pirosis, náuseas, vómitos en algunas ocasiones, en fin, una mezcla confusa, algo que hace sospechar del estómago, del apéndice, de las vías biliares y que deja en inseguridad al cirujano.

Así, D. E., (historia Nº 70), llegó a nuestro servicio en los prime-

ros días del mes de octubre de 1926. Después de referir detalles sin interés, contó que había sufrido de cólicos hepáticos, en el último de los cuales se puso de color amarillo. Refirió igualmente que un especialista había encontrado los síntomas de la apendicitis y que por ellos acudía al hospital. La paciente estaba enflaquecida, pálida, y después de estudiar su sintomatología, pensamos en una litiasis biliar y consideramos que su estado general sólo permitía una colecistotomía, lo más rápida que fuera posible. El 11 de octubre efectuamos la operación. Encontramos la vesícula marcadamente crecida; llena de bilis espesa, casi negra, mezclada de pequeños cálculos. Dejamos dren que cayó espontáneamente al décimo día; la bilis recuperó su aspecto normal, la enferma adquirió fuerzas, y con buen estado general abandonó el hospital. En enero del año siguiente, nuevamente solicitó la hospitalización, porque sentía dolores vagos en la parte baja del abdomen, calofríos, fiebre, "mal de estómago", distensión gástrica y un conjunto de síntomas que atribuimos a su apéndice. En la operación, hecha el 3 de enero de 1927, encontramos dicho órgano engrosado, adherido a los órganos vecinos, enrojecido y desgarrable. No hubo accidentes ni complicaciones y la paciente abandonó el servicio por curación. La causa original de todas las molestias ¿sería el apéndice, fue la vesícula biliar, no estaría más en lógica pensar en ambos órganos?

Teniendo siempre presentes historias como la descrita, y penetrados de esa idea, sistemáticamente investigamos la zona apendicular, pero existen ocasiones en que la clínica sola hace imposible resolver la conducta que deba seguirse. Veamos un caso: M. C. R. (historia N° 397), natural y vecina de Bogotá, soltera, de 20 años, ingresó en el servicio el 21 de marzo de 1930. Mes y medio antes había sentido dolor en la fosa ilíaca, en la zona apendicular, "en los riñones", en el ángulo inferior de la escápula. Pasado el primer ataque quedó con "mal de estómago", irradiaciones dolorosas al muslo derecho, malestar, tinte amarillo y sensibilidad a la palpación de los puntos vesicular y apendicular. ¿Serían manifestaciones apendiculares?; ¿existirían lesiones del colecisto? En un principio vacilamos, pero luego, para salir de la duda, ordenamos una radiografía el 27 de marzo. Radiografía: "Marzo 27 de 1930. Vesícula biliar normal. (Fdo.), E. Otero". El 29 del mismo mes hicimos la apendicectomía y exploramos la vesícula biliar que hallamos sana. El 9 de abril salió por curación.

Volviendo al estudio netamente gástrico, autores hablan de "espasmo pilórico", es decir, de dolores tardíos que se presentan al fin de la digestión gástrica, verdaderos reflejos, de origen apendicular. Entre nosotros es sumamente común esa observación, y como se comprenderá, resulta excesivamente fácil equivocar el diagnóstico y confundir la apendicitis con el ulcus gástrico o con el ulcus duodenal.

La lengua de los apendiculares es sucia en la base; casi no tiene excepción ese síntoma. El aliento pesado y las amígdalas voluminosas,

en no pocas ocasiones, síntoma este último de grande significación para los cirujanos americanos.

La constipación intestinal, de corriente observación en esta enfermedad, es anotada por todos los clínicos. Tenemos observaciones de pacientes que duraban ocho días sin hacer deposición, y la enferma M. R., de la historia Nº 267, tenía trastornos cerebrales y llegó a perder el conocimiento por esa causa. Considerándola como prerrogativa, nos decía un cliente: "Yo tengo *la ventaja*, doctor, de que no hago deposición sino cada cuatro o cinco días". Las diarreas también suelen producirse, aunque menos frecuentes, y en ese caso el paciente se queja de "indigestiones", de "soltura de estómago". La deposición contiene sustancias sin huella de digestión, como zanahorias, garbanzos, etc.

Respecto de la influencia de la apendicectomía sobre el crecimiento, la observación Nº 167, de una niña de 11 años de edad, operada el 9 de octubre de 1927, nos dejó la noción precisa de su acción. Esta enfermita, retardada, siempre delgada, apática, de tinte terroso, "llorona", tuvo como un despertar, una especie de resurrección, después de la operación.

Mucho, muchísimo se ha discutido la cuestión de los pequeños accesos febriles que se imputan a la apendicitis crónica. Nosotros no los hemos visto jamás en esta forma; anotamos más bien el signo inverso; frío en las extremidades inferiores, frío generalizado, por lo común en los días que preceden al dolor, en las apendicitis "de recaídas".

Diversos enfermos, junto con su apendicitis, tienen manifestaciones de colitis que ceden con la operación. Pero existen otros en los cuales ellas continúan, o son débilmente influenciadas; en este caso, no podemos pedir a un tratamiento más de lo que lógicamente puede dar, y lo natural es tratar la colitis.

Lo expuesto hasta aquí, es cuanto creemos que tenga interés en la clínica corriente. Sin duda que para el cuadro completo de la apendicitis, falta muchísimo a este esquema, pero ya hemos dicho que son datos, comúnmente anotados por nosotros. Muchas de nuestras observaciones estarán erradas; con las modificaciones que a ellas se hagan por el resto del cuerpo médico colombiano, siquiera hemos contribuido con algo fundamental al estudio de nuestra patología.

Ahora, parece que no estarían fuera de lugar algunas consideraciones respecto del tratamiento, y debemos hablar claramente, porque en el terreno científico la verdad es la única norma. No existe nada más explotable, ni nada más explotado que la apendicitis crónica. Precisamente por el polimorfismo, por la variabilidad de sus síntomas, por los efectos diversos de la apendicectomía, sucede que muchas veces se atiende más a la conveniencia del cirujano que a la del paciente al indicar la operación. El menos listo anotará que entre nosotros existen diagnósticos que nunca se hacen, y en cambio, todos los días estamos con la apendicitis crónica. ¡Curiosa anomalía! Leamos revistas de países semejantes al nuestro y convenzámonos que hay muchas entidades que

no consideramos porque no queremos ver, o porqué no sabemos ver. Esa, una de las razones, clara, sencilla, de la nube de apendicectomizadores. Porque otra de las causas es la benignidad del acto operatorio; todos volamos tras la sospecha de un apéndice, pero, ¿cuál el experto de Colombia en la extirpación del esfago?; ¿en la cirugía del cerebro, cerebelo, del páncreas, del bazo, etc.?; ¿en dónde está el especialista? ¿Será que en este país nadie enferma de ciertos órganos...?

Y esta cuestión tiene un interés enorme desde el punto de vista social. El abuso que se comete con el público, siembra su desconfianza y crea el perjuicio consiguiente a los resultados. Y llega el caso, que sólo lo muy grave es lo que va a la mesa operatoria; al principio, cuando el ojo penetrante del clínico descubre la lesión, cuando se pueden lograr resultados completos o durables, hallamos al paciente remiso, y tal vez con razón, debido a engaños de que han sido víctimas él, o alguno de los suyos. Tal estado moral, debemos reconocerlo, no es solamente nuestro, que quizá entre nosotros es donde ha alcanzado menores proporciones. Existen clínicas extranjeras en las cuales se hace la apendicectomía a todo individuo, con los pretextos más variados.

Del tratamiento médico, ni hablar. El profesional que tal cosa intentara, quedaría sin clientela. El fácil camino quirúrgico, tan aparatoso, tan cómodo para levantar prestigio y en ocasiones tan bien remunerado, no debe discutirse... No obstante, Alberto Robin, en el "Bulletin Médical" N° 9, escribe a propósito de 206 casos en los cuales estaba indicada la intervención: "Tomando a mi cargo la responsabilidad de la no intervención, en 168 mi parecer ha sido oído y ninguno de los enfermos ha fallecido. En los 38 restantes se ha practicado la intervención, ocasionando tres defunciones", y luego encontramos: "7,50% de mortalidad para el tratamiento quirúrgico y 1,17% para el tratamiento médico".

Sin duda que la alusión del Profesor Robin se refiere a épocas ya lejanas, en las cuales los progresos de técnica y asepsia no habían alcanzado los resultados actuales. Con todo, solamente la cifra de 1,17 de mortalidad en 100 enfermos tratado con la medicina, cantidad que bajará con los adelantos modernos, debe hacernos reflexionar en el interés de este procedimiento.

¿Cómo operamos nosotros, a fin de buscar los mejores resultados? La exploración amplia debe practicarse en todos los casos, aun en aquellos en que la clínica ha sido negativa respecto de otras entidades: ella será tanto más fructuosa cuanto más completa. ¡Cuántas lesiones insospechadas se pueden descubrir teniendo presente ese precepto! La destrucción de las "telas de araña", como llaman a las membranas que anormalmente recubren al ciego y que se suelen extender muchas veces hasta la región duodenal, es tan importante como la misma apendicectomía. No hemos sentido reato alguno cuando exploramos la vesícula biliar; con esa práctica curamos a una enferma a quien hicimos la colecistotomía asociada a la apendicectomía y a la cura qui-

rúrgica de lesiones pericólicas. La plegadura del ciego en los casos de atonía, cuando este órgano desciende al bacinete, ha tomado forma diferente de la normal, dejándose distender, tiene efectos admirables. Inútil agregar que la asepsia meticulosa, la perfecta hemóstasis, la anestesia cuidadosa, local o radicular, en el mayor número de casos, han sido factores de no escasa importancia, de los resultados que hoy presentamos.

### *Appendicitis aguda.*

En agosto de 1929 escribía Metivet: "Mucho se ha escrito sobre la apendicitis aguda y su tratamiento. Pero, como he visto cometer a mi lado, y yo mismo he cometido cierto número de errores —que han tenido como consecuencia la muerte del enfermo— no creo que sea superfluo agregar algunas líneas a la importante literatura concerniente a la apendicitis". (1)

El tratamiento de las apendicitis agudas, siempre pleno de interés, en que todo caso tiene su importancia y donde cada cirujano obra según su manera, obliga nuestra mano a considerarlos de acuerdo con lo visto en el servicio y con el modo como hemos allanado las dificultades.

La apendicectomía en las primeras horas del ataque, parece ser en la actualidad un postulado que no puede negarse. Así escribe Gaston Durand: "En las primeras 24 horas, nadie discute las ventajas de la operación inmediata. El enfermo está siempre en estado de soportar la intervención, el acto quirúrgico será corto; fácil en la primera crisis, el shock reducido a un minimum, se cierra sin dren, no hay eventración y se evitan todas las incertidumbres ulteriores" (2). P. Lecene (3) prolonga el plazo y pone un promedio de 24 a 36 horas, y de parecer semejante son los alemanes Bier, Brawm y Kümmel (4). G. Metivet sostiene que "no debe ensayarse el enfriar una crisis apendicular aguda en las primeras 48 horas". (5) J. Revel, cirujano de los hospitales de Nimes, después de considerar las apendicitis agudas, escribe: "He aquí una tercera serie de 30 casos de apendicitis agudas, operados *sistemáticamente*, una vez hecho el diagnóstico y en cualquier momen-

(1) "La Presse Médicale". Agosto 31 de 1929.

