

CLINICA INTERNA.

La Apendicitis.

BOCETO CLÍNICO POR EL DR. MIGUEL OTERO.

Lejos de intentar siquiera una síntesis del enunciado palpitante problema de actualidad, quiero limitarme á bosquejar los hechos con que he luchado, uno de los cuales adelantó mi ancianidad. Elijiendo este punto entre cien, tanto por serme casi familiar y poder trazar mi cuadro en breves horas, como impulsado por la esperanza de que la descripción pueda evitar tremendas amarguras á mis jóvenes colegas que, como yo, ejercen en medios sociales poco inclinados á la Cirugía, ó que piden al médico más de lo que humanamente puede proporcionar.

*

Bajo tres formas puede presentarse la Apendicitis: fulminante ó sobre-aguda, crónica de repeticiones y sub-aguda.

I.—TIPO FULMINANTE.

El primer caso que observé fué en un hijo mío, de siete años, modelo de salud. Antecedentes: era gran comedor, y alguna vez hizo ejercicio de equitación inmediatamente después de comer, adquiriendo desde entonces una actitud especial, como cargando el cuerpo sobre el iliaco derecho al marchar, aplicada la respectiva

mano sobre el mismo hueso; como causa ocasional hubo la ingestión de una manzana verde y sin mondar. Presentáronse súbitamente vómitos, como por indigestión, y dolores de vientre que los pequeños no saben determinar, expresando únicamente que «les duele la barriga;» de manera es que al pediatra toca precisar su localización, muy cuidadosamente desde el comienzo: dependiendo de este dato el diagnóstico y acaso el éxito, porque por lo menos evitará se den purgantes. El sufrimiento encontrado en la fosa ilíaca derecha, en general indica que padece el ciego, su apéndice vermicular, ó el ovario si se trata de una señora; pero en realidad merece McBurney el *homenaje del recuerdo*, por haber señalado como característico un pequeño círculo de dolor máximo, colocado á igual distancia de la espina ilíaca antero-superior derecha y de la cicatriz umbilical: sin embargo, avanzando la enfermedad, me ha parecido que dicho centro de sufrimiento ya bajando hacia el ángulo de encuentro del arco de Poupart y el borde externo del recto anterior del propio lado.

Casi contemporánea del dolor, es la aparición en la región citada, de un bulto colocado bajo la pared del vientre, semi-esférico, de límites precisos, con cierta resistencia elástica, y tan voluminoso como la mano cerrada, poco más ó menos; mas un examen capital, es el del mismo abultamiento por el recto en ambos sexos, y por la vagina en la mujer como complementario: comprobándose así la existencia real de un esferoide elástico á la derecha de la cavidad pelviana, contrastando exageradamente con un vacío á su izquierda; además, conforme avanza la enfermedad acrecienta el tamaño del abultamiento y su tensión, y á veces cambian los caracteres de la piel á su nivel, todo en relación con el pronóstico, según pormenores que sucesivamente iré apuntando. Como regla general, á lo expresado se agrega una constipación tenaz.

Entretanto la temperatura era elevadísima en mi niño; la facies crispada indicaba el inminente peligro de muerte; los vómitos alimenticios se tornaron biliosos, el insomnio era completo, la agitación extrema. Con mi diagnóstico firme, preparé todo para la intervención quirúrgica; pero no queriendo abrir el vientre de un hijo sin la aprobación de competentes colegas, consulté con varios amigos, surgiendo entonces diversas opiniones: ora sobre el diagnósti-

co, ora tocante al tratamiento médico y quirúrgico y como dominase la idea de invaginación, rogándoseme encarecidamente aguardase tres ó cuatro horas, llevando entretanto una sonda al estómago para extraer los abundantes líquidos verdosos, me ví obligado á ceder, desgraciadamente: porque al siguiente examen se halló más blando el bulto y empeorado el estado general, por cuyas dos circunstancias aseguré la ruptura del saco. A pesar de todo, intervine á todo trance, para intentar el último recurso: llegué hasta la cavidad abdominal sobre el ángulo recto-abdominal; con el índice enganché al apéndice, lo suturé y resequé, pero al instalar el drenaje ¡encontré la materia excrementicia nadando libremente dentro del peritoneo! El apéndice estaba perforado por pequeña bola de substancia fecal.

¿ Después? Noche de indescriptible tortura, ocultando todo á la madre enferma, combatiendo los incesantes vómitos porráceos, la insaciable sed, los atroces sufrimientos, cambiando constantemente de postura y ropas al adorado ser; más tarde sobrevino enfriamiento de las extremidades, delirio; en fin, estupor, coma, carus, y el sentir que algo de muy hondo se me arrancaba, hundiéndome en un abismo ¡al ver que huyó de la aurora aquella almita de mi alma, con las últimas sombras de la noche!

