

---

# GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIODICO

DE LA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO.

---

## CLINICA INTERNA.

---

### INDICACIONES OPERATORIAS DE LA APENDICITIS.

---

SEÑORES ACADÉMICOS:

En cumplimiento de una obligación reglamentaria, vengo esta noche á decir algunas palabras sobre una cuestión de gran importancia práctica, que tanto interesa á los médicos como á los cirujanos; se trata de uno de esos problemas, cuya solución puede ser de apremiante urgencia; por lo cual es necesario tener previamente establecida una regla de conducta para evitar torpes precipitaciones ó malsanos abstencionismos, pues unos y otros son de resultados desastrosos.

Es mi intención puntualizar hasta donde es posible, las indicaciones operatorias en la apendicitis aguda, basándome para ello en la práctica que pude observar durante mi estancia en Europa, donde este padecimiento es notablemente frecuente, práctica que me ha servido de norma en los casos de apendicitis que en México he tenido á mi cuidado.

Tanto se ha hablado de apendicitis desde la Prensa y la Cátedra, como en las academias y congresos, que á nadie debe extrañar que traiga á esta honorable corporación este asunto para su debate, con la esperanza de que la ilustración de mis ilustrados consocios ayudará muy eficazmente á su esclarecimiento.

¿Cuándo se debe operar en la apendicitis? Tal es la cuestión.

No es la primera vez que de ella me ocupo; ya en la prensa, bien en el seno de otras agrupaciones, he llamado la atención del público médico hacia este importante asunto.

Y todavía hoy vengo á insistir sobre ese tema; porque tengo motivos para creer que en México no se le ha dado la importancia debida á la materia, y además, deseo comunicar ciertos hechos recientes de mi práctica que me han confirmado en el criterio que sobre el asunto pude formarme al lado de los demás idóneos cirujanos.

Es creencia general que la apendicitis es un padecimiento raro en México, y á juzgar por la estadística hospitalaria, tal creencia sería justificada.

Efectivamente, en los tres años que lleva de establecido el Hospital General, son verdaderamente contados los casos que de apendicitis hemos observado.

Mas no sucede lo mismo en la práctica civil en que, si bien no son de todos los días, tampoco son tan escasos los padecimientos apendiculares.

¿De qué depende esta diferencia? Quizás deba encontrarse la explicación en el diferente régimen alimenticio. Se ha sostenido, en efecto, que las gentes que hacen mayor consumo de las substancias azoadas en su alimentación, estarían más particularmente expuestas á sufrir del apéndice; mientras que las vegetarianas, por lo contrario, ofrecerían mucho menos susceptibilidad. Así se explicaría por qué la población hospitalaria, cuyo mayor contingente proviene del bajo pueblo que se alimenta casi exclusivamente de cereales, presentaría rarísima ocasión accidentales apendiculares.

Lo que parece fuera de duda es que la apendicitis se encuentra más á menudo entre los individuos constipados, y como la constipación no es cosa común en nuestro pueblo, por eso en éste la apendicitis no sería tan frecuente.

Si todavía quedan dudas sobre la patogenia de la apendicitis á pesar de los esfuerzos del Prof. Dieulafoy, es ampliamente conocida la anatomía patológica de este padecimiento y de sus consecuencias inmediatas, las diversas formas de peritonitis, gracias á la enorme actividad quirúrgica de los últimos años en los que millares de casos en todas sus modalidades, desde las más graves hasta las más benignas, han pasado bajo el bisturí del cirujano, sorprendiéndose así las lesiones en todos los períodos evolutivos.

Tanto estos trabajos como los resultados de las autopsias han

puesto fuera de duda este hecho: que no hay base positiva alguna para admitir lo que antes se llamó tiflitis estercoral. Por eso ahora se considera su existencia enteramente dudosa.

Pero sí, es verdad, que ciertas lesiones del ciego, cuando son perforantes pueden ocasionar fenómenos peritonícticos semejantes á los que producen ciertas apendicitis, lo cual aunque constituye excepción, hay que tenerlo presente en la práctica. Se trata en esos casos más comunmente de lesiones tuberculosas, ya cancerosas, ya actinomicósicas y más rara vez, sifilíticas.