(2) Jean Charle Roux, Gaston Durand, etc. "Appareil Digestif", página 478.

(3) Lecene y Leriche. Therapeutique Chirurgicale. Tomo III, pág. 218.

(4) Bier, Braumm und Kümmell. Operative Behandlung del appendicitis und peritonitis. Von Ernst Grasser in Erlangen XIV Kapitel. Tomo III, página 393.

(5) G. Metivet. "La Presse Médicale". Agosto 31 de 1929. De la Appendicite aigue.

to de la evolución. Treinta casos, treinta curaciones". (1) Chaliér y su escuela (2), son sistemáticos intervencionistas en cualquier tiempo, y Dieulafoy, para no hacer más citas, desde el año de 1896 comunicaba a la Academia de Medicina: "No existe tratamiento médico de la apendicitis. El tratamiento médico no es bueno sino para hacer perder un tiempo precioso" (3).

Como se ve, con pequeñas diferencias, respecto de las horas, no hay desacuerdo al aconsejar la intervención una vez presentado el primer ataque. Con todo, ¿podemos nosotros seguir el consejo? ¿Estamos seguros de que el paciente, y sobre todo, el que acude al hospital, llegó en el plazo indicado?

Puede afirmarse, sin temor a errar, que esa es la excepción. El buen sentido de llamar al facultativo en presencia del dolor no es lo ordinario. Aparecido él, se apela casi seguramente a los "remedios caseros"; sólo cuando el enfermo es de determinada comprensión y muchas veces impulsados por la gravedad de las dolencias, se acude al médico. Luégo, indicada la operación, ¡cuánta lucha para que ella se acepte! Vienen las juntas médicas, el "esperar a ver si se agrava", la eterna historia de que "muera la gallina y muera con su pepita". En la clientela de hospital es todavía peor: antes de pensar en ella se hacen las aplicaciones más absurdas; después de escuchar los más disparatados conceptos, de apelar al "tegua", entonces se pide la hospitalización. En uno y otro caso ha pasado el momento oportuno, las probabilidades de éxito han disminuído extraordinariamente. Muerto el paciente, culpa del facultativo, porque, como dice el doctor Marco A. Iriarte, "aquí nadie se muere de apendicitis sino de médico" (4).

Volviendo ahora al terreno estrictamente científico, no es tan fácil el diagnóstico de crisis apendicular. En ocasiones reviste extrema dificultad. No está en nosotros citar los nombres de clínicos expertísimos, que hemos visto equivocarse en circunstancias sencilas al parecer. Dolor en la región apendicular; vómito, defensa en la pared y demás signos de reacción peritoneal; sudores; taquicardia; constipación, en fin, el cuadro llamado clásico de la crisis apendicular. Nada más diagnóstico, nada tan sencillo. Sin embargo, la modificación, la presencia o la ausencia de uno o varios síntomas, puede hacer desconocer una apendicitis existente, o suele inducirnos a creer en ella, siendo raelmente una entidad diferente.

(1) J. Revel. "Mundo Médico". De la intervención sistemática de la apendicitis. Nº 715.

(2) André Chaliér. *Considérations pratiques sur l'appendicite algue et sur son traitement. Notes pratiques d'actualité médicale.* Obre., 1927.

(3) Dieulafoy. *Manuel de Pathologie Interne. Maladies de l'appareil digestif.* Tomo II, página 498.

(4) Marco A. Iriarte. *Repertorio de Medicina y Cirugia.* Abril de 1920. Pág. 356. Vol. 11. "Consideraciones sobre un caso de apendicitis".

En las formas agudas, y con relativa frecuencia, por ejemplo, se observan dolores vesicales y micciones dolorosas que nos hacen pensar en cistitis, anexitis o en metritis. La preñez ectópica rota, un quiste torcido del ovario, la salpingitis, la colecistitis, la invasión tuberculosa peritonítica brutal, la invaginación intestinal, la pancreatitis hemorrágica, la tromboflebitis del mesenterio, la peritonitis biliar y otras muchas afecciones de larga enumeración, ¿no dan dolores que se han confundido y que son confundibles con el dolor apendicular?

No há muchos días, en un enfermo de la clientela civil, antiguo ulceroso gástrico, se presentaron dolores abdominales agudísimos, seguidos ellos de contractura de la pared y síntomas peritoneales. Convocada una junta por el médico de cabecera, junta a la cual concurrimos, por unanimidad, todos los facultativos diagnosticamos una perforación del estómago. Conducido a la mayor brevedad a la casa de salud y hábilmente operado por un prestigioso cirujano, se encontró una peritonitis apendicular que causó la muerte del enfermo. En la historia descrita estaba indicado el tratamiento quirúrgico inmediato. La perforación del estómago o la apendicitis requerían la intervención y quizá por eso, para la familia del paciente, pasó inadvertida la equivocación. Desgraciadamente no siempre es así; afecciones estrictamente médicas pueden tomarse por apendicitis y conducir a operaciones inútiles y hasta perjudiciales. Un cólico de plomo, una inflamación intestinal aguda, una fiebre tifoidea de aparatoso principio, una congestión pulmonar de la base derecha, una crisis tabética, han llevado a la mesa de operaciones apéndices sanos y pueden conducir también al más alto desprestigio una sólida reputación profesional. En el afán de aprovechar los primeros instantes de la crisis para asegurar el éxito (y con perdón, tal vez al cliente), hemos visto operar un cólico nefrítico y un cólico hepático juzgándolos como crisis apendiculares.

Ahora, no vaya a creerse que tales confusiones sólo acontecen a los inexpertos; repetimos que clínicos de indiscutible valía han sido víctimas de ellas. Por eso Metivet, para excusarlas, piensa que en tales circunstancias la apendicectomía "es un acto sin gravedad", que "morfifica" más el amor propio del cirujano que la salud del paciente".

Aquí, en nuestro medio, no lo creemos así. Desde el punto de vista profesional es algo muy grave, no sólo al amor propio, sino a la reputación del cirujano. Por otra parte no juzgamos tan inocente hacer la laparotomía en una neumonía de dolor abdominal, en un cólico nefrítico, en una fiebre tifoidea, por ejemplo; cuando menos agregamos un shock operatorio al organismo ya lesionado.

¿Qué hacemos nosotros para evitar errores? Un examen prolijo, detenido, aun en los casos más sencillos y claros, examen que nunca hemos juzgado excesivo. Recordando la variabilidad de la apendicitis, pensamos en las formas agudas ambulatorias, sin fiebre o con baja temperatura, sin aceleración del pulso, y a veces con bradicardia; reflexionamos en las apendicitis de dolor en el epigastrio, el hipocondrio dere-

cho o el flanco izquierdo; recordamos que existen síntomas que hace excepción a la regla general, como las diarreas; tenemos presente que la situación anormal del apéndice puede hacer variar el aspecto de la enfermedad, como los retrocecales o pelvianos; en fin, cuidadosamente buscamos a la presión una sensibilidad especial, una especie de resentimiento del sitio en donde se halla el órgano enfermo, síntoma que se encuentra aun en los casos más difíciles o discretos.

Hemos dicho que las apendicitis agudas no son las frecuentes en el hospital. Un caso de este género, cuando habíamos ejecutado 128 laparotomías para apendicitis, nos dió el primer muerto. Veamos la historia: (Nº 421). G. de R. De 40 años de edad. Llegó al servicio con el carácter de urgencia el 17 de junio de 1930, enviada por el doctor Luis Carlos Neira. Evidentemente la indicación operatoria era terminante y debía ser inmediata. La paciente presentaba en el sitio apendicular un color rojo, un saliente, y daba la sensación de renitencia. Había alta temperatura, pulso acelerado, profusos sudores, y sobre todo, agudísimo dolor perfectamente localizado. Luégo de analizar los síntomas, más que todo peritoneales, determinamos proceder sin pérdida de tiempo. Cuando abrimos, brotaron materias fecales por la herida, y el apéndice, desprendido de su inserción cecal, flotaba en una mezcla de pus y de excrementos. Sin maniobra quirúrgica ninguna, lo sacamos, tomándolo solamente con una pinza. Exploramos cuidadosamente y encontramos una perforación del ciego que se extendía hasta el intestino delgado en su punto de inserción. Fue necesario reseca cinco centímetros de éste, reimplantarlo nuevamente a la cara lateral del ciego, que suturamos con cuidadoso esmero, no sólo en los lugares donde se fijan el apéndice y el intestino, sino en una considerable pérdida de sustancia. Limpiamos, desinfectamos al éter, ampliamos aún más la brecha operatoria y colocamos amplio drenaje. Los síntomas peritoneales continuaron y la mujer, que había sido operada el 17 de junio, fue sacada por defunción dos días después.

Casi inútil decir que seguramente habría muerto, también sin la intervención, y que no está en razón atribuir a élla la amputación del apéndice, que ya había ejecutado la enfermedad.

A pesar de esas consideraciones, aceptando este caso como imputable a la operación y agregando una segunda muerte ocurrida el 13 de junio de 1931, en nuestro servicio del Hospital de San José, las apendicitis en todas sus formas dan sólo un porcentaje de 0,59 por 100, cifra tan mínima, que juzgamos muy difícil poder reducirla todavía más.

En alguna publicación que no es del caso mencionar ahora, nos parece haber hallado cierta confusión entre apendicitis aguda y absceso apendicular. Hacemos esta observación, posiblemente fuera de lugar, por existir la tendencia de tomar a éste por aquélla. El absceso apendicular puede constituir por sí solo la apendicitis aguda, sin que sea condición indispensable de élla.

Sentado ésto, ante un absceso "cualquiera que sea el tiempo trans-

currido desde el principio de la crisis" (1), como en la historia que acabamos de describir, drenamos rápidamente. ¿En dónde? En el lugar más fluctuante, sea cual fuere y por el camino más corto. La fiebre oscilante, los sudores, los calofríos de corta duración, la persistente polinucleosis, la fluctuación profunda que ocupa de ordinario el lugar más sensible a la presión, son indicaciones casi imperativas.

Nosotros extirpamos el apéndice siempre. No há muchos años, en la Facultad de Medicina, nos decían: "Abrir el absceso; si el apéndice se encuentra fácilmente, extirparlo. Si no es así, no insistir, porque se puede perjudicar el enfermo". Si con la debida prudencia buscamos el apéndice y lo extraemos, hacemos dos obras: curar la apendicitis y el absceso. Indudablemente puede ser delicada esta intervención, pero no significa que por tener ese carácter deba prescindirse de un tiempo capital. La busca, hay que reconocerlo, la mayor de las veces es fácil y sencilla, pero cuando no es así, con cierta habilidad, paciencia, tenacidad, se alcanza ese fin. Suprimida la causa de la supuración, el pronóstico se modificará considerablemente. Como excepción a esa regla citan los autores el absceso apendicular pelviano. Ellos creen que se abre por sí solo en el recto o la vagina a los quince o dieciocho días, o que, a ser necesario, advertidos de su presencia, será fácil drenar en cualquiera de esos conductos. Tal excepción, hasta la fecha, ni la hemos visto ni la hemos tenido en el servicio.

