BIBLIOTECA MEDICA DI ROMA

Año 1917 Núm. 3322

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

APENDICITIS TUBERCULOSA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

CARLOS N. RODRIGUEZ

BIBLIOTECA MEDICA DI ROMA

"LAS CIENCIAS"
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 · BUENOS AIRES

APENDICITIS TUBERCULOSA

Año 1917 Núm. 3322

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

APENDICITIS TUBERCULOSA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CARLOS N. RODRIGUEZ

"LAS CIENCIAS"
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 · BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 *del R. de la F.*

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros titulares

1. Dr. D. EUFEMIO UBALLES
2. „ „ PEDRO N. ARATA
3. „ „ ROBERTO WERNICKE
4. „ „ JOSÉ PENNA
5. „ „ LUIS GÜEMES
6. „ „ ELISEO CANTON
7. „ „ ANTONIO C. GANDOLFO
8. „ „ ENRIQUE BAZTERRICA
9. „ „ DANIEL J. CRANWELL
10. „ „ HORACIO G. PIÑERO
11. „ „ JUAN A. BOERI
12. „ „ ANGEL GALLARDO
13. „ „ CARLOS MALBRAN
14. „ „ M. HERRERA VEGAS
15. „ „ ANGEL M. CENTENO
16. „ „ FRANCISCO A. SICARDI
17. „ „ DIOGENES DECOUD
18. „ „ BALDOMERO SOMMER
19. „ „ DESIDERIO F. DAVEL
20. „ „ GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. „ „ DOMINGO CABRED
22. „ „ ABEL AYERZA
23. „ „ EDUARDO OBEJERO
24. „ „ PEDRO BENEDIT

Secretario general

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. „ „ EMILIO R. CONI
3. „ „ OLHINTO DE MAGALHAES
4. „ „ FERNANDO WIDAL
5. „ „ ALOYSIO DE CASTRO
6. „ „ CARLOS CHAGAS
7. „ „ MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
„ „ ELISEO CANTON
„ „ ANGEL M. CENTENO
„ „ DOMINGO CABRED
„ „ MARCIAL V. QUIROGA
„ „ JOSÉ ARCE
„ „ EUFEMIO UBALLES (con lic.)
„ „ DANIEL J. CRANWELL
„ „ CARLOS MALBRAN
„ „ JOSÉ F. MOLINARI
„ „ MIGUEL PUIGGARI
„ „ ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)
„ „ FANOR VELARDE
„ „ IGNACIO ALLENDE
„ „ MARCELO VIÑAS
„ „ PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. P. CASTRO ESCALADA
DR. D. JUAN A. GABASTOU