Dejando á un lado estas lesiones que constituyen un conjunto menor del 10<sup>o</sup>/o de los casos (9<sup>o</sup>/o según Eichhorn y Bollinger), se tienen en anatomía patológica las formas siguientes, sin tener en consideración las crónicas:

1<sup>o</sup> Apendicitis siempre limitada á las paredes del órgano, si mucho con adherencias á las partes cercanas.

2<sup>o</sup> Apendicitis y peritonitis sero-fibrinosa.

3<sup>o</sup> Apendicitis purulenta circunscrita en un foco.

4<sup>o</sup> Apendicitis y peritonitis séptica difusa.

5<sup>o</sup> Apendicitis con flemón retrocecal.

6<sup>o</sup> Apendicitis y peritonitis supurada de focos múltiples.

7<sup>o</sup> Apendicitis é infección piohémica.

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de estas lesiones?

Desgraciadamente en la clínica no pueden caracterizarse netamente todas las formas anatómicas arriba mencionadas, y de esta gran dificultad en el diagnóstico depende la incertidumbre que ha rodeado el tratamiento de la apendicitis.

Siendo el apéndice un órgano casi siempre intraperitoneal, pues que sólo se habría encontrado una vez sobre 200 fuera del peritoneo, el gran peligro de la apendicitis reside en la participación de la serosa en el proceso infeccioso; por eso la cuestión capital en el diagnóstico, es reconocer si la infección ha pasado del apéndice al peritoneo; pues mientras que la apendicitis simple no requiere intervención quirúrgica, la que se acompaña de una infección peritoneal marcada, obliga á pensar en una operación precoz.

La apendicitis simple se caracteriza por manifestaciones locales de muy poca intensidad, jamás hay defensa muscular, aunque á veces el dolor espontáneo es de gran agudeza; vómitos raros, reacción muy moderada ó nula, pulso siempre bueno.

Casos como éstos evolucionan hacia la resolución en dos ó tres días.

La apendicitis con participación séptica del peritoneo, ofrece dos modalidades, según que se trata de un proceso difuso ó circunscrito.

Cuando de la forma difusa se trata, el cuadro es de gravedad suma, y se caracteriza por la brusca y rápida invasión generalizada de la serosa peritoneal, que se manifiesta por el dolor extendido á todo el vientre y la existencia de contractura muscular en ambos lados del vientre; vómitos tenaces y fiebre alta, á la cual sucede en breve el colapsus.

En la apendicitis con peritonitis inicialmente circunscrita, se registran todos aquellos casos en los cuales el proceso periapendicular, al menos en las primeras 36 ó 48 horas, ofrece una localización marcada, y por de contado, los que durante toda la evolución la conservan.

Estos casos que son los más numerosos en la práctica, se distinguen por un principio más ó menos brusco, teniendo á veces algunos prodromos consistentes en determinadas perturbaciones del aparato digestivo, y se marca por la aparición del dolor, los vómitos y la fiebre. Hay veces, y no son raras, que estos síntomas no aparecen coetáneamente; en lo general vienen en el orden que he enunciado.

El dolor inicial generalmente es peri-umbilical y nada suele distinguirlo del producido por un simple cólico intestinal; mas ya en las primeras 24 horas el cuadro ha tomado caracteres más definidos: aparece la fiebre y la exploración encuentra signos de importancia: el empastamiento en la fosa iliaca derecha, el dolor ordinariamente en el punto llamado de Mac Burney, que por lo demás puede faltar, la hiperestesia cutánea, y la contractura muscular, dato de inmenso valor por su constancia.

La marcha que siguen estos casos de intensidad media es variable. La mayor parte terminan en la resolución en el término de cinco á seis días, otras veces se resuelven en un absceso, en otras ocasiones toman el giro de las formas graves, peritonitis difusa, rápidamente mortal, peritonitis de focos múltiples, piohemía.

Con las consideraciones que anteceden ya tenemos los elementos para formular las indicaciones operatorias, y desde lue-

go se desprende que hay ciertas indicaciones para intervenir con carácter urgente, de un modo terminante, preciso, y son á saber: en la peritonitis difusa inicial ó en la secundaria, por apertura de un foco en la serosa libre, inmediatamente que caen bajo el dominio del cirujano.