Abierto el absceso "todo lo necesario, pero no más de lo necesario", y evacuado el pus, drenamos, colocando compresas. Los cirujanos varían en el procedimiento del drenaje; hay quienes emplean los tubos de caucho y no falta quien lo repruebe; algunos ponen pedazos de guante de caucho; los más, usan las mechas de gasa; otros dan instrucciones para colocar compresas en cambio de ellas. Retirado el apéndice y salidos todos los productos que allí se encuentran, membranas esfaceladas, pus, etc., vemos la manera de facilitar la salida de cuanto elemento séptico quede, y de los que se puedan formar, de acuerdo con la modalidad de cada caso.

Hay quien aconseje dejar abierta la brecha que se haga, sin sutura de ninguna especie. De esta manera se pretende "no encarcelar en el redil al lobo", sacar en el menor tiempo posible cuanto haya o pueda aparecer. Las cuidadosas curaciones ulteriores, evitarán la eventración. Desgraciadamente no siempre es así; las hemos visto, y muy grandes, con cirujanos escrupulosos, y nosotros mismos, a pesar de seguir el consejo indicado, tenemos la historia N° 518, de enferma que permaneció en el servicio 151 días, porque operada por una apendicitis aguda, en que dejamos abierta la cavidad, y a pesar del especial esmero de retirar el intestino de la herida al hacer las curaciones, no fue posible que la abertura cerrara completamente. Quedó una eventración que fue

(1) Pierre Duval. "Comunicación a la Sociedad de Cirugía el 25 de marzo de 1931".

necesario operar, con todo lo cual, como hemos dicho, la curación se retardó excesivamente. Por otra parte, tenemos la impresión, tal vez errada, que la reconstrucción de la pared en ciertos límites, restablece la presión intraabdominal necesaria a la expulsión de los líquidos que se vayan formando.

De frecuente uso por algunos cirujanos es el suero antigangrenoso, y de esta suerte escribe Chaliér: "Debo decir que en todos los casos utilizo el suero antigangrenoso de Leblaiche y Vallée (opsolisina) en inyecciones subcutáneas, algunas veces en imbibición de las compresas. He observado algunas veces desuniones parciales y eliminación de detritus esfacelados de las paredes, pero jamás he visto flegmones gangrenosos verdaderos" (1). También, en un estudio del doctor Foucault, de Poitiers, encontramos: "Seroterapia antigangrenosa inmediata, e intensiva, si hay indicación" (2). Pero ya, contra la autoridad de esas opiniones respecto del suero, en 1921 Revel había escrito: "No empleo nunca, por lo menos en casos de apendicitis, las diferentes medicaciones antigangrenosas por la sola razón que los numerosos casos en que habría podido emplearlas, han curado perfectamente sin ellas. Este tratamiento específico será útil cuando tenga que cerrarse el vientre, pero en modo alguno ensayaré en condiciones análogas, puesto que creo que la incisión amplia y el aire libre son el verdadero tratamiento de la apendicitis gangrenoso" (3). El suero desalbuminado de Clin, que viene con enorme prestigio, apenas hemos tenido tiempo de ensayarlo y carecemos de práctica para dar opinión.

Los pareceres citados, respetables, sin duda, en perfecta oposición, dejarán comprender la incertidumbre actual en el uso de tales preparados. Esa circunstancia y la no menos poderosa de no tener todavía un número suficiente de aplicaciones, nos cohiben para hablar en ningún sentido.

Dijimos que las apendicitis en las circunstancias anotadas no son el caso ordinario. La común observación es la del paciente después de las 48 primeras horas. Tenga o nó huellas de "plastrón apendicular", ponemos al enfermo en reposo; seguimos el pulso y la temperatura, vigilamos su estado general, colocamos hielo sobre el abdomen. Algunas veces los síntomas se recrudescen y aparecen síntomas de supuración en el centro del foco inflamatorio; no obstante que el pus aún en esa situación puede reabsorberse, prescindimos de esa eventualidad y abrimos el absceso.

Pero también vemos frecuentemente al foco inflamatorio disminuir

---

(1) André Chaliér. A propos du diagnostic et du traitement de l'appendicite aigué. "La Presse Médicale". Oct. 9 de 1929.

(2) Dr. Foucault de Poitiers. "El suero anticolibacilar en la apendicitis".

(3) J. Revel. De la intervención sistemática en la apendicitis aguda. "Le Monde Médicale". Marzo de 1921.

y mejorar el estado general; entonces esperamos, seguimos un régimen médico apropiado, desinfectamos discretamente el tubo digestivo (con lavados, de ordinario), hacemos numeraciones globulares.

M. de Martel (1) estima, después de una experiencia de quince años, que el examen sistemático de la sangre es el mejor criterio para saber si una apendicitis ha enfriado suficientemente y puede ser operada sin peligro. La hiperleucocitosis y, sobre todo, la polinucleosis, tienen una importancia de primer orden. A la verdad, la existencia de polinucleosis puede ser debida a causas muy diversas, pero su ausencia es, por el contrario, un signo preciosísimo que nos permite operar tranquilamente.

Los hematologistas alemanes, a la cabeza de los cuales se encuentra nuestro maestro, el Profesor V. Schilling (2), también le dan una importancia primordial. Ellos hacen frecuentes numeraciones globulares y según que la fórmula parta de los glóbulos embrionarios hacia el polinuclear, o en sentido inverso, determinan la conducta que deba seguirse. En el lenguaje de la clínica denominan "desviación de la fórmula a derecha o a izquierda".

Pero a las cosas no debe dárseles un valor mayor del que realmente tienen; de una manera general, la leucocitosis y la polinucleosis no son sino síntomas capaces de ayudar al diagnóstico y al tratamiento. La leucocitosis falta frecuentemente en los casos graves desde el principio, en las formas muy tóxicas y en los abscesos antiguos y enquistados. Siendo de resto, esta regla general para todas las supuraciones.

Por no ser de nuestro servicio ni de la clientela hospitalaria no podemos dar todos los detalles de una joven a quien se hizo la apendicectomía. Dicha paciente, al principio de su enfermedad, tuvo una leucocitosis que ayudó al diagnóstico diferencial con otras afecciones dolorosas del abdomen. Operada y desaparecida la fiebre, el médico de cabecera ordenó una nueva numeración globular en virtud de que, a pesar de la cicatrización perfecta al parecer, y de la caída de la temperatura, el estado general no satisfacía plenamente. La leucocitosis del principio se mantenía elevada. Se repitieron los análisis en varios laboratorios, todos afamados, con resultados semejantes. En tal situación, por invitación del médico tratante, examinamos el caso en cuestión y pudimos encontrar en la pared, en la cicatriz de uno de los puntos de sutura, un pedazo de crin que había determinado la formación de un absceso de la piel, tan discreto, que casi no daba reacción local. Vaciado él, retirada la causa, descendieron los leucocitos y la enferma entró en una convalecencia franca.

Prescindiendo de los estudios hematológicos, que como decimos,

(1) La valeur de la polynucleose dans l'appendicite. "La Presse Medicale". Marzo 3 de 1926.

(2) V. Schilling. Das Blutbild und seine klinische Verwertung. Zweite Auflage.

son excelente guía, autores aconsejan esperar tres meses por lo menos para tener la seguridad de la intervención en frío. Ya hemos dicho nuestra conducta en esas circunstancias; en el hospital no podemos seguir el consejo, entre otras razones, por la necesidad de tratar el mayor número de enfermas en el menor tiempo posible. Eso no significa que cuando así lo juzguemos, demoremos el acto operatorio; existe cierta comprensión, un aspecto del paciente, una conclusión clínica del estado agudo, que se puede apreciar prácticamente y que permite operar sin inconvenientes. Verdad que en ocasiones la operación es difícil, pero esto, asunto de técnica, nada tiene que hacer con la indicación operatoria. El número de curaciones que hoy presentamos, dirá si estamos en lo cierto.

Como anteriormente lo hemos expresado, la ablación del apéndice es el acto esencial, necesario, obligatorio, de la intervención. Y es indicado vigilar que salga en totalidad, que nada se abandone de la punta o de la base y que se haga una perfecta hemostasis. “¿Hacemos la bolsa? Sí, si la operación hecha precozmente es semejante a una apendicectomía hecha en frío. No, cuando las paredes del muñón están infectadas o bañadas en pus”.

Esto de la bolsa, “que se haga”; “que no se haga”, mirado casi con fanatismo por muchos cirujanos, no lo considero de tanta importancia. No sabríamos decir cuántas apendicectomías hemos ejecutado haciendo bolsa, ni cuántas sin ella, con la simple sección al galvano-cauterio. Dada esa consideración y mirados los resultados que hoy presentamos, no merece tantas inquietudes.

Muchas y variadas reflexiones vienen a nuestra imaginación a propósito de la apendicitis aguda, pero no fatiguemos al lector.

#### *Apendicectomía subserosa.*

Para precisar las indicaciones de la apendicectomía subserosa, tan poco usada entre nosotros, y de tanta utilidad, describamos un caso:

B. G. P. (historia N<sup>o</sup> 335), de 32 años de edad, natural de Bogotá y vecina de Pacho, soltera, entró al hospital el 6 de septiembre de 1929.

Antecedentes hereditarios sin interés; como personales, refiere que teniendo tres meses de edad, sufrió de una afección pulmonar y a los once años una pleuresía, época en la cual apareció su periodo menstrual.

La enfermedad que la llevó a nuestra consulta comenzó con dolores en el abdomen inferior, cuando caminaba o ejecutaba movimientos bruscos, desde la edad de 17 años, es decir, quince antes de la fecha del examen. Tolerables en un principio, eran tan frecuentes en ocasiones, que le impedían la posición sentada; sin embargo, tales caracteres solían atenuarse y por épocas, cortas en lo general, desaparecían esas manifestaciones y entraba al parecer, en perfecta salud. “Más o menos hará unos diez años —refiere la paciente— de tiempo en tiempo, junto con

el dolor, tenía sensación de calofrío, seguido de fiebre y terminado con sudores. Consultamos muchísimos médicos; hubo quien pensara en una flebitis, no faltaron los que diagnosticaron tuberculosis, pero los más, pensaron en apendicitis. Toda mi vida he sido constipada, especialmente los días que tengo el período, el cual, por otra parte, ha sido siempre irregular”.

A la inspección se apreciaba un tinte generalizado sub-ictérico de la piel y de las conjuntivas. A la palpación abdominal en la región inferior, daba la clara sensación de “empastamiento” y se producían dolores, haciendo presión, no solamente en la zona infraumbilical, sino en el epigastrio. El lugar donde ellos tenían mayor intensidad era el lado derecho, sobre el punto medio de la línea ileopubiana, es decir, un poco abajo del clásico sitio de Mac-Burney.