II.—FORMA CRÓNICA, POSIBLE DE PRESENTAR EXACERBACIONES.

Creo haber visto dos variedades: una de ellas, mal caracterizada, tiene por punto de partida una fuerte impresión moral, una exagerada perturbación digestiva, ó ambas cosas unidas, y de todas maneras con hipersecreción biliar é hiperacidez de los jugos gástricos; ó con fermentación pútrida de ellos; entiendo con esto los casos en que no hay constipación, sino más bien tendencia á la diarrea, pero de todas maneras en medio de una tempestad de síntomas (como vómitos bilioso-alimenticios, cólicos intestinales, deposiciones ardorosas y con tenesmo, estado vertiginoso, opresión precordial), es patente un exagerado dolor en el punto clásico de la fosa iliaca derecha, *sin formación de bulto esta vez*. Pasado el peligro, á ninguno he visto morir en casos análogos; queda propensión á tener dolor sobre el ciego á la menor indigestión, esfuerzo exagerado, ó fuerte contrarie-

dad. El sufrimiento es vago espontáneamente, mas á la presión se acentúa, y durante ella, el paciente sabe encontrar su apéndice más ó menos endurecido ó erecto. Un colega jalisciense, portador de este tipo, curó por la resección *en frío*.

La segunda variedad de la forma crónica, la descubrí en momentos de exacerbación sobre-aguda, en la señorita I. de la R. abierto el vientre, hallé ciego y apéndice envueltos como una cebolla, por múltiples membranas, fibrosas y resistentes, que sucesivamente disqué ó despegué con los dedos, hasta libertarlos casi completamente, pues quedaron soldados únicamente atrás; obteniendo cicatrización *per primam* y radical curación.

III.—TIPOS SUB-AGUDOS.

Yo cuento tres especies del género sub-agudo, y una cuarta sería la terminada por absceso, de la fosa iliaca, v. gr., la intensidad de los síntomas todos, en ellas, es manifiestamente menor que en la forma que titulé fulminante, pues la temperatura sube menos, el estado general no es tan grave, la marcha es más lenta y el dolor menos intenso.

Se ve bastante la 1ª especie del género sub-agudo, podría llamarla médica: porque yo, que me había hecho intervencionista convencido después del terrible ejemplo de mi hijo no operado á tiempo, rendíme á la evidencia de que hay casos que pueden curar sin la cirugía, cuando presencié que así pasó (en mis manos) con un soldado, en el Hospital Militar que fundé en San Luis Potosí, en quien por la benignidad de los síntomas me ví obligado á aguardar; lo propio aconteció con una joven sirviente de familia amiga; también con la hija de un condiscípulo, que presentaba accesos de repetición; además, con una señorita cuyo padre, un industrial, me despidió cuando le propuse la operación; y con el hijo de venerable capitalista, últimamente.

En la observación citada en último lugar, hubo notables alternativas de mejoría y agravación, declinante hasta permitir la contemporización; cantábase victoria al menor alivio y al exacerbarse el mal, oponíase desesperadamente la familia á una intervención. Como signo pronóstico favorable, sucedía que los enemas dominaban fácilmente el estreñimiento, y era en cambio el dolor un elemento contrario, por su fuerza: señalándose como nuevo signo, un estira-

miento molestísimo del ano hacia el vientre; al fin fué recogién dose lentamente el tamaño del bulto apendicular, coincidiendo con relativa mejoría del estado general. A la vez variaba de un examen á otro el tamaño y posición del apéndice, hasta que ya la palpación no lo descubría: pero aunque vencedor, dejóme exhausto la lucha con los deudos, con los compañeros y con las dificultades del caso.