En Europa y Estados Unidos el principio de la operación precoz, aun en los casos de intensidad media, gana cada día más partidarios: esa práctica salvaría el mayor número de enfermos, según los datos de la estadística, pero con la condición imprescindible de que la operación sea practicada dentro de las primeras 36 ó 48 horas á más tardar.

La operación precoz, en estos casos, tiene por objeto impedir la infección grave del peritoneo por medio de la extirpación del apéndice; para que sea eficaz se requiere que se practique en tiempo oportuno. Ahora bien, las estadísticas de numerosos operadores han demostrado hasta la evidencia que cuanto más se aleja del principio el acto operatorio, se corre más riesgo de encontrar pus en la cavidad peritoneal, no llenando pues la operación su objeto, que es impedir la infección seria de la serosa, y aun produciendo un efecto contraproducente. es decir, facilitar la difusión de los gérmenes patógenos.

El pronóstico de la operación después del segundo día es de tal manera grave, que actualmente los cirujanos están de acuerdo en abstenerse de operar, recurriendo simplemente al tratamiento médico, pues esto resulta más ventajoso para el enfermo.

En vista de los hechos conquistados ya por la cirugía, yo no vacilo en calificar de temeraria la conducta de algunos cirujanos que proponen una operación sin discernir cuándo debe practicarse.

Hasta ahora en mi práctica, rarísima ocasión se me ha ofrecido de pensar en una operación precoz, dentro de las primeras 48 horas; pues casi todos los casos que he visto, sea directamente ó ya en consulta, han sido ó sumamente benignos ó bien en el tercer día de la enfermedad y aun más tarde.

En semejantes circunstancias, mi papel en las juntas facultativas, ha sido oponerme tenaz y firmemente á toda intervención mientras no se presente la peritonitis difusa; caso que, por fortuna, no ha ocurrido.

Entonces es cuando he podido convencerme, de que entre

muchas de las personas que ejercen la cirugía, no digo yo entre los médicos, no se tiene una concepción clara de lo que es la operación llamada en caliente y se cree erróneamente que está justificada en cualquier momento del período agudo.

Operar después del segundo día, actualmente se llama operar en el período intermedio y eso es permitido, y forzoso hacerlo, cuando el proceso toma un giro difuso ó cuando se trata de desbridar uno ó varios abscesos.

La desbridación del absceso peri-apendicular se practica generalmente después del 5º ó 6º día y es una operación de pronóstico relativamente benigno; pues en ese tiempo ya se han organizado las defensas peritoneales y no se corre, pues, gran peligro de difundir la infección con el acto operatorio.

Lo que puede acontecer es que no se neutralice la infección con la formación de un foco; sino que á uno sucede otro y aún otros: formas son estas muy graves de las que rarísima vez triunfa la cirugía.

Diagnosticar la formación de pus en el vientre, no es cosa siempre sencilla; suele ser sumamente difícil, y sin embargo hay que empeñarse en hacer ese diagnóstico en tiempo oportuno; pues si bien, en lo general, no hay inconveniente en esperar el 6º ó 7º día, tanto menos, cuanto que aún habiéndose presentado signos de invasión séptica del peritoneo, el proceso termina á menudo por la resolución entre el 5º y el 6º día, no se debe aplazar indefinidamente ese diagnóstico; pues no hay que olvidar que un foco puede abrirse en la serosa libre, determinando una peritonitis sobreaguda, para la cual nos encontramos casi desarmados, ó bien la sepsis tomar creces y producir la peritonitis de focos múltiples ó la infección piohémica, lo cual se pudiera haber evitado con una oportuna intervención.

Tres son las principales guías para llegar á ese diagnóstico: la marcha de la temperatura, la determinación de la fórmula leucocitaria y la consideración del estado local.

De ordinario las recientes supuraciones del vientre no producen, como cuando pasan al estado subcrónico, la fiebre de supuración ó de reabsorción, caracterizada en todo su tipo por el acceso febril precedido de un calosfrío más ó menos marcado y seguido de un estado de sudor.

La fiebre se enciende bruscamente en la apendicitis y guarda

un tipo subcontinuo ó remitente; si esta fiebre no desciende del 5º al 6º día, hay fuertes indicios para creer que el proceso ha pasado á la supuración.