Hecho sucinto análisis de cada uno de los síntomas; luego de considerar que los repetidos ataques de calofrío, temperatura y sudor, en personas sin antecedentes palúdicos, lógicamente hacían sospechar la presencia de pus; la consideración del sitio bajo de un dolor que apareció en la niñez y se fue repitiendo por años con períodos de acalmia, más o menos distanciados, nos hizo pensar en la forma de apendicitis denominada “de recaídas”, por algunos autores. Apoyó nuestra idea la ausencia de síntomas y antecedentes que nos hicieran pensar en una supuración anexial. La carencia de signos de tuberculosis, las negativas turbaciones de psóitis, en fin, el examen de cada uno de sus aparatos, el estudio de todos los órganos, que por diagnóstico diferencial nos llevaba con el mayor número de probabilidades al diagnóstico que hemos mencionado.

Operación: amplia incisión, dos dedos hacia adentro de la espina iliaca anterosuperior derecha, prolongada un tanto hacia abajo (“las incisiones cortas —dice un autor— dan complicaciones largas”). Llegado sobre el ciego casi resultaba imposible reconocer sus bandas, las adherencias lo cubrían en tal forma que impedían toda movilización. Destruir aquéllas con la tijera o la compresa, aparte de su dificultad, era llevar la seguridad de generalizar un foco purulento que estuviera limitado. Del apéndice, enclavado en la región pelviana, difícilmente podía distinguirse su punto de implantación cecal.

En tales circunstancias era imposible descubrir distintamente el meso y colocar pinzas sin herir el intestino. Tampoco podía llevarse a cabo la apendicectomía llamada “retrógrada”, porque la posición pelviana del órgano, profundamente dirigido hacia la excavación, sin luz suficiente, en espacio limitadísimo, engendraba el peligro de lesionar los órganos sobre que estuviera colocado: el ciego, el intestino, los vasos ilíacos externos, etc. Vista esa situación y reconocida la base del apéndice, nada más sencillo que ejecutar la apendicectomía subserosa. Con ella, respetando todas las adherencias de defensa, logramos extraer la mucosa, que formaba una verdadera bolsa, más grande, sin duda, que

la vesícula biliar y que contenía enterolitos en un magma de moco y de pus.

Nos parece interesante describir un pequeño detalle de técnica operatoria, empleando en la operación descrita y en aquellas de caracteres semejantes que hemos ejecutado. Tal modificación es ideada por el doctor F. M. Cadenat, cirujano del Hospital San Luis, de París.

Al pretender extraer únicamente la túnica mucosa del apéndice, con todo su contenido, hecha la incisión circular de la serosa y la musculosa, suele suceder que la extremidad apendicular llena de pus, tiene un volumen más desarrollado que la base, como en la enferma a que nos hemos referido, y es imposible hacerla deslizar separándola perfectamente de las túnicas que la rodean. En tal situación, siguiendo el consejo indicado, ligado el apéndice y seccionado al termocauterío, la porción que debe extraerse, se toma con una pinza de Kocher. Luégo, no lejos del punto de inserción, circularmente se cortan serosa y musculosa, respetando la túnica mucosa. Hecho esto, se tira ligera y suavemente el cilindro mucoso, con lo cual, las demás envolturas forman una especie de invaginación en dedo de guante. En seguida, en el sentido longitudinal, "de la misma manera que se desbrida una parafimosis", se hace una incisión convenientemente larga de la serosa y la musculosa; entonces, con suma facilidad, sale el cilindro mucoso. Las dos figuras adjuntas, que representan los tiempos principales de la apendicectomía subserosa, describirán mejor que cualquier narración.

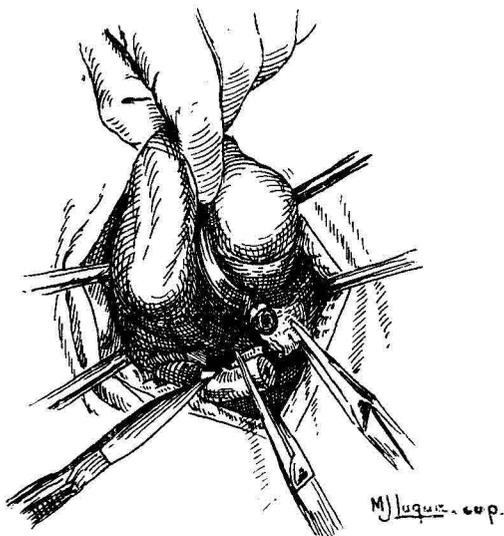


Fig. 1ª El apéndice ha sido seccionado. Dos pinzas de Kocher separan cuidadosamente las dos porciones. El cuchillo secciona todas las túnicas menos la mucosa, que debe respetarse. (Figura copiada de Frantz, del mismo tamaño, por M. J. Luque).

Nosotros creemos que la apendicectomía subserosa se impone siempre que han quedado infructuosas las tentativas prudentes de separación del apéndice con su meso, cualquiera que sea su situación. Y creemos también, que en las apendicitis retrocecales adherentes, es infinitamente menos difícil y sobre todo, menos peligroso, el procedimiento que aconsejamos, que pretender romper el bloque formado en ocasiones por el ciego, el apéndice y el colon.

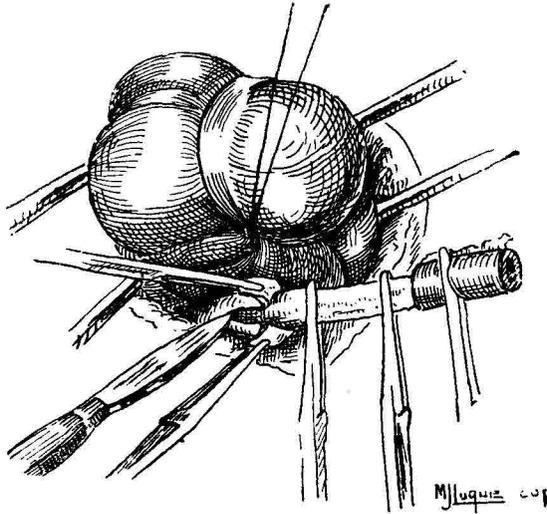


Fig. 2a Cuando la mucosa se desliza con dificultad, se toma con dos pinzas el cilindro seromuscular y se secciona longitudinalmente, respetando la mucosa. (Figura tomada de Frantz, aumentada y modificada ligeramente, por M. J. Luque).

### *¿Qué anestesia debe emplearse?*

Hemos usado el cloroformo, el éter, la mezcla de ambos, el balseformo, los gases, la raquianestesia, el enema con avertina, la anestesia local por planos y la anestesia radicular. Todas tienen sus ventajas; todas sus inconvenientes. Cada cirujano alaba el anestésico o el método que emplea corrientemente. Nosotros creemos que esto no es cuestión de sistema sino de conveniencia entre el procedimiento empleado, el anestésico y el enfermo. Con estricta lógica, cada caso dirá, según su naturaleza, el estado de los órganos, la indicación operatoria, el anestésico y el procedimiento. En ocasiones juzgamos que la narcosis general es excesiva para una operación que puede resultar sencilla. Tal la razón para pensar así de la avertina, que priva del conocimiento por varias horas en intervenciones que duran apenas minutos, como la apendicectomía.

En esta operación hemos usado con relativa frecuencia la anestesia troncular, que nos ha dado resultados magníficos y es a ella a quien atribuimos, en gran parte, nuestra reducida mortalidad.

La técnica que seguimos es la misma que describe el Profesor Víctor Pauchet en su tratado de anestesia regional, y que resumimos así:

Colocado el enfermo en la mesa operatoria, aseptizada la región, ponemos un primer "botón" de solución de novocaína al medio por ciento, con unas gotas de cloruro de adrenalina al milésimo, a dos dedos

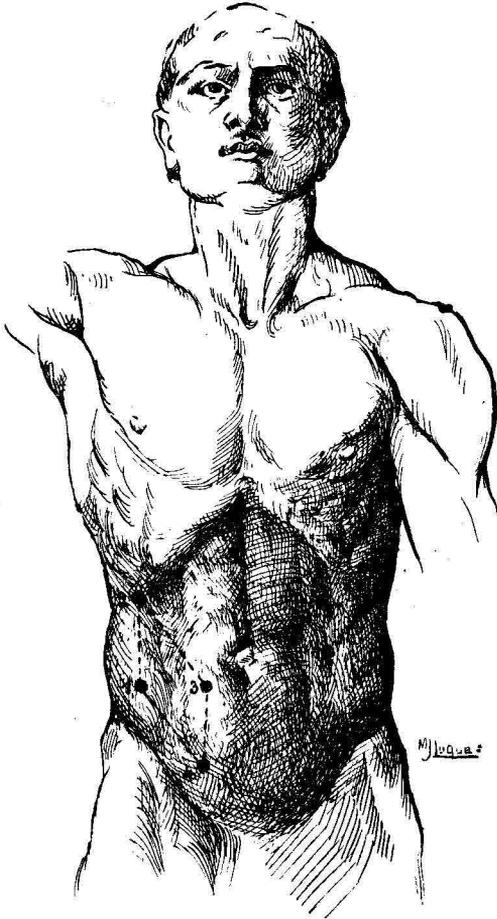


Fig. 3ª Dibujo (original) que muestra los lugares donde debe introducirse la aguja: 1. Inyección a dos dedos encima y atrás de la espina iliaca anterior y superior. 2. Inyección, verticalmente encima de la anterior, en el reborde del tórax. 3. Inyección sobre el borde del gran recto. 4. Inyección en la región inguinal. El punteado indica las líneas de infiltración entre la piel y el peritoneo.

encima y un poco atrás de la espina iliaca anterior y superior ( en el punto I, representado en la figura Nº 3).

Luégo un segundo “botón”, siguiendo la línea vertical que partiendo del primer punto vaya a tocar el borde costal (en el sitio 2, representado en la figura Nº 3).

En seguida un tercer “botón”, a la altura, poco más o menos, del ombligo, sobre el borde externo del gran recto anterior del abdomen (en el punto 3 de la figura Nº 3).

Finalmente un cuarto y último “botón” en la región inguinal (en el punto 4 de la figura Nº 3).

Tomados estos cuatro sitios como lugares de partida, infiltramos la piel, siguiendo las líneas que unen los puntos en cuestión (el punteado de la figura Nº 3).

Quedan por insensibilizar los planos profundos y el meso del apéndice. Conseguimos lo primero, aprovechando el primer punto (sitio I representado en la figura Nº 3), e introduciendo una aguja larga hasta el hueso iliaco. Alcanzado éste, la retiramos ligeramente y desviamos su pabellón un tanto hacia arriba y hacia afuera, para hacer tomar a la punta una dirección inversa y poner la solución de novocaína (15 c.c. al medio por ciento), donde pasan los filetes nerviosos.

