

## CLINICA INTERNA

### Algo sobre apendicitis.

¿Conviene suturar siempre el orificio anormal que se forma cuando se extirpa el apéndice?

Mucho he visto escrito referente á la apendicitis, y siempre he encontrado el consejo de cerrar el cabo cecal.

Algunos cirujanos, como Jalaguier, dicen:<sup>1</sup> “El apéndice, después de haber sido aislado, será ligado cerca del ciego y reseca. Si la cavidad peritoneal no ha sido abierta durante las investigaciones, esta simple ligadura bastará. En el caso contrario, es prudente después de ligar el apéndice en su base, cerrar la superficie de sección con algunos puntos de sutura adosando serosa con serosa.” Otros, como Forgue y Reclus,<sup>2</sup> emprenden la resección en la base del apéndice. “Este apéndice es á veces muy difícil de descubrir. Cuando esto se consigue, se le reseca en su base y se oblitera el orificio anormal que deja su ablación; una doble hilera de suturas basta para ello, una sobre la mucosa y otra sobre la serosa.” Operación es ésta que me parece más complicada, y, por consiguiente, de mayor prolongación, y hasta quizá inútil en la mayoría de los casos, por no ser frecuente que la esfacle apendicular llegue hasta las paredes del ciego, en cuyo caso sí la considero de utilidad.

León Damaye, en su Tesis, recomienda: Resección del apéndice y sutura “por capas del muñón.”

A. Poucel comunica á la Academia de Medicina de París, el 13 de Noviembre de 1894, seis observaciones, y dice haber cauterizado con fierro enrojecido el conducto apendicular que dejó, y en seguida obturó su orificio con dos suturas de Samber con *catgut* fino.

No he encontrado más detalles sobre el particular en otros muchísimos artículos que he visto que tratan de la apendicitis. En ellos sus autores se fijan en otros puntos no menos interesantes de la cuestión.

Ahora bien: como todos los cirujanos están contestes, y no sin razón, en que no impunemente se prolonga una investigación dentro de la pared del vientre, sobre todo si se llega á abrir la cavidad peritoneal, pues el más ligero descuido de antisepsia ó asepsia, y aun siendo éstas escrupulosísimas, la prolongación de

1 Ad. Jalaguier, *Traité de Chirurgie*. Duplay et Reclus. 1892, vol. 6, pág. 529.

2 E. Forgue et P. Reclus. *Traité de Thérapeutique Chirurgicale*. 1892, vol. 2º, pág. 739.

un examen semejante, es bastante para poner en peligro la vida del paciente; pensé si convendría suprimir la ligadura, ó cuando menos la sutura del muñón apendicular, sin inconveniente alguno, y como tuviera que resolverme en el acto, dada la gravedad del enfermo á quien estaba operando en el momento en que me hacía la pregunta, sin vacilar opté por suprimir ambas, resolución que fué aceptada por los compañeros que me ayudaban.

El resultado de tal determinación no puede haber sido más satisfactorio, como se verá en el relato de la observación de este caso, que en pocas palabras, para no cansar á mis ilustrados maestros y consocios, haré.

El Sr. Haley, norteamericano, como de 35 años de edad, bien constituido, presentaba cuando solicitó mis servicios médicos, síntomas suficientes para diagnosticar una apendicitis. Inmediatamente comuniqué mis sospechas á la familia que le cuidaba y les indiqué lo peligrosa que podría ser la enfermedad.

Sin pérdida de tiempo instituí el tratamiento médico, consistente en la antisepsia intestinal con el salicilato de bismuto y la inmovilización del intestino con el opio, quietud en la cama y dieta láctea.

Los síntomas se apaciguaron, pero no cedieron; y como esta situación se prolongara, á los cuatro días propuse con insistencia la operación, que fué aceptada, pero á la vez me preguntaron si sería posible diferirla hasta que llegara el padre del enfermo, que tardaría cuatro días.

Dejando al paciente la responsabilidad de una intervención tardía, y resuelto á proceder si algún síntoma alarmante se presentaba antes, acepté.

Llegó el padre del Sr. Haley sin que éste hubiera tenido cambio alguno en su enfermedad, y me preguntaron si sería posible llevar al paciente al lado de su familia para ser operado; me pareció imprudencia exponer un enfermo en sus condiciones á un viaje de cuatro días en ferrocarril, y negué terminantemente mi consentimiento.

Solicité una junta médica, y acudieron mis buenos amigos los Sres. Dres. Dugan y Mondragón, y se pusieron de acuerdo conmigo en todo.

Aplazamos la operación para las tres de la tarde, y procedimos á hacer luego, y bajo la influencia del cloroformo, un lavado intestinal con una solución débil de permanganato de potasa, que propuso el Dr. Mondragón. Terminado éste, á las 10 a. m. nos retiramos para volver en la tarde.

A las 11<sup>h</sup>. 30' a. m. fui llamado violentamente, y encontré á Haley presa de calosfrío intensísimo, pulso 110 y temperatura 41° 2.

Hice llamar inmediatamente á los compañeros y procedimos á operar en el acto.