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
„ JUVENCIO Z. ARCE
„ PEDRO N. ARATA
„ FRANCISCO DE VEYGA
„ ELISEO CANTON
„ JUAN A. BOERI
„ FRANCISCO A. SICARDI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	„ LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva	„ RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva	„ R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva	„ JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	„ PEDRO BELOU
Histología	„ RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	„ ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	„ HORÁCIO G. PIÑERO
Bacteriología	„ CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica	„ PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	„ RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	„ GREGORIO ARAOZ ALFARO „ DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	„ AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	„ TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	„ JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	„ DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	„ LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	„ BALDOMERO SOMMER
„ Génito-urinarias	„ PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	„ JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica	„ JOSÉ PENNA
„ Oto-rino-laringológica	„ EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	„ MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica	„ ENRIQUE B. DEMARIA
„ Médica	„ LUIS GUEMES
„ Médica	„ LUIS AGOTE
„ Médica	„ IGNACIO ALLENDE
„ Médica	„ ABEL AYERZA
„ Quirúrgica	„ PASCUAL PALMA
„ Quirúrgica	„ DIOGENES DECOUD
„ Quirúrgica	„ ANTONIO C. GANDOLFO „ MARCELO T. VIÑAS
„ Neurológica	„ JOSÉ A. ESTEVES
„ Psiquiátrica	„ DOMINGO CABRED
„ Obstétrica	„ ENRIQUE ZARATE
„ Obstétrica	„ SAMUEL MOLINA
„ Pediátrica	„ ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	„ DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	„ ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	Dr. DANIEL J. GREENWAY
Histología	„ JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	„ JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica	„ JOSÉ F. MOLINARI
„ Médica	„ PATRICIO FLEMING
„ Dermato-sifilográfica	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
„ Génito urinaria	„ BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica	„ JOSÉ R. SEMPRUN
	„ MARIANO ALURRALDE
Clínica Pediátrica	„ ANTONIO F. PIÑERO
	„ MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
„ Quirúrgica	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología Interna	„ RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica	JOSÉ T. BORDA
	„ BENJAMIN T. SOLARI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	Dr. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica	„ GUILLERMO SEEBER
	„ SILVIO E. PARODI
Anatomía Descriptiva	„ EUGENIO GALLI
	„ JUAN JOSE CIRIO
Fisiología general y humana	„ FRANK L. SOLER
	„ BERNARDO HOUSSAY
	„ RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología	„ GERMAN ANSCHUTZ
Química Biológica	„ SALVADOR MAZZA
	„ BENJAMIN GALARCE
Higiene Médica	„ FELIPE JUSTO
	„ MANUEL V. CARBONELL
Semeiología y ejercicios clínicos	„ CARLOS BONORINO UDAONDO
	„ ALFREDO VITON
Anatomía Patológica	„ JOAQUIN LLAMBIAS
	„ ANGEL H. ROFFO
Materia Médica y Terapia	„ JOSE MORENO
Medicina Operatoria	„ ENRIQUE FINOCCHIETTO
	„ CARLOS ROBERTSON
Patología externa	„ FRANCISCO P. CASTRO
	„ CASTELFORT LUGONES
	„ ENRIQUE M. OLIVIERI
	„ ALEJANDRO CEBALLOS
Clínica Dermato-sifilográfica	„ NICOLAS V. GRECO
	„ PEDRO L. BALIÑA
„ Epidemiológica	„ FERNANDO R. TORRES
	„ FRANCISCO DESTEFANO
	„ ANTONINO MARCO DEL PONT
„ Oftalmológica	„ ADOLFO NOCETI
„ Oto-rino-laringológica	„ JUAN DE LA CRUZ CORREA
	„ MARTIN CASTRO ESCALADA
Patología Interna	„ PEDRO LABAQUI
	„ LEONIDAS JORGE FACIO
	„ PABLO M. BARLARO
	„ EDUARDO MARINO
Clínica Quirúrgica	„ JOSE ARCE
	„ ARMANDO R. MAROTTA
	„ LUIS A. TAMINI
	„ MIGUEL SUSSINI
	„ ROBERTO SOLE
	„ PEDRO CHUTRO
	„ JOSE M. JORGE (hijo)
	„ OSCAR COPELLO
	„ ADOLFO F. LANDIVAR
Clínica Neurológica	„ VICENTE DIMITRI
	„ ROMULO H. CHIAPPORI
	„ JUAN JOSE VITON
	„ PABLO J. MORSALINE
	„ RAFAEL A. BULLRICH
	„ IGNACIO IMAZ
„ Médica	„ PEDRO ESCUDERO
	„ MARIANO R. CASTEX
	„ PEDRO J. GARCIA
	„ JOSE DESTEFANO
	„ JUAN R. GOYENA
	„ JUAN JACOBO SPANGENBERG
	„ MAMERTO ACUÑA
„ Pediátrica	„ GENARO SISTO
	„ PEDRO DE ELIZALDE
	„ FERNANDO SCHWEIZER
	„ JUAN CARLOS NAVARRO
„ Ginecológica	„ JAIME SALVADOR
	„ TORIBIO PICCARDO
	„ CARLOS R. CIRIO
	„ OSVALDO L. BOTTARO
	„ ARTURO ENRIQUEZ
	„ A. PERALTA RAMOS
„ Obstétrica	„ FAUSTINO J. TRONGE
	„ JUAN B. GONZALEZ
	„ JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	„ JUAN A. GABASTOU
	„ ENRIQUE A. BOERO
Medicina Legal	„ JOAQUIN V. GNECCO
	„ JAVIER BRANDAN
Clínica Psiquiátrica	„ ANTONIO PODESTA
	„ AMABLE JONES