Maniobra parecida se ejecuta una segunda vez, pero desviando el pabellón de la jeringa más hacia afuera todavía, de modo que se co-

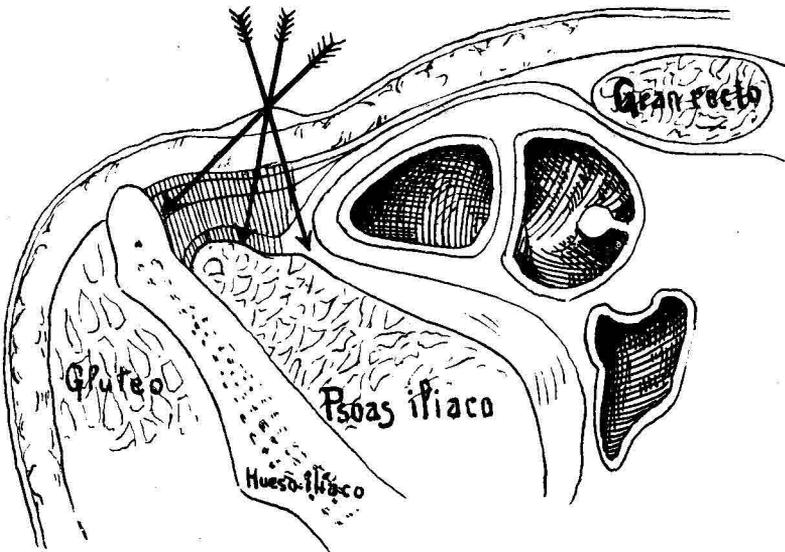


Fig. 4a Corte que indica las distintas direcciones que debe tomar la aguja, para infiltrar la región de los nervios. Obsérvese que la aguja penetra a la piel en un mismo sitio, cualquiera que sea el trayecto que siga. (Esquema tomado de Pauchet y modificado ligeramente).

loque el anestésico arriba y cerca de la línea media, tras el ciego y el músculo iliaco.

En rigor, a nosotros nos han bastado estas dos inyecciones, pero en el estudio que hemos seguido para hacer esa anestesia, trae el Profesor Pauchet tres flechas (véase el esquema N° 4) que indican en el corte las diferentes direcciones que puede seguir la aguja.

La insensibilidad del mesoapéndice no siempre la hemos buscado. Basta comúnmente proceder con suavidad, *sin tirones*, para lograr la extirpación. Con la incisión amplia se alcanza ese efecto, sin mortificar el apéndice ni el ciego. Más si existen temores en cuanto a la perfección de la anestesia, si el paciente acusare dolor, puede ponerse en el meso una pequeña inyección (2 c.c. nos han bastado, pero puede subirse hasta diez), de novocaína al uno por ciento (véase la figura 5).



Fig. 5a Dibujo (original) que muestra el lugar del meso, donde debe ponerse la inyección, al 1 por 100, una vez que ha sido exteriorizado el ciego con el apéndice.

#### *De la interpretación del cólico apendicular.*

A propósito del cólico apendicular el Profesor Dieulafoy, en su tratado de Patología Interna, luégo de hablar de las apendicitis de apariencia benigna, escribe: "En otras circunstancias, los dolores de la apendicitis alcanzan rápidamente una viva intensidad, se localizan en la fosa iliaca derecha, pero pueden irradiar en diferentes direcciones.

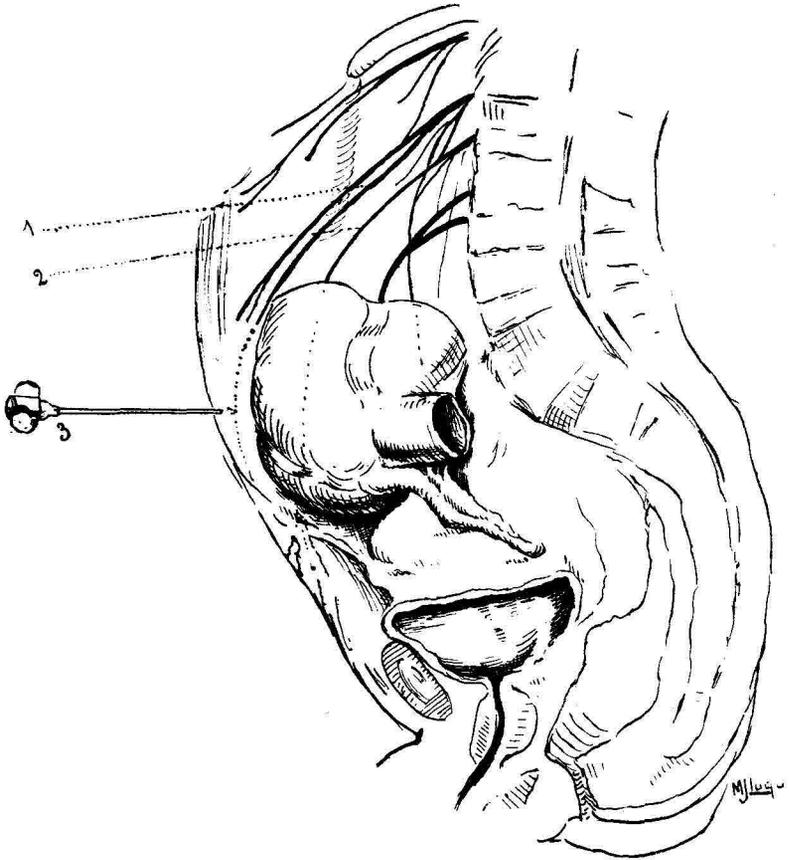


Fig. 6ª Esquema (original) del corte vertical, que muestra los nervios que han de anesthesiarse: 1. Grande y pequeño abdómino-genitales. 2. Gé-nito crural. 3. Lugar donde debe ponerse la aguja para colocar la primera inyección.

La fiebre oscila entre 38 y 39°, o puede pasarse. Los vómitos, sobre todo los vómitos biliosos, son frecuentes. El médico es llamado, y si está imbuído de las antiguas y falsas teorías, que yo me he esforzado en combatir (y que felizmente no están en curso hoy), declara, después de haber examinado su enfermo, que se trata de cólicos apendiculares. El entiende por ellos, que un cálculo venido del ciego se ha introducido en el canal apendicular y provoca en su emigración dolores acompañados de náuseas y de vómitos. He dicho las cosas sin rodeos. Es ésta una teoría falsa y funesta. Rochaz ha demostrado (?) que los cálculos no se pasean en el estrecho canal apendicular. Los dolores de la apendicitis no son dolores de emigración calculosa, “el cólico apen-

dicular", así comprendido, no existe. Ese término consagra un error; él debe desaparecer. Es falso hablar de cólico apendicular, como es erróneo admitir la antigua concepción de la tiflitis" (1).

Veamos nosotros ahora, en presencia de la clínica, si es posible pensar en el cólico apendicular y consultemos dos historias.

Primera.—A. F. S. (historia N<sup>o</sup> 337). Natural de Bogotá y vecina de la misma ciudad, de 17 años de edad, soltera, hospitalizada el 14 de septiembre de 1929. La enfermedad comenzó un año antes, por cólicos, en forma de crisis, de corta duración, que se repetían por épocas, varias veces al día. El dolor, fuerte, en forma de "punzadas", se localizaba en la fosa iliaca, en la vecindad del ombligo y del lado derecho. Con estos datos, colocada la paciente en el servicio, y puesta en observación, evidentemente anotamos los caracteres descritos por ella; pero encontramos, además, que esos dolores de intensa agudeza, en tiempo relativamente corto, desaparecían para quedar en condiciones normales al parecer, y es de advertir que la terminación de ellos no era seguida de la emisión de gases, como sucede en los cólicos intestinales. La palpación, apenas sensible en el intervalo de los accesos, exageraba el dolor, cuando éste se producía. Hecho el diagnóstico de apendicitis, y operada el 18 de septiembre, encontramos un ciego absolutamente normal; el apéndice, voluminoso, sin huellas de inflamación anterior, se hallaba libre y en posición descendente. Abierto el órgano extirpado, encontramos en su interior dos gruesas concreciones irregulares formadas por materias fecales. Cuatro meses después de la operación, tuvimos ocasión de conversar con la enferma, y nos manifestó que todas sus dolencias desaparecieron.

Antes de intentar un breve análisis, describamos el otro caso:

Segunda.—J. H. (historia N<sup>o</sup> 338). Natural de Madrid y vecina de Fontibón, soltera, de 18 años de edad, hospitalizada el 17 de septiembre de 1929. Los antecedentes hereditarios no tienen interés. En el mes de julio del mismo año, tuvo un cólico abdominal, con estos caracteres: dolor intenso en la fosa y en el flanco derechos con irradiación a todo el abdomen, vómito tenaz, calofrío y alta temperatura. Observó igualmente que tomaba una coloración amarillenta. Este ataque le duró tres días, pasados los cuales pudo levantarse a continuar sus ocupaciones, sufriendo dolores abdominales más o menos vagos.

Dos días antes de entrar al servicio se reprodujo fuertemente el cólico anterior y ello la obligó a solicitar la hospitalización. Las notas dominantes en esas circunstancias eran el dolor agudo, con exacerbaciones más o menos periódicas, y el ataque al estado general: aceleración del pulso, hipotermia, tinte amarillento, ojos hundidos, lengua seca, vómitos, sed, todo lo cual nos indujo a pensar en una apendicitis gangrenosa y nos hizo resolver la operación sin pérdida de tiempo.

(1) Dieulafoy. "Manuel de Pathologie interne". Pág. 446. Tomo II, 16 Edition. Paris.

Operación: apéndice libre y sin adherencias, rojo, aumentado de volumen, especialmente en su extremidad libre, en la cual encontramos una placa de esfacele que se extendía a todas las tunicas. En el interior y a la altura de la placa mencionada, un cálculo estercoral endurecido, irregular y voluminoso. Cerramos, dejando dren de gasa. Cicatrización; salida por curación.

Si hemos de razonar, si hemos de establecer analogías entre estas dos enfermas, anotamos que en ambas existían elementos comunes: el dolor, los "scybalos", la curación con la extirpación del órgano enfermo, el apéndice libre y sin adherencias. Ahora, en ambas historias observamos la característica dolor; en las dos disminuía la intensidad, para reproducirse nuevamente; una y otra enferma tenían acalmias, sin arrojar gases ni expulsar materias, como se terminan los cólicos intestinales. En la operación, exceptuando el peritoneo del apéndice, el resto nos pareció normal.

Acordes con las ideas de Metivet (1), puestas de presente en las narraciones de casos parecidos a los nuestros, en tales circunstancias, decimos, cómo no aceptar en el apéndice la tendencia natural del intestino; esa ley fisiológica que excita las contracciones de todo órgano cuando su contenido ha adquirido un volumen determinado, ¿qué es, sino un cólico, un dolor intermitente, agudo, que se repite periódicamente? ¿Por qué pensar en interpretación diferente estando localizado sobre la región apendicular, no existiendo eliminación de gases que hicieran pensar en cólicos intestinales, y sobre todo, extirpando el apéndice con sus cálculos, para terminar con la enfermedad?

Nosotros creemos que siempre que se trate de un joven, y todavía más, de un niño, con una enfermedad semejante a las historias descritas, debemos pensar en "cólico apendicular", digan lo que quieran autores y libros. Y creemos también que la ablación del apéndice es el único tratamiento racional, máxime si tenemos presente que la gangrena apendicular habitualmente está acompañada de cálculos.

### *Del apéndice parasitado.*

El Profesor A. Riff, de Estrasburgo, es de parecer que en cien casos de apendicitis, ochenta son producidos por parásitos intestinales (2).

Por nuestra parte, en las enfermas tomadas para nuestro estudio, en muy pocas encontramos parásitos en las deposiciones y en menor cantidad, todavía se hallaron (tricocéfalos) en la cavidad apendicular.