Hay veces que pasados dos ó tres días la temperatura desciende á la normal; parece que todo va á entrar en orden próximamente; pero apenas la apirexia ha durado 24 ó 48 horas cuando vuelve la fiebre, á la vez que se marca una exacerbación en los fenómenos locales. En casos como estos, la existencia de un absceso es muy probable y de ningún modo es aventurado abrir el vientre en su busca.

Desgraciadamente no siempre es posible consultar este signo, pues sucede, aunque rara vez, que después de una ascensión de 38º5 ó 39º se establece la temperatura normal y aún la hipotermia, como últimamente he observado un caso, que después referiré.

Sonnemburg, el distinguido cirujano berlinés, es uno de los que con más entusiasmo han preconizado el valor diagnóstico y pronóstico de la cifra leucocitaria en las supuraciones de origen apendicular, y con sus escritos y los trabajos proseguidos por sus alumnos se ha trabajado eficazmente en su vulgarización.

Actualmente se considera como un deber investigar el estado leucocitario de la sangre en los enfermos atacados de apendicitis, deber que yo siempre he tenido presente en mi práctica, habiendo obtenido las más veces indicaciones de importancia.

Los casos de apendicitis de mediana intensidad, con empastamiento y contractura muscular, se acompañan en lo general de una polileucocitosis, denunciada ya en el tercer día y quizás antes, aunque esto último no he tenido lugar de comprobarlo. Esa leucocitosis va aumentando los días siguientes, declinando bruscamente cuando el proceso termina por la resolución, generalmente en el 5º día.

Cuando ha persistido después de este tiempo, coincidiendo con la continuación de la fiebre, aunque con mejoría del estado local, apoyado en esos dos signos he abierto el vientre, encontrando el pus.

Mas como nada hay absoluto, sucede á veces, y yo lo he visto, que aunque haya existido pus no se ha encontrado la polileucocitosis; pero en esos caso se ha podido sacar algún partido de la proporción relativa de los diversos leucocitos; ya se sabe que

si hay un predominio notable de los grandes polinucleares, indica tendencia á la supuración.

Es raro, muy raro, que al 5º ó 6º día de una periapendicitis se pueda observar una fluctuación marcada, aún buscada por la palpación bimanual, á no ser que la colección ocupe el fondo de saco de Douglas.

He podido comprobar la fluctuación en abscesos enfriados en la tercera ó cuarta semana, cuando hacen fuerte prominencia en la fosa ilíaca derecha, como si se tratara de un absceso de esta última región; mas con todo que es difícil, hay que buscar este signo no sólo en la dirección arriba indicada, sino aún en la dirección del flanco y la fosa ilíaca izquierda, bien que es frecuente que tal exploración no conduzca á resultado alguno.

El edema de la pared, si bien no siempre es apreciable, es un signo de inmensa importancia; no se trata siempre de un edema marcado, de modo que fácilmente puede pasar inadvertido.

Réstame sólo decir un último recurso para comprobar la existencia del absceso, la punción exploradora, la cual según el Profesor Körte no tendría inconveniente aún pasando al través de una asa intestinal.

Por mi parte confieso que nunca la he practicado; mas en caso que á tal me decidiera, sería estando materialmente en momentos de intervenir.

Para concluir, voy á dar cuenta en breves palabras de dos casos de fenómenos peritoneales agudos terminados en supuración circunscrita, que últimamente he observado, supuración que fué diagnosticada por los medios que he indicado.

El Sr. E. F. es un individuo de elevada estatura, de complexión robusta, vientre muy cargado de grasa y cuenta 42 años; ha tenido como antecedentes patológicos, fenómenos de litiasis biliar y algunos cólicos intestinales á grandes intervalos; se dedica á trabajos de escritorio, llevando, pues, una vida sedentaria, á la que atribuye su habitual constipación. Este señor, después de un ataque de gripa que duró cerca de una semana, y cuando tenía dos días en convalecencia, tuvo el 9 de Febrero de este año, en las primeras horas de la mañana, un intenso dolor en la zona peri-umbilical.

El enfermo tuvo dos ó tres evacuaciones espontáneas y tomó

á medio día un purgante de aceite de ricino. Por la noche el termómetro marcó 37.8.