Adopté la incisión de Roux. Cuando estuvo abierta la cavidad del vientre, introduje mi dedo, y pronto dí con un gran absceso, del que salió gran canti-

dad de pus fétido, y del fondo del cual extraje sin dificultad el apéndice, que contenía una cívala, y que se había desprendido con facilidad por gangrena anular cerca de su base.

En este momento fué cuando me hice la pregunta de si debía ó no cerrar el orificio del cabo cecal del apéndice, en lo cual no había pensado antes.

Para cerrarlo tenía que buscarlo; ¿y lo encontraría? ¿no estaría perdido entre las adherencias, encubierto por falsas membranas? y ¿emplearía mucho tiempo en descubrirlo? Urgía terminar pronto, puesto que había emprendido la operación en pleno ataque de infección.

Al escudriñar, ¿no me exponía á penetrar en la cavidad peritoneal y provocar una peritonitis fatal?

Por el contrario, dejándolo abierto, exponía al enfermo á una fistula estercolar, pero terminaba pronto la operación y lo exponía menos á la muerte.

Todas estas consideraciones las hice violentamente y opté por dejarlo abierto. Expuse mi idea á mis compañeros, y la aprobaron.

Procedí al aseo de la cavidad del absceso, con agua salada; suturé en capas y coloqué un tubo de canalización, y en seguida curación seca con gasa yodiformada, empaque algodonado y vendaje compresivo.

Cuando terminé la curación, el paciente estaba perfectamente despierto y manifestó no sentir la más ligera molestia; el termómetro marcó 37°2. De acuerdo con mis compañeros, aconsejé se continuara con las píldoras de salicilato de bismuto y opio, aunque sólo debían darse una cada 3 ó 4 horas.

En mi visita de la noche, encontré al enfermo perfectamente, charlando y riéndose con sus amigos, siendo su temperatura 37°. Al día siguiente, marcádisimo color icterico de toda la piel y conjuntivas, que vino á comprobar el ataque de infección que nos había hecho apresurarnos á intervenir, pues es muy común que éstos produzcan el catarro biliar. Por lo demás, el estado general era magnífico y la temperatura normal.

Como al tercero día se elevara la temperatura á 38°5, quité la curación y la encontré ensuciada por los excrementos, aunque la herida presentaba muy buen aspecto y al parecer cicatrizada en su mayor extensión de primer intento.

La salida del excremento por la herida me presentó el espectro de la fistula estercolar y pensé si podría evitarla sin una nueva intervención quirúrgica.

Como quiera que ya consideraba irremediable la formación de la fistula, me creí autorizado para perder ocho ó diez días tratando de cegarla por todo otro medio que el quirúrgico, siempre que no perjudicara al paciente.

Al efecto, se me ocurrió dar desde luego un purgante que, á la vez que limpiara el intestino, recargado por tantos días de inmovilidad á que lo había

forzado, combatiera el catarro biliar manifestado por la ictericia; y en seguida, paralizar el curso de las materias fecales, que trataría de hacer asépticas, precaución que tomo siempre que interrumpo su curso normal para evitar autointoxicaciones, y procuraría su concentración para dificultar más su escurrimiento por la abertura anómala del ciego.

Al día siguiente del uso del purgante, encontré derrame mayor de heces por la herida, y que las tiernas adherencias que existían entre sus labios habían sido destruídas, no sé si por el escurrimiento del excremento ó por los movimientos y esfuerzos que había hecho el enfermo á pesar de haberle ordenado la mayor quietud. Lavé escrupulosamente la herida; suprimí el tubo de canalización, y curé á fondo antisépticamente. Prescribí un centígramo de extracto de opio y 25 centigramos de salicilato de bismuto para tomar cada hora, y ordené dieta láctea absoluta y escasa.

Dos días después, no había vestigios de heces en la curación, y á los ocho que el paciente quiso retirarse, las evacuaciones se habían manifestado con la regularidad normal por haber cesado el uso de los medicamentos desde tres días antes, pues consideraba yo que eran ya inútiles.

En estas condiciones y estando ya la herida en vía de cicatrizar violentamente, pues las yemas carnosas estaban hermosas y afloraban á la piel, no habiendo además necesidad de cambiar la curación con frecuencia, puesto que en los últimos cuatro días que había permanecido, la última no se había ensuciado notablemente; no tuve inconveniente en dejarlo partir.

Pocos días después tuve noticia de que estando su herida completamente cicatrizada, se había ido á trabajar, y últimamente he sabido que lo habían visto en completa salud.

Bien sé que una observación no basta para resolver una cuestión que considero importante; pero con ella he querido llamar la atención de mis respetables maestros é ilustrados consocios, para que ellos, con sus profundos conocimientos y extensa práctica, digan si se puede, de este mal forjado trabajo, sacar las siguientes conclusiones:

1ª No hay inconveniente en dejar abierto el orificio anormal que queda después de la extracción del apéndice, siempre que no sea fácil el cerrarlo y al tratar de hacerlo se crea exponer al paciente á complicaciones graves.

2ª La formación de una fistula estercolar procediendo así, no debe considerarse como infalible, sobre todo si se cuida de inmovilizar el intestino, mantener su antisepsia y concentrar su contenido hasta conseguir la cicatrización de la herida operatoria.

R. ORTEGA,  
Socio correspondiente.