Si comparamos las cifras citadas con las que anotó en su tesis el doctor Pedro A. González (3), trabajo documentado y analizado, donde

(1) "Presse Médicale" No 102, 1927.

(2) A. Riff. "La Presse Médicale". Septiembre 18 de 1919.

(3) Pedro A. González. "Apendicitis Parasitarias". Tesis para el doctorado, 1929.

señala un porcentaje de 48% en estadísticas rigurosamente llevadas en el Hospital de San José de Bogotá, vemos que existen enormes diferencias en condiciones de observación más o menos semejantes.

Todo dependerá, en nuestra opinión, de la manera como se contemple la cuestión. Hay quien mira como parasitaria la apendicitis de un enfermo por el solo hecho de arrojar parásitos en la deposición; para otros es necesaria la comprobación de ellos dentro del propio apéndice y no faltan los que, avanzando más aún, no aceptan sino aquellas en que el parásito se halle en los folículos apendiculares. Examinando con detención y una a una las historias clínicas que conocemos sobre las llamadas apendicitis parasitarias, hallamos que los enfermos de zonas templadas o calientes, habiendo permanecido en ellas por tiempo más o menos prolongado, todos presentan turbaciones digestivas. En su pasado patológico existen, unas veces vómitos, otras diarreas, constipación en ocasiones, fiebre con alguna frecuencia. Como síntoma que sugiere una apendicitis, solamente encontramos el dolor, generalizado al abdomen en algunos pacientes, localizado a la región apendicular en otros.

La semiología de la infección verminosa, anorexia, náuseas, vómitos cuantos elementos se encuentren dentro del apéndice; de estos, turbaciones nerviosas, modificaciones sanguíneas, fenómenos oculares, etc., hablarán, sin duda, de la acción patógena de los gusanos, pero en manera alguna dan la prueba de las apendicitis causadas por ellos. Basados en algunas de esas manifestaciones, posiblemente podría pensarse en la apendicitis, y aceptamos el hecho, innegable por otra parte, de que se hallen parásitos en la cavidad del propio apéndice. Esas razones serían suficientes para crear la entidad definida, única, llamada *apendicitis parasitaria*?

Por el aspecto clínico, si la sintomatología únicamente se presentara con los parásitos apendiculares, la clasificación podría tener cierto valor, pero no es así. Diversas causas suelen engendrar los mismos síntomas, lesiones ajenas a los parásitos pueden presentar cuadro clínico idéntico, de manera que, razonablemente, es imposible aceptar la denominación que comentamos.

De la presencia de anquilostomos, oxiuros, tricocéfalos, etc., en el interior del apéndice, en manera alguna puede concluirse que ellos por sí solos y a excepción de otra causa, engendren la inflamación folicular y la reacción peritoneal. De crear la apendicitis parasitaria, por ese solo hecho, con igual motivo deberían hacerse tantas formas de apendicitis, al lado de las apendicitis por parásitos, deberían colocarse las apendicitis por cuerpos extraños, las producidas por coprolitos, etc.

Pero prescindiendo de esas consideraciones, en apoyo de nuestras ideas, existe un doble argumento; de autoridad y de anatomía patológica. Relatemos una anécdota: era sesión de la Sociedad Médica de los Hospitales de París (1), y el Profesor Menetrier, a propósito de una serie

(1) Sesión del 12 de febrero de 1929.

## ERRATA   Página 282

La semiología de la infección verminosa, anorexia, náuseas, vómitos, turbaciones nerviosas, modificaciones sanguíneas, fenómenos oculares, etc., hablarán, sin duda, de la acción patógena de los gusanos, pero en manera alguna dan la prueba de las apendicitis causadas por ellos. Basados en algunas de esas manifestaciones posiblemente podría pensarse en la apendicitis, y aceptamos el hecho, innegable por otra parte, de que se hallen parásitos en la cavidad del propio apéndice. Esas razones serían suficientes para crear la entidad definida, única, llamada *apendicitis parasitaria*?

Por el aspecto clínico, si la sintomatología únicamente se presentara con los parásitos apendiculares, la clasificación podría tener cierto valor, pero no es así. Diversas causas suelen engendrar los mismos síntomas, lesiones ajenas a los parásitos pueden presentar cuadro clínico idéntico, de manera que, razonablemente, es imposible aceptar la denominación que comentamos.

De la presencia de anquilostomos, oxiuros, tricocéfalos, etc., en el interior del apéndice, en manera alguna puede concluirse que ellos por sí solos y a excepción de otra causa, engendren la inflamación folicular y la reacción peritoneal. De crear la apendicitis parasitaria, por ese solo hecho, con igual motivo deberían hacerse tantas formas de apendicitis cuantos elementos se encuentren dentro del apéndice; de esta suerte, al lado de las apendicitis por parásitos, deberían colocarse las apendicitis por cuerpos extraños, las producidas por coprolitos, etc.

de apéndices que contenían gusanos, tomando uno de ellos, con oxiuros dentro de un folículo linfático, se expresó así: "Aparte la comprobación del helminto en el folículo, las lesiones del apéndice, por fuera y a distancia del punto vermiculado, son completamente idénticas a las de todas las apendicitis de igual intensidad inflamatoria y producidas por microbios no específicos. En efecto, lo mismo en unas que en otras, encontramos hiperplasias foliculares y linfangitis profundas en concepto de lesiones recientes, y un estado fibroso cicatricial, con atrofia y desaparición más o menos completa de los aparatos glandulares y foliculares en concepto de lesiones antiguas".

18 años más tarde el Profesor Caplesco, de Bucarest, en la Academia de Medicina de París, sesión del 4 de febrero de 1927 (1), decía estas palabras: "Yo estimo que en la mayoría de los casos la presencia de parásitos en el apéndice no implica haya sido la causa de la enfermedad. Las lesiones macroscópicas y microscópicas de los apéndices verminosos, no se distinguen en nada de aquéllas que se encuentran en las apendicitis comunes. Clínicamente, la apendicitis verminosa no tiene como síntoma propio sino el prurito nasal, que desaparece con la exéresis". El mismo Profesor propone sustituir el término "apendicitis parasitarias", por el de "apendicitis parasitadas".

Refuerza esos conceptos el hecho relatado por Treille, quien dice que en Argelia, lo mismo que en China, Martignon observó gusanos intestinales con excesiva frecuencia y no obstante eso, en millares de presos tratados por él en las prisiones de ese país, como caso muy raro encontró la apendicitis; y en nota leída el 26 de marzo de 1921 a la Academia de Medicina de París, el Profesor Laveran da cuenta que en el norte de China la apendicitis es desconocida y que la población, vegetariana, se alimenta de legumbres infestadas de parásitos. Los ascárides y tricocéfalos existen en proporción de 75% en los adultos y en los niños se encuentran en 98%.

Broca, Sevestre y Legendre ponen muy en duda la relación de causalidad que puede existir entre la apendicitis y la helmintiasis. "Si así fuera —dicen esos autores— dada la gran cantidad de enfermos de gusanos intestinales que existen en París, a causa de las legumbres verdes regadas con aguas impuras, más de la mitad de los parisienses estarían con apendicitis".

De manera semejante podríamos razonar entre nosotros. Es interesante observar que en Bogotá, donde la apendicitis es sumamente frecuente, casi son excepcionales los enfermos de la ciudad con parásitos del intestino. Inversamente, en las tierras calientes, que la infección parasitaria oscila entre 96 y 98%, según la comisión Rockefeller, la apendicitis no tiene la frecuencia que fuera de esperarse.

Observadores tan competentes como los doctores Abel Echeverri

---

(1) "La Presse Médicale". Sábado 8 de enero de 1927.

Marulanda, Santiago Londoño y Jorge A. Cerón (1), en Pereira extirparon veinte apéndices y en 16 de ellos encontraron tricocéfalos en su cavidad. Solamente, pues, en cuatro macroscópicamente no se hallaron, pero muy seguramente, si se hacen cortes y se examinan al microscopio, más hubiera descendido la cifra en cuestión. Eso nos hace pensar que posiblemente los apéndices parasitados en nuestras tierras calientes casi se acercan al ciento por ciento. De esta suerte, en estricta lógica, y teniendo en cuenta tal observación, llegamos a la conclusión de que si ellos fueran los causantes de la enfermedad, las apendicitis en nuestros climas cálidos serían más comunes de lo que son en realidad. No siendo esto así, necesariamente debemos aceptar, entonces, que puede existir el parásito dentro del apéndice, sin determinar con ello las apendicitis.

Sin embargo hay hechos muy sugestivos. "Al examinar detenidamente el parásito aún vivo en el apéndice —dice el doctor Echeverri— se nota que su extremidad afilada está profundamente escondida en los pliegues de la mucosa, hasta el punto que cuesta algún trabajo desprenderlos y su extremidad gruesa está libre y móvil en la cavidad apendicular". (2).

Parece que en parecidas circunstancias resultaría ilógico atribuir la apendicitis a causas distintas, y el mismo doctor Echeverri, escribe: "Alguna vez observando un apéndice y viendo mover rápidamente la extremidad gruesa de varios tricocéfalos que allí estaban, pensaba yo en los dolores que provocarían dichos movimientos en un apéndice inflamado".

El Profesor Menetrier, estudiando un apéndice extirpado por Lejars nueve años antes, refiere que en la superficie de la mucosa se veían los cortes transversales de tres parásitos y su contorno estaba infiltrado de leucocitos, pero sin reacción inflamatoria. La causa de la enfermedad estaba en el lugar lesionado, las modificaciones anatomopatológicas evidentes, ¿a qué buscar en esos casos una etiología y una patogenia distintas?

También existen hechos sobre los cuales es imposible dar la prueba anatómica, y sin embargo, suficientemente netos para comprobar la acción agresiva de los parásitos sobre el apéndice. Guiart y Nollet trataron en Brest a un tifoideo con reacción serológica positiva, paciente que falleció con peritonitis. A su autopsia encontraron la gran cavidad abdominal inundada de pus; el apéndice estaba congestionado y en su extremidad existía una perforación redonda, de un centímetro de diámetro. Poco antes de la muerte el enfermo había expulsado cuatro ascárides; en el intestino delgado se hallaron tres más, una en el colon y otra macerada, hecha fragmentos, en el pus peritoneal.

Pensar que la muerte ha tenido causa distinta de los nemátodos, sería el mayor de los absurdos; no obstante eso, es imposible buscar la

(1) Repertorio de Medicina y Cirugía. Noviembre de 1920.

(2) Repertorio de Medicina y Cirugía. Noviembre de 1920.

prueba histológica; a lo más, sólo podría compararse la perforación encontrada con las que se atribuyen a los parásitos. Los ascárides, por su cabeza de aguda punta, su boca fuertemente armada y su musculatura muy desarrollada, no sólo serán capaces de herir la cara profunda de la mucosa sino que pueden perforar las paredes apendiculares, abriendo camino hacia la cavidad abdominal. Independientemente de esa manera de obrar, que pudiéramos llamar macroscópica, sin provocar efracciones o traumatismos aparentes de los tejidos, no será difícil comprender que sus solas excreciones sean capaces de producir reacciones locales que son, sin lugar a duda, motivos que facilitan la infección. (Verard y Dignard).