Mi segunda variedad del género sub-agudo, lo es accidentalmente, por anteriores procesos flemásicos adhesivos; ó más claro, sería la forma sobre-aguda, sin adherencias preexistentes entre los órganos, si no impidiesen que se generalice la peritonitis; aquí la apendicitis termina también por gangrena, pero en esas circunstancias anatómicas tan favorables y en personas de potente resistencia vital. El único hecho que hasta la fecha he visto, fué el de una joven casada, con ooforitis derecha crónica y prolapsus del mismo ovario, quizá por infección específica; y como intercurrente sobrevino una evidente apendicitis. Estábamos los médicos cada día en la eterna cuestión de si era llegado ó no el momento de intervenir, cuando se presentó una coloración violácea del tegumento sobre toda la región en estudio y abultada: alguien la atribuyó al hielo, cosa que jamás he visto en observaciones idénticas; y como después se abatiese algo la renitencia en el centro de lo que torpemente llamamos ante todos «tumor,» encontrando para mayor abundamiento crepitación gaseosa, pude diagnosticar «ruptura de la cavidad cerrada y séptica,» y anunciar la próxima aparición de una placa de gangrena: la que efectivamente se presentó al otro día, á la derecha y arriba del ombligo. Entonces no hubo ya más remedio que los bisturís: hice primero la incisión clásica, un dedo adentro de la espina ilíaca anterior y superior, pero caí sobre un ciego adherido firmemente por todas partes, tanto que su ruptura era indudable si se intentase despegarlo: cerré entonces cuidadosamente esta herida por planos, dejando abandonados puntos de sutura hechos con catgut crómico; y abriendo de nuevo el vientre sobre la escara, encontré un prolongado trayecto oblicuo hacia abajo; adentro y atrás, que dió desde luego una sánie rojo-negruzca, idéntica á otra arrojada la víspera por el recto; y ulteriormente brotó el característico pus apendicular con ojitos de grasa, por los gruesos tubos de canalización. La enferma salvó, pro-

longándose las curaciones, por atender á la eliminación de algunos hilos de catgut preparados con crómico; circunstancia que me fué altamente desfavorable, como no se me perdonó el no haber presentado el «tumor» de que habíamos hablado, ó por lo ménos el llamado apéndice: sin lograr convencer que no siempre es factible extirparlo y que á veces sale en detritus con la supuración, como en el caso de S. M. el Rey de Inglaterra.

La 3ª y última variedad sub-aguda que he presenciado, es la *séptica y alerosa*: gracias á ella, he cerrado mi razonamiento y he fijado mi convicción acerca de la intervención quirúrgica en la apendicitis, como diré en breve, y he visto dos casos, uno en sus postrimerías: se trataba de una dama tuberculosa, embarazada de 5 meses, con apendicitis benigna en apariencia: un mal aconsejado purgante determinó la ruptura del saco, se vino el aborto, y con moderada temperatura y pocos sufrimientos, muere la madre casi plácidamente.

Para el 2º caso de este traidor tipo clínico, ocurri á 3 juntas y ayudé en la operación: érase un confrontable ensayador de metales que había sido profusamente purgado al principio; en la 1ª reunión de médicos, á pesar de ser intervencionistas mis dos profesores, la temperatura sub-normal y el hallarse como anestesiados los síntomas ventrales, les obligó á convenir el que se podía esperar buen éxito con sólo el tratamiento médico; cosa análoga en la 2ª asociación; pero en la 3ª, signos de sépsis se presentaban, por lo que se operó al día siguiente: hallando que ciego y apéndice desgarrables, estaban adheridos á la pared anterior del vientre, y que había enorme derrame sanguinolento en la gran cavidad serosa abdominal; la terminación fatal sobrevino pocas horas después de la operación.

*

Para el *tratamiento médico* de las apendicitis, profeso las siguientes reglas de conducta:

Deben proscribirse absolutamente los purgantes, porque agravan en grado superlativo la enfermedad, hasta ser con frecuencia el factor determinante de la muerte.

Para mantener libre el vientre, puede usarse parsimoniosamente de lavativas ligeramente antisépticas: pues entre el riesgo que tiene el atasco intestinal, de distensión y ruptura, y el pequeño pe-

ligro de mover suavemente al intestino para vaciarlo, es de preferirse el segundo.

Uso el calomel á dosis refractaria como antiflogístico preventivo; pero el opio es mi medicamento predilecto, asociándolo según las indicaciones al beleño ó belladona, á la valeriana, ó á los anti sépticos intestinales: siempre con la tendencia de impedir á todo trance que se mueva el intestino con violencia, calmando la hiper excitación de su sistema nervioso.

Un recurso de capital importancia es la aplicación permanente de bolsas de hielo; de preferencia absoluta al calor húmedo.

Por si la necesidad de intervención sangrienta se presentase ineludible, prohibáanse las pomadas ó ungüentos sépticos; aconsejando en su lugar la útil pomada de Koch (al yodoformo y creolina) reemplazándola en gentes delicadas con el sozoyodol y la resorcina pero el arsenal operatorio debe estar siempre listo, para cualquier hora del día ó de la noche.

La dieta se impone: al principio se darán harinas ligeras ó peptonas, permitiendo después leche, caldos, sopas de enfermo; y es cójanse durante la convalecencia alimentos que no dejen residuo ó preparados ad-hoc: atención que deben guardar siempre quienes sufrieron un primer ataque, porque puede repetir fácilmente.