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Primer año:	
Anatomía, Fisiología, etc.	Dr. J. C. LLAMES MASSINI
Segundo año:	
Parto fisiológico	„ MIGUEL Z. O'FARRELL
Tercer año:	
Clínica obstétrica	„ FANOR VELARDE
Puericultura	„ UBALDO FERNANDEZ

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía y Fisiología comparadas	Dr. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica	„ JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica..	„ MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal...	„ ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica ...	„ FRANCISCO C. BARRAZA
Técnica farmacéutica (1er. curso).	„ J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Etica y Legislación.....	„ RICARDO SCHATZ
Química analítica general	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial	Sr. JUAN A. DOMINGUEZ
Técnica farmacéutica (2.º curso)..	Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Física farmacéutica	Dr. TOMAS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica..	„ ANGEL SABATINI „ EMILIO M. FLORES
Técnica farmacéutica	Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA „ PASCUAL CORTI
Química farmacéutica orgánica....	Dr. PEDRO J. MÉSIGOS „ LUIS GUGLIALMELLI
Farmacognosia especial	Sr. OSCAR MIALOCK
Química analítica general	Dr. JUAN A. SANCHEZ

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas...	——
Mineralogía y Geología.....	——
Botánica (2.º curso). Bibliografía botánica argentina	——
Química analítica aplicada (Medicamentos)	D.: JUAN A. SANCHEZ (supl. en ejerc.)
Química biológica	„ PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología)	——
Física general	——
Bacteriología	Dr. CARLOS MALBRAN
Toxicología y Química legal.....	„ JUAN B. SEÑORANS

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año	Dr. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	„ LEON PEREYRA
3er. año .....p	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	Sr. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

DR. D. ALEJANDRO CABANNE
DR. D. TOMÁS S. VARELA (2.o año)
SR. D. JUAN U. CARREA (Protesis)
SR. D. CIRO DURANTE AVELLANAL (1er año)

Padrino de tesis:

Profcsor Dr. ANTONIO C. GANDOLFO

Académico, Consejero y Profesor titular
de Clínica Quirúrgica

AL MAESTRO Y AMIGO:

DR. R. ARMANDO MAROTTA

A MI ESPOSA E HIJOS

A LA MEMORIA DE MI MADRE

A MI PADRE

A LOS MIOS

A MIS AMIGOS

Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Cumpliendo con el reglamento de la Facultad, que para obtener el título de Doctor en Medicina nos exige, presento a vuestra elevada consideración y criterio este trabajo, que versa sobre «Apendicitis tuberculosa» y espero lo juzgaréis con benevolencia.

Al profesor Dr. Antonio C. Gandolfo, que me honra como padrino al acompañarme en este acto y me permite seguir recogiendo su inmensa experiencia clínica y quirúrgica, mi eterna gratitud.

A los profesores Dres. Pedro Benedit y Justiniano Ledesma, mi profundo agradecimiento.

Al maestro Dr. R. Armando Marotta, quien me sugirió el tema y que con todo cariño y gentileza, colaboró conmigo en este trabajo, mi reconocimiento.

A los Dres. Jorge Leyro Díaz y Adolfo Landivar, mi singular aprecio.

HISTORIA

La apendicitis tuberculosa, afección relativamente rara y cuya historia muy importante ha ido desenvolviéndose a medida que progresaba la cirugía abdominal.

La primera observación es hecha en el siglo XIX, en el año 1837 por Corbin (de Orleans) y en la misma época Hallowell en Norte América, observa otro caso de apendicitis tuberculosa.