La revista Münch. med. Woch. Nº 38 de 1913, trae un caso que por lo instructivo, interesante y raro, queremos transcribir. Se trataba de un joven que ingresó al hospital de Brena, con el diagnóstico de apendicitis. Decidida la intervención, el cirujano, doctor Siegmund Pollaz, una vez abierto el peritoneo, encontró gran cantidad de serosidad en el abdomen. El apéndice, de aspecto y longitud normales, estaba adherido y carecía de signos de inflamación aguda. Resecado él observó que el ciego se encontraba lleno de algo que juzgó materias fecales. Las asas que había sacado fuera del abdomen, adquirirían cada vez mayor volumen, de suerte que para introducir las de nuevo en la cavidad, fue necesario ampliar la incisión abdominal; el intestino se agitaba marcadamente. Examinado el apéndice extraído, presentaba de trecho en trecho placas rojas y pequeñas ulceraciones, pero lo que más llamaba la atención era que toda la luz apendicular estaba obstruida por anillos de tenia solium, que extraídos y colocados sobre una mesa, se agitaban espontáneamente. No será difícil comprender que el resto de la tenia se hallaba en el intestino, que distendía y hacía ejecutar movimientos.

#### *El simpático y el apéndice.*

Consideremos la historia de una enferma operada en compañía del doctor Nicolás Buendía, el 29 de diciembre de 1925, y que salió por curación el 18 de enero del año siguiente.

C. C. (historia Nº 10), bogotana, de 24 años, hija de padres sanos, refiere que en los primeros días del año de 1922 empezó a sentir dolores en la espalda y en la parte baja e inferior del abdomen, y agrega que en algunas ocasiones, junto con el dolor tenía vómito, calofrío, altas temperaturas y sudores. Pasado al ataque agudo, la deprimía un malestar general y quedaban dolores sordos que situaba "en los huesos". Esos ataques, que se repetían cada quince o veinte días, tenían un máximo de un mes de separación y duraban de 24 a 66 horas, aproximadamente. Como hecho que llamara la atención de modo particular, recalca que la coloración de los dedos disminuía marcadamente. En un principio sólo palidecía el dedo pequeño de la mano derecha, luego

los restantes de la misma mano; más tarde apareció la modificación en la mano izquierda, comenzando también por el pequeño dedo, y finalmente pasó a los pies, que al perder su tinte natural, "se dormían", para emplear la palabra usada por la enferma.

Consultó a tres de los más competentes facultativos de la ciudad, y sus opiniones, como sus prescripciones, fueron muy variadas y sin resultados favorables. Más tarde en el Hospital de San José, fue estudiada prolijamente en el servicio de las vías urinarias. Allí se le hizo el cateterismo de los ureteres, y en la orina extraída del riñón derecho se halló pus. En vista de ella, con el mismo procedimiento del sondaje ureteral y con aplicaciones directas de solución de nitrato de plata, curó de sus turbaciones urinarias y abandonó el hospital. Dos meses más tarde, el 16 de octubre de 1925, entró a nuestro servicio del Pabellón "La Pola". Fue entonces cuando nos refirió la historia descrita, agregando que volvía porque la palidez de los dedos persistía y porque los dolores abdominales continuaban como antes.

Comparando los análisis de las orinas anteriores al tratamiento en el servicio de vías urinarias, con los que se hicieron después de él, cuando la paciente abandonó dicho servicio, pudimos confrontar que los elementos anormales, albúmina, pus, sangre, huellas de pigmentos biliares, habían desaparecido; que la cantidad eliminada, la reacción, los fosfatos, los cloruros etc., se hallaban más o menos en su índice normal.

Como pudiera suceder que reaparecieran las lesiones durante su ausencia del hospital, cuando entró por segunda vez, unidos a un especialista de las vías urinarias, hicimos el cateterismo ureteral; por separado estudiamos la eliminación renal y en el laboratorio se inyectó al animal para investigar bacilo de Koch, con resultados negativos. El análisis de las orinas en las 24 horas, con poca diferencia en la eliminación, de fosfatos y cloruros, resultó normal el día 6 de noviembre de 1925. A nuestro servicio de cirugía general llegó la enferma en estado que podíamos llamar subagudo. Había defexa bien marcada en toda la región del abdomen inferior; exquisita sensibilidad a la palpación, malestar, ansias y temperaturas, que oscilaban entre 37 y 37,5°, más los fenómenos descritos en las manos y en los pies.

El reposo, la dieta estricta, el hielo, disminuyeron aún más la agudeza del principio. Así pudo hacerse una palpación detenida; bajó la temperatura, la sensibilidad disminuyó, pero quedaba dolor a la presión de la zona apendicular y los fenómenos vasomotores en las extremidades. Después de prudente espera, operamos el 29 de diciembre de 1925.

Operación: anestesia clorofórmica y posición declive. Laparotomía media infraumbilical, adherencias escasas entre los cólores y el intestino delgado. Destruídas ellas, observamos los anexos ligeramente enrojecidos, y la matriz normal. El apéndice, en posición ascendente, y oculto tras el colon, al cual estaba adherido, presentaba un aspecto in-

inflamatorio y tenía longitud un poco exagerada. Extirpación de él y sutura de la pared.

Como consecuencias post-operatorias, ligera reacción febril durante los dos días que siguieron a la intervención. Luego descendió la temperatura a la normal, los dolores terminaron completamente, y hecho sobre el cual queremos llamar la atención, *la palidez de las extremidades fue desapareciendo*, hasta salir del color natural, el día 18 de enero de 1926.

Cuatro años más tarde, volvió al hospital la enferma que estudiamos, sin que se hubiera presentado ninguno de los síntomas motivo de su intervención.

La historia anterior, plena de interés científico, nos hace pensar en dos turbaciones diferentes: una lesión renal que desapareció con el tratamiento médico, y manifestaciones unidas a su apendicitis. Entre éstas despiertan nuestra atención las de orden vasomotor, que concluyeron con la intervención. ¿Cómo obró ella? ¿Su desaparición sería una coincidencia, fue la simple sección de la piel? ¿Serían las adherencias destruidas o la apendicectomía, las causas que modificaron el simpático?

No está en nosotros sentar dogmas. A manera de comentario hagamos algunas consideraciones, pensemos en la fisiología, establezcamos analogías con otros hechos también simpáticos, busquemos bases que nos guíen en el mundo neuro-glandular de la vida orgánica.

El fenómeno objetivo, real, del caso considerado, era la palidez en las extremidades; es decir, la insuficiente nutrición local, la inhibición circulatoria. Para comprender tal desequilibrio en el tonus del simpático, nos ocurre pensar que si traumatismos a veces fugaces, producen vaso-constricciones más o menos durables y que suelen manifestarse, no sólo en el sitio lesionado sino lejos de él, una causa que obre de modo continuo, lógicamente engendrará también lesiones continuas, con posible repercusión en lugares distantes. Las modificaciones vaso-motoras intra y extra-cranéanas, ¿no tienen su origen en la región inferior de la medula cervical? La salivación que se produce al seccionar el nervio ciático, ¿no es el efecto de la excitación partida de un lugar apartado? El aumento de la secreción salival, cuando se toca la extremidad inferior del esófago o la porción superior de la columna dorsal, ¿no hablan en igual sentido?

Se sabe que en las simpatectomías periarteriales, los fenómenos vaso-motores producidos por la operación, no quedan limitados al miembro operado. Si se hace, por ejemplo, una simpatectomía perihumeral y se coloca un aparato de Pachón en los dos antebrazos, el esfigmomanómetro del lado no operado, registra las mismas modificaciones oscilatorias que el aparato del lado operado.

La acción terapéutica es igualmente bilateral. Las variaciones de la presión arterial, que siguen a las intervenciones sobre la cadena simpática cervical, son siempre de ambos lados; de la misma manera que aparece una hiperleucocitosis consecutiva a las operaciones que se hacen

sobre una cadena, cualquiera que sea el sitio de la operación en el cuello.

El tejido linfoideo amigdaliano tiene también, sin duda, lazos de unión con el tejido de la misma clase que constituye el apéndice. Las modificaciones que se observan en cada uno de estos órganos cuando alguno de ellos se enferma, dan la razón de su unión fisiológica, más o menos acentuada.

Pero existe un hecho irrefutable en apoyo de nuestras ideas en la misma apendicitis: la dilatación activa de la pupila derecha en enfermos que sufren de apendicitis crónica. Esta observación, señalada por Moschkowicz primero, luego por Baillarguer en 1850, enseguida por F. Roque (1869), quienes la encuentran también en otras afecciones, ha sido plenamente confirmada en estos últimos tiempos. Los trabajos de Masson, Masson y Gosset, Maresch, son absolutamente concluyentes. El Profesor P. J. Buchman, en 3000 casos de apendicitis crónica de los cuales 2000 fueron operados antes de 1927, encontró en más de dos mil, la desaparición de la dilatación pupilar en el año que siguió a la intervención (1).

No sería pertinente exponer los fundamentos anatómicos, que dan la razón de ser de ese signo, dependiente del parasimpático, ni la transmisión que parece conducirse del apéndice hacia el ojo. El hecho existe. Para nuestra demostración, eso basta.

Ahora, volviendo a la paciente de que nos ocupamos, no estará fuera de lugar aceptar por analogía, que la pálida coloración de las extremidades pudo ser engendrada por excitaciones emanadas del sitio apendicular.

Y para explicar la hipótesis de que la sección de la piel en la laparotomía bien ha podido ser la causa de la vasoconstricción de los dedos, recordemos la inervación arterial.

Los vasoconstrictores obran directamente sobre las fibras circulares dispuestas en contorno de los vasos, para estrechar su calibre. La acción de vasodilatación no es análoga por la sencilla razón de que los vasos carecen de fibras longitudinales, únicas capaces de aumentar sus dimensiones transversales. De esta suerte se admite que la vasodilatación es la resultante de la acción directa de frenación, de inhibición, que ejercen los nervios que dilatan sobre el sistema nervioso que cierra. Pasivamente la presión de la sangre, obrando por su propio esfuerzo, distiende los vasos sustraídos a la influencia tónica de los nervios vasoconstrictores.

Pero pasa que la dilatación vascular que resulta de la excitación de un nervio vasodilatador, es mucho mayor que aquella que sucede a la sección de los elementos nerviosos vasoconstrictores. De modo que si el tonus vascular no se suprime con la acción de los constrictores de una región dada, es porque dicho tonus no depende únicamente de la

(1) "La Presse Médicale" No 65, 1930.

medula y de los ganglios de la cadena simpática, y forzoso es concluir que existen centros, que podríamos llamar células, diseminados en la periferia.

Fundados, pues, en estrictas bases de fisiología, podremos creer que en nuestra enferma, la excitación de la piel resultante de la sección, primero, y de los procesos de cicatrización, más tarde, han podido engendrar los fenómenos simpáticos que observamos en sus extremidades. A propósito del mismo fenómeno hablan también las hiperemias que se producen seguidamente a una intervención; que si regionales y localizadas la mayor parte de las veces, no por ello menos evidentes en sitios lejanos como después de la cura radical de la hernia, o como en nuestro caso, a continuación de la apendicectomía.