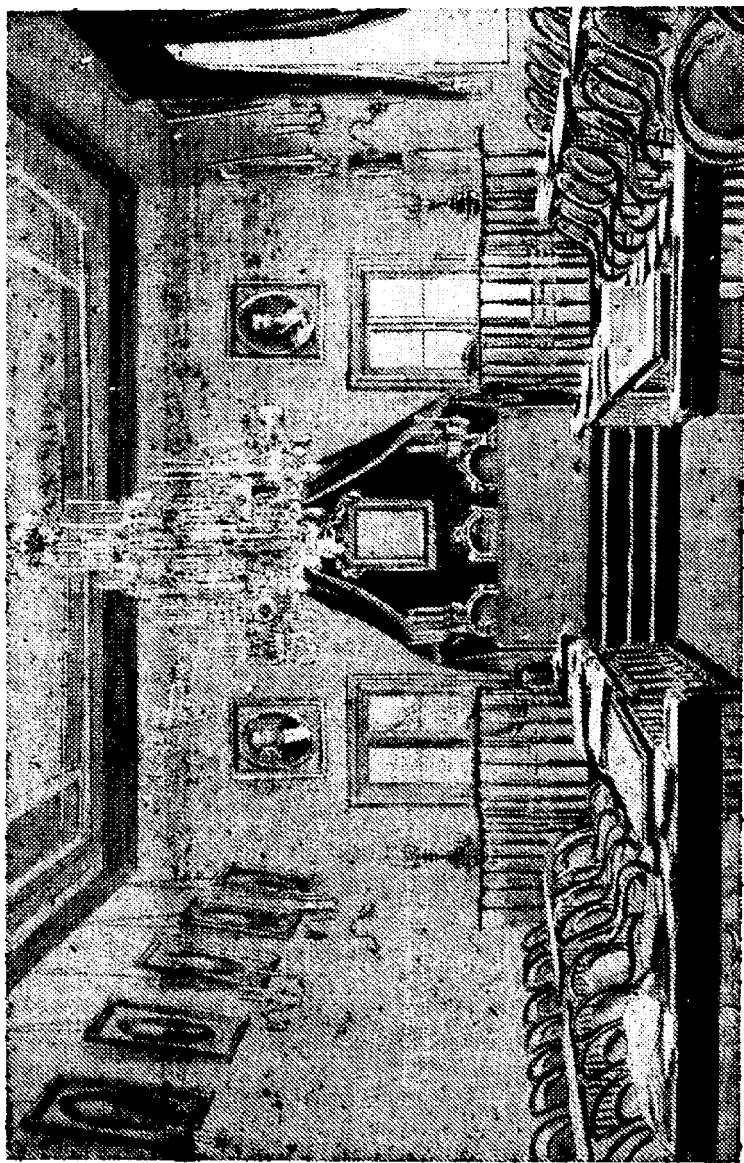
*

Hecho el diagnóstico de apendicitis por la triada patognomónica del dolor especialísimo, el abultamiento exterior completado por el examen rectal, y la falta más ó menos completa de heces ¿debe operarse inmediatamente?