Después varios observadores hacen diversas comunicaciones, contándose entre éstos a Bodart en el año 1844, Simón en 1847, Favre en 1851, Dufour en 1852 y en el mismo año, la comunicación de Broca.

La mayoría de estos casos se relacionan a peritonitis subagudas por perforación apendicular y cuya sintomatología ruidosa era necesaria para llamar la atención sobre la apendicitis, en una época en que los resultados de la cirugía abdominal eran desconsoladores y la patología del apéndice estaba por escribirse.

Clers y Albers en Alemania, Habersohn en Inglaterra, incidentalmente tratan la cuestión, sin traer casos nuevos. Es Leudet de Rouen en el año 1859, quien puso bien de relieve la relación de la apendicitis con la tuberculosis, exagerando mucho en la patogenia de la apendicitis y de las perforaciones el rol de la tuberculosis.

Spillmann en el año 1878, en su tesis de agregación hace un notable estudio de la anatomía patológica de la apendicitis tuberculosa.

Después de estas diversas observaciones y estudios, la apendicitis tuberculosa cae en las sombras del olvido, así como también toda la patología del apéndice secal. Diez años después o sea en el año 1888 Biggs, citado por Bouglé, publica un trabajo sobre la tuberculosis del apéndice, sin dar nuevos detalles sobre lo ya conocido.

Pilliet y Hartmenn en 1891, citan un caso de tuberculosis ileo-cecal, con predominio de las lesiones en el apéndice y Roux de Lausanne, en el mismo año, menciona tres casos de apendicitis tuberculosa. — En el año 1892 la Sociedad de Cirugía, llama nuevamente la atención a este respecto y entonces varios observadores como : Bouilly, Terrier, Delorme, Richelot, etc. ;

presentan varios casos de apendicitis tuberculosa, que renuevan la atención respecto a esta localización de la enfermedad.

En años siguientes se publica en Francia y en otros países, varios casos aislados de apendicitis tuberculosa ; Reclus, Sonnenburg y otros, también, estudian la cuestión publicando nuevas observaciones clínicas.

Aynes de Bordeaux, en el año 1896, en su tesis, hace el primer estudio de conjunto, pero confundiendo los casos de apendicitis tuberculosa con los de la tuberculosis ileo-cecal.

Un año más tarde Letulle y Weinberg, describen la anatomía patológica de las lesiones apendiculares y debida a esta descripción, queda bien dilucidada la patología de la apendicitis tuberculosa.

Natale Palermo, en 1904, publica un interesante trabajo y en Filadelfia, Kelly y Hurdon escriben un capítulo muy importante de apendicitis tuberculosa.

En Alemania, Sprengel estudia de una manera completa las lesiones tuberculosas del apéndice.

En el año 1905, Petit, presenta su tesis estudiando la apendicitis tuberculosa y dando nuevos conocimientos y rumbos al tratamiento de esta afección. En este mismo año Chavannaz, lleva al Congreso de Ciru-

gía tres observaciones, Paoli (Montpellier) en 1908, hace también publicaciones, en 1909 Gayet observa y describe un caso de apendicitis tuberculosa forma hipertrófica. En 1910 Le Bras y dos años más tarde, Mutel, completa esta serie de estudios.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

La causa de la apendicitis tuberculosa, es el bacilo de Koch, pero para que este bacilo cause la afección, tiene que haber diversos factores que modificando la defensa natural del apéndice lo haga susceptible de ser infectado.

El apéndice, por su situación y conformación, estructura especial y disposición, siendo un divertículo del intestino en el cual existe un microbismo latente, explican la frecuencia de la apendicitis.

Lanz y Tavel en el año 1903 a 1904 demostraron que el apéndice normal, no es jamás estéril y encierra varias especies microbianas.

El bacilo de Koch llevado al apéndice por cualquier mecanismo, en un momento dado, produce la infección y por lo tanto las lesiones apendiculares con la sintomatología que después veremos.