Si ahora nos concretamos al apéndice, sentado lo anterior, parece comprendido el problema sometido a nuestro raciocinio. Dos hechos evidentes, fuera de discusión, tenemos a la vista: la palidez de los dedos antes del acto operatorio, y la vuelta a su color natural después de él. No estaría, pues, en lógica atribuir a elementos distintos de los estudiados, la vasoconstricción preoperatoria y el retorno de la piel a su estado fisiológico, luego que se extirpó el órgano enfermo.

En la ignorancia en que nos encontramos respecto de las comunicaciones anatómicas, entre el apéndice y los miembros, no queda otro camino que buscar, como dice Lerich, "si no existe una topografía sistematizada; estudiar en la profundidad de ese inmenso campo de observaciones clínicas y experimentales". (1) Y es que seguimos creyendo que el sistema nervioso simpático —para emplear las palabras de Pierre Marie—, "es una tierra desconocida todavía, pero que puede ser también la tierra prometida" (2).

*Nota de la Redacción.*—Por falta de espacio no publicamos los datos siguientes que hacen parte de este estudio:

1. Tiempo transcurrido del día de la operación, hasta el de su salida, en 556 enfermas.
2. Edad de las enfermas operadas.
3. Lugar de nacimiento de las enfermas.
4. Resumen de 338 historias de apendicectomías.

## ASUNTOS CONSULTADOS

*Actualidades.*—"La transfusión en las peritonitis sépticas apendiculares.—Mundo Médico.

*A. Nigbio.*—"El síndrome apendicular en la neumonía de la infancia".—Nº 3. Año 11.

(1) Rene Lerich. "La Presse Médicale", 3 de abril de 1929.

(2) Pierre Marie. Prólogo de *Le Sympathique et les systemes associés* de A. C. Guillaume. Masson, 1920.

*A. Soulie.*—“Sistema nervioso. Gran simpático”. Tratado de anatomía humana de P. Poirier y A. Charpy. Tomo III, tercer fascículo. Pág. 1065.

*Balthasar Claude.*—“Appendicite”.—Précis de Pathologie Interne. Tomo III.

*Begouin, Bourgeois, Duval, etc.*—“L'Appendicite (pérityphlite, skolikoidite)”. Précis de Pathologie Chirurgicale. Tomo III.

*Bier, Braum und Kümmel.*—“Operative Behandlung. Del appendicitis und peritonitis”. Von Ernst Grasser (in Erlangen). XIV Kapitel. Tomo III. Pág. 393.

*Brulé y J. L. Faure.*—“El Problema de la Apendicitis”. (Discusión). Presse Médicale, 1924.

*C. Palios.*—“Oclusion intestinal et appendicite”. N. Maloine, París, 1932.

*Couvert.*—“Cuándo y cómo debe operarse una apendicitis aguda”. (Tesis). París, 1929.

*Czepa.* (Viena).—“Roentgenología del apéndice”. Mediz Klinik, N° 12, 1927.

*Deodolindo A. Pascalis.*—“Diagnóstico Topográfico de la apendicitis aguda”. N° 812. Pág. 711. Año XL. Mundo Médico.

*Deodolindo A. Pascalis.* (De Buenos Aires).—“Nueva clasificación de las apendicitis agudas”. “Síntomas y diagnóstico”. “Método personal”. Boletín y memorias, de la Sociedad de Cirugía de París. Tomo XXII, N° 12, 1930.

*Dieulafoy.*—“Appendicite-Peritonies appendiculaires. Toxicité appendiculaire. Appendicémie”. Manuel de Pathologie Interne. Tomo II.

*E. Desmarest.*—“La Apendicitis traumática existe”. La Presse Médicale. Marzo 5 de 1932.

*Edmundo Provos.*—“Tratamiento antiséptico de la Apendicitis”. Junio de 1929.

*E. Bresot.*—“El aspecto apendicular de ciertas formas de paludismo”. La Presse Médicale, N° 45. 1927.

*Fraïnkin* (Neuilly).—“Trastornos del funcionamiento piloro-duodenal en la apendicitis crónica”. N° 747. Año XXXVII. Mundo Médico.

*Emile Sergent, L. Rivadeau, Dumas y L. Babonneix.*—“Appendicite”. Appareil Digestif. Tomo XI.

*Echeverri Marulanda Abel.*—“Los tricocéfalos como causa de la frecuencia de las apendicitis crónicas en las tierras calientes”. Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol. XII, N° 2, 1920.

*Félix Ramond y Dimitescu. Popovici.*—“Pathogenie spéciales de quelques typhlites et appendicites”. La Presse Médicale, N° 29, 1931. 11 de abril.

*Félix Ramond y G. Parturier.*—“Colecistitis y Apendicitis crónicas”. La Presse Médicale. N° 46. 1926.

*F. M. Cadenat.*—“La apendicitis retrógrada subserosa”. La Presse Médicale. N° 11, 1927.

*G. Metivet.*—“Cólicos Apendiculares”. “Coprolitos y apendicitis gangrenosa”. La Presse Médicale. N<sup>o</sup> 102. 1927.

*G. Metivet.*—“Observaciones sobre el diagnóstico y el tratamiento de la apendicitis aguda”. La Presse Médicale. N<sup>o</sup> 76. 1929.

*González Pedro M.*—“Apendicitis Parasitarias”. Tesis de grado. 1929.

*Halban (Wiener).*—“Contribución al estudio diferencial entre apendicitis y anexitis”. Wiener Klin. Woch. N<sup>o</sup> 43. 1924.

*Iriarte Marco A.*—“Consideraciones sobre un caso de apendicitis”. Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol. XI, N<sup>o</sup> 7. 1920.

*Jacques Dalsace.*—“La apendiculocolecistitis crónica”. “Estudio clínico y terapéutico”. La Presse Médicale. Feb. 4 de 1930.

*Jack Mock.*—“Colibacilosis y apendicitis sistemática”. (Comunicación a la Sociedad de Cirujanos de París. Sesión del 4 de abril de 1930. Boletín y Memorias. N<sup>o</sup> 7. Tomo XXII.

*J. Okinczyc.*—“Inversión de los signos de apendicitis. Abril 23 de 1930”. La Presse Médicale. N<sup>o</sup> 33.

*Jacques Dalsace.*—“La Apendiculocolecistitis” (crónica). La Presse Médicale N<sup>o</sup> 2. 1930.

*J. Rouillard.*—“Las toxinas verminosas”. Movimiento Médico. La Presse Médicale. Feb. 23, 1921.

*J. Romant. (De Marsella).*—“Apendicitis gripal de conjunto”. N<sup>o</sup> 798, año 39. Mundo Médico.

*Jean Marinasse.*—“Apendicitis agudas a continuación del parto”. La Presse Médicale. N<sup>o</sup> 67. Agosto 20, 1930.

*Kelling (Dresden).*—“Fracasos de las apendicectomías”. Münchener med. Woch. N<sup>o</sup> 39. 1926.

*L. Bérard y P. Vignard. (De Lyon).*—“Apendicitis y parásitos intestinales”. N<sup>o</sup> 519. Año 24. Mundo Médico.

*M. Henri Dufour.*—“El apéndice cecal, su utilidad y su papel mecánico”. La Presse Médicale. N<sup>o</sup> 79. 1920.

*M. A. Chaliér.*—“A propósito del diagnóstico y del tratamiento de la apendicitis aguda”. La Presse Médicale. N<sup>o</sup> 81. 1929.

*M. A. Chaliér.*—“A propósito del diagnóstico y del tratamiento de la apendicitis aguda”. (Respuesta). La Presse Médicale. N<sup>o</sup> 103. 1929.

*M. Perrin.*—“Un caso de apendicitis ascariidiana”. (Sociedad de Cirugía de Lyon). La Presse Médicale. N<sup>o</sup> 49. 1926.

*M. Petit de la Villeon.*—“Apendicitis con perforación por cuerpos extraños, en un trayecto herniario inguinal”. La Presse Médicale. N<sup>o</sup> 34. 1929.

*M. Leo. (Comentario).*—“A propósito de la apendicitis verminosa”. (Sobre una observación presentada a la Sociedad de Cirujanos de París, por M. M. Tussau). La Presse Médicale. N<sup>o</sup> 1. 1927.

*M. Oudart.*—“La forma ambulatoria de la apendicitis aguda”. La Presse Médicale. N<sup>o</sup> 41. 1930.

*M. F. d'Allaines.*—“L'appendicite pelviene”. (París). La Presse Médicale. Diciembre 10 de 1932.

*Mundo Médico.*—“Tratamiento del cáncer del apéndice”. Medicina Práctica. Nº 709. Junio de 1925.

*Mundo Médico.*—“Oclusiones intestinales de origen apendicular”. Septiembre 25 de 1925.

*Mundo Médico.*—“Indicaciones del Mickulicz, en la apendicitis en caliente”.

*Paul Jacquet y Léon Gally.*—“Le diagnostic radiologique de l'appendicite crónique”. La Presse Médicale Nº 21 de 1931.

*P. J. Buchman.*—“Un síntoma objetivo de la apendicitis crónica”. La Presse Médicale. Nº 65. 1930.

*Pedro Descamps.*—“Ciego y apéndice”. Cólones. De la cirugía general”. *Mundo Médico*, Nº 807. Año 40.

*Phocas.*—“La incisión espinoumbilical en la operación de la apendicitis”. La Presse Médicale. Marzo 9, 1927.

*P. Lecene y R. Leriche.*—“Traitement de l'appendicite therapeutique chirurgicale”. Tomo III.

*Rapp.* (Biberach).—“Síntomas seguros prematuros de las apendicitis”. Münchener Md. Woch. Enero 30, 1925.

*R. A. Guttmann.*—“Los sindromos dolorosos de la región epigástrica”. 1930.

*Raymond Bonneau.*—“La fístula apendicular”. La Presse Médicale. Nº 7. 1926.

*René Bloch.*—“La apendicitis izquierda”. La Presse Médicale Nº 24.

*René Leriche y René Fontaine.*—“Hechos quirúrgicos para hacer la crítica de las teorías actuales de la vaso-motilidad”. La Presse Médicale. Abril 16, 1927.

*René A. Guttmann.*—“El asma apendicular”. La Presse Médicale. Noviembre 3, 1910.

*Revek.* (De Nimes).—“De la intervención sistemática en la apendicitis aguda”. *Mundo Médico*.

*S. Kadruka y R. Sarasin.*—“Un procédé rapide d'exploration radiologique de l'appendice”. La Presse Médicale. Nº 50. 1932.

*V. Schilling.*—“Das Blutbild und seine klinische Versertung”. Zweite Auflage.

*Victor Pauchet.*—“La Pratique chirurgicale illustrée”. Fascículo 4º.

*Victor Pauchet, P. Sourdat, etc.*—“L'anesthésie régionale”. Quatrième édition.

*Vickham.*—“Special operation upon the appendiceal”. Tract Chapter 72. Vol. Operative Surgery.

*W. Lohr y L. Rassfeld.*—“Die Bakteriologie der Wermfortsatzenzündung und der appendikuläres Peritonitis”. G. Tieme. Leipzig, 1931.