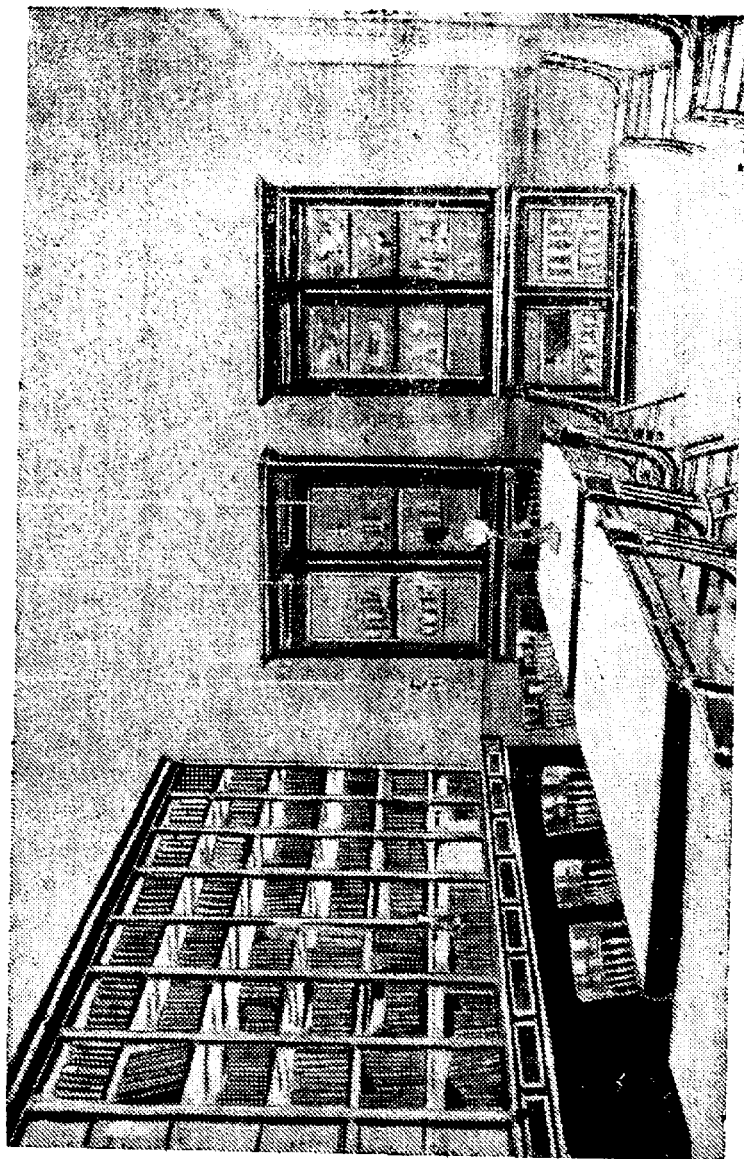
Inconcuso es que sí para la forma fulminante, así como en el tipo sub-agudo séptico é insidioso; igualmente y claro es que nos veremos en la necesidad de abrir el vientre, contra la variedad sub-aguda con adherencias previas y gangrena patente; lo mismo cuando termina un caso por supuración, y otro tanto diré cuando en la forma crónica sobreviene ataque super-agudo. Pero como la mayoría de las veces se nos escapará en el principio la determinación del género séptico sub-agudo, y en todos los casos el líquido que se halla en tensión clausurado en la cavidad del apéndice, contiene gérmenes patógenos, siendo como una bomba explosiva intraven-

tral: resulta que la robusta constitución del enfermo y un tratamiento bien dirigido, pueden enmascarar la suprema gravedad del peligro y perderse vidas valiosísimas. Esta consideración basada en la práctica, hace que yo me filie definitivamente entre los partidarios de la intervención quirúrgica desde el principio, para la casi totalidad de las apendicitis; en lo futuro, para los hechos en que tenga mando absoluto, ensayaré acaso medicinas, por excepción, si ellos son manifiestamente benignos, guiado por el criterio de la sepsicidad ligera; pero á tener algún dato para parecerme exagerada; como notable frecuencia y debilidad del pulso, astenia, subdelirio, ligera cianosis de las extremidades, existencia siquiera sea en sitio lejano de otro foco importante de infección, entonces *laparomizaré* también; dejando la responsabilidad de un mal éxito á los deudos ó médicos que se opongan á la operación en la clientela de la ciudad, en casos análogos.

Seguramente sucederá de nuevo, y diversas ocasiones que salvarán enfermos á pesar de todo: esto no es argumento para calificar de irracional la opinión emitida, sino para el vulgo; porque en buena lógica: si de dos senderos de salvación se eligió el más tortuoso y peligroso, llegando á la meta, mitad á la casualidad y mitad á la dirección facultativa, no quiere decir esto que no era mejor el otro camino que el mismo guía calificó de más seguro, puesto que lo garantizan, la antisepsia y asepsia con sus admirables prodigios. Pruebas de lo que afirmo son: que la cifra de casos perdidos por falta de intervención y hasta de diagnóstico, es mucho mayor que el de salvados sin ella; que acrece el número de éxitos favorables mientras más temprano se opera; y que los fracasos quirúrgicos sobrevienen cuando se acepta tarde la cirugía; por último, respecto á las intervenciones «*en frío*,» la verdad es que son excepcionales. Entre nosotros un paciente que no se sometió á la operación durante grave peligro, prefiere ya salvado aventurarse á la posibilidad de una recaída, y no se opera en salud; únicamente se harán con frecuencia apendictomías preventivas, cuando surja un especialista dedicado exclusivamente á esta tarea, como en E. U. del Norte, entonces la corriente de la moda y hermosos éxitos, empujarán á los enfermos en esa dirección, lo que es de desearse.



Salón de Sesiones de la Academia N. de Medicina de México.



Biblioteca de la Academia N. de Medicina de México, inaugurada el día 8 de agosto de 1906.