Febrero 10. Dolor intenso en el flanco y fosa ilíaca derechos, vómitos de alimentos. Temperatura 39.8. Se diagnosticó apendicitis y se prescribió la aplicación helada continua.

Por la noche la temperatura fué 39°.

Febrero 11. Dolor circunscrito en la fosa ilíaca, empastamiento; el intestino deja pasar gases. Temperatura 38.6.

Febrero 12. En ese día ví al enfermo por la primera vez en consulta con el médico de cabecera. Había dolor marcado en el punto llamado de Mac Burney, defensa muscular en el mismo lado, meteorismo no muy marcado, no había vómitos. Temperatura 38.3. Puleo 112.

El diagnóstico era evidente: se trataba de una apendicitis con infección séptica del peritoneo, de carácter circunscrito, y expresé que en mi sentir, no se debía operar sino es que el proceso se tornara en difuso ó bien se marcara la existencia de un absceso. Mientras se continuó la aplicación de hielo, la medicación opiácea y una dieta rigurosa, en una palabra, el tratamiento instituido por el médico de cabecera.

Después de una remisión pasajera de los síntomas generales y locales, al sexto día de la enfermedad se notó un recrudecimiento, que se mantuvo el día siguiente, y habiéndose encontrado una polileucocitosis marcada, 18,000 por m. m. c., se consideró indicado intervenir en busca de la supuración.

El día 18, nueve días después del principio, practiqué una incisión como de 18 centímetros, la cual en sus dos tercios superiores tenía una dirección longitudinal en el flanco derecho, y á una distancia como de tres centímetros de la espina ilíaca anterior y superior se encurvaba para tomar una dirección casi paralela al arco de Poupard. Esta incisión no es la que se usa de ordinario; yo la practiqué así por necesidad, habiendo notado sobre el flanco una ligera prominencia y huellas de edema en la piel de esa región.

Después de pasar por un enorme espesor de tejidos, circunstancia debida á la corpulencia del sujeto, se dió salida á una buena cantidad de pus y se canalizó debidamente el foco. El absceso estaba situado atrás y afuera del ciego.

Como no se encontrara á mano el apéndice no se hizo su ex-

tirpación, lo cual sucede á menudo en esos casos, no siendo de ningún modo permitido exponerse á destruir adherencias peritoneales defensivas, por ir en busca del apéndice. Por lo demás, la extirpación de ese órgano no es en esos momentos el objeto de la operación; sino la peritonitis supurada, dejando para más tarde la operación radical de la apendicitis, que es de rigor aconsejar cuando se tiene motivo para creer que aún existe en el vientre.

El resultado de la operación fué enteramente satisfactorio, descendiendo la temperatura en la noche de aquel día y el paciente entró en un período de franca mejoría.

En la actualidad su herida está sólidamente cicatrizada, habiéndose tenido la fortuna de que no persistiera alguna fístula, lo cual suele suceder.

El otro caso es interesante por demás.

El 30 de Febrero de este año entró al Pabellón de mi cargo en el Hospital General, María Isabel Salas á curarse de una fístula situada en la fosa ilíaca derecha. Esta mujer, como de 50 años de edad, ofrecía enflaquecimiento marcado y una palidez caquética; tenía el muslo derecho en flexión sobre la pelvis y presentaba una escara de decúbito en el gran trocánter de ese lado.

Desde hacía mucho tiempo, años, que había padecido trastornos gastro-intestinales, consistentes en diarrea principalmente y desde hacía tres que llevaba aquel orificio fistuloso en la fosa ilíaca, muy poco arriba de la mitad del arco de Falopio. De aquel orificio salía un pus icoroso, que tenía todo el aspecto del tuberculoso, y se admitió que se trataba de una fístula consecutiva á una lesión tuberculosa, probablemente situada en el ilíaco, aunque la exploración del trayecto, quizás por sus sinuosidades, no permitía tocar el hueso descubierto.

El estado general de la paciente estaba en tan malas condiciones que resolví instituir un tratamiento general adecuado antes de intervenir, con el propósito de curar aquella fístula.

Pero he aquí que el primero del mes en curso esta mujer acusó un intenso dolor en el vientre en la zona supra-umbilical, para el cual el médico de guardia ministró una inyección de morfina. Al día siguiente que ví á la paciente me dijo que el dolor había continuado á pesar de la inyección y daba muestras

de un intenso sufrimiento á juzgar por el facies contraído de la paciente.

El vientre estaba retraído, difusamente doloroso á la presión, y había contractura de ambos rectos del abdomen, más marcada en el lado derecho; algunos vómitos, retención de materias; temperatura 38.5; pulso pequeño concentrado á 130 veces por minuto. Aquello era el cuadro de una peritonitis séptica difusa, como si hubiera habido una ruptura visceral, y á no ser por el estado caquéctico de la enferma y aquel pulso de 130, no habría vacilado en abrir el vientre desde luego. El examen de los genitales resultó negativo y no había antecedentes de úlcera gástrica.

Llamado un compañero en consulta apoyó la opinión de esperar, en vista de la enorme gravedad del estado general.

Al día siguiente la temperatura había descendido, la cual no se levantó más; el pulso era de 118 y había alguna disminución de los fenómenos locales; seguía la retención de materias y los vómitos; todavía no se encontró un exudado marcado en la fosa ilíaca, más bien parecía haberlo en los flancos de ambos lados.

En los días siguientes había notable mejoría á juzgar por el estado del pulso, que oscilaba entre 104 y 116; la temperatura estaba bajo la normal.

El día 5 hubo dos evacuaciones intestinales espontáneas, pero los fenómenos locales no cedían; mas tendían á circunscribirse en la fosa y flanco derechos; comenzó á notarse matitez en la fosa contrastando con el meteorismo existente en el resto del vientre. Los vómitos eran menos frecuentes y el facies menos angustioso.

Se hizo analizar la sangre y se encontró un aumento en la cantidad de los polinucleares; la cifra leucocitaria total no estaba aumentada.

En vista de la persistencia de los fenómenos peritoneales y contando entonces con un pulso en regulares condiciones, sostenido como estaba por frecuentes inyecciones de suero, y algunas dosis de cafeína y estriquina, decidí el día 10 abrir el vientre, inclinándonos á la laparotomía paramediana derecha que fué la que practiqué, por haber notado un ligerísimo edema de ese lado, no habiendo un empastamiento marcado en la región que indicara de un modo preciso la incisión sobre esta re-

gión. La incisión en el borde externo del recto, dió paso á una enorme cantidad de pus horriblemente fétido, cuyo foco fué debidamente canalizado con gruesos tubos.

Examinando entonces el trayecto fistuloso se encontró que se perdía profundamente en el tejido celular subperitoneal de la fosa ilíaca, y esta lesión no tenía ninguna relación directa con el foco supurativo peritifítico.

He usado de propósito esta palabra, porque aunque de ningún modo tengo la seguridad, no es inverosímil, en consideración del estado anterior de la paciente, que la infección peritoneal con los caracteres de difusión que presentó en el principio, fuera debida á lesiones tuberculosas perforantes del ciego, y no de origen netamente apendicular.

El alivio proporcionado á la enferma fué de consideración; cesó la reacción peritoneal difusa, su herida se puso en vía de curación; pero sobrevino una diarrea incoercible y la paciente falleció el 22 del mismo mes, doce días después de la operación.

Desgraciadamente no pudo ser practicada la autopsia por haber sido recogido el cadáver por la familia.

En resumen:

1º La apendicitis simple no requiere operación.

2º La apendicitis con infección difusa inicial, debe operarse inmediatamente, contando con el buen estado del pulso.

3º La apendicitis purulenta generalizada, consecutiva, debe operarse desde luego, aunque el pulso esté en malas condiciones, pues es la única esperanza de salvación.

4º Los casos de apendicitis de intensidad media, si por algún motivo no han podido operarse precozmente dentro de las primeras 36 ó 48 horas, tienen mejor pronóstico tratados médicamente, y por lo mismo es de aconsejarse la abstención, mientras el proceso no se generalice ó no se muestre la existencia de un absceso, el cual es denunciado, por la marcha de la temperatura, el estado local y la fórmula leucocitaria.

5º Pasado el 5º ó 6º día, diagnosticado un absceso, se debe operar lo más pronto posible.

México, Abril 29 de 1908.

M. GODÓY ALVAREZ.