Histológicamente, el apéndice, está constituído por tejido linfoideo, parecería una ancha placa de Peyer o mejor dicho, una verdadera amigdala intestinal y como el bacilo de Koch y varios otros, tienen una afinidad especial por este tejido, de aquí el rol importante que a esta estructura se atribuye actualmente en la patogenia de la apendicitis.

La circulación sanguínea del apéndice, lejos de los gruesos vasos, deja mucho que desear, algunas veces sus situaciones anormales, en el fondo de un órgano de circulación retardada y poco activa, es favorable al desarrollo de lesiones bacilares.

La constipación habitual que produce la estancación de las materias fecales en el ciego y facilita la penetración de los bacilos en el apéndice, produciendo en otros casos una irritación crónica del intestino.

Los cuerpos extraños, como por ejemplo los coprolitos producen escoriaciones en la mucosa apendicular, facilitando de este modo la penetración del bacilo de Koch en las capas profundas de este órgano.

Las enteritis, disenterías, fiebre tifoidea, etc., pueden producir lesiones crónicas del ciego y del apéndice y hacer de éste un locus minoris resistentiae a la infección.

Los ataques comunes de apendicitis lesionan la mucosa, transformándola en tejido cicatricial y de esclerosis que resiste menos a la infección.

¿Cuál es el mecanismo por el cual el bacilo de Koch es llevado al apéndice ?

Como para toda infección las vías de entrada son : digestiva, sanguínea y linfática.

La via digestiva es la más simple, más seductora y muy probablemente la más frecuente, el bacilo de Koch es llevado por los alimentos, como ser leche, carnes de animales tuberculosos, en la región cecal y penetran en el apéndice, donde encuentran un medio de cultivo apropiado y se desarrollan.

Chauveau en el año 1868 hizo experiencias haciendo ingerir a animales caldos tuberculosos, comprobando después de un tiempo en la autopsia, lesiones tuberculosas en el intestino y ganglios.

Recientemente, Valleé, Calmette y otros, han demostrado de una manera precisa, la frecuencia de la tuberculización por vía digestiva y es a esta tuberculización por los alimentos que se debe dar el nombre de tuberculosis primitiva del apéndice. En otros casos los bacilos ingeridos con los alimentos son llevados por los leucocitos, ganan con ellos los quilíferos, llegan al cora-

zón derecho, de aquí pasan al pulmón, pudiendo volver por vía sanguínea a infectar al intestino y apéndice.

La vía linfática ha sido admitida en algunos casos, pero produce apendicitis tuberculosa secundaria.

La edad y el sexo tienen poca influencia, pero es más frecuente en el hombre que en la mujer y de los 20 a los 40 años.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Las lesiones que el bacilo de Koch produce en el apéndice son de aspecto variable, según el sitio de localización de la lesión y la invasión de la afección a los organos vecinos.

La lesión tuberculosa del apéndice está representada por granulaciones; el tubérculo infiltrado es raro.

Estas granulaciones pueden desarrollarse ya sean en las capas superficiales de la mucosa o ya profundamente.

Dobroklonsky, demostró que la infección puede hacerse en el intersticio de las células epiteliales y éstos son los foliculos cerrados que son en general los primeros atacados, después los espacios interglandulares y vellosidades. Las granulaciones invaden entonces los foliculos cerrados y bien pronto ya sea aisladamente o formando colonias más o menos considerables, se calcifi-

can, se reblandecen y se abren. De aquí resultan ulceraciones más o menos extendidas, pero los elementos envolventes reaccionan sobre las mismas lesiones y se oponen a ser atacados, de donde resulta que estos tejidos se hipertrofian y se esclerosan, formando una verdadera neoplasia.

Si las lesiones progresan, se van haciendo cada vez más profundas, invadiendo sucesivamente la sub-mucosa, las arterias se espesan presentando todos los caracteres de la endoarteritis vegetante crónica algunas veces, pero raramente se encuentran coágulos.

En las venas se descubre un proceso análogo, pero en éstas se producen trombosis que no son más que coágulos cargados de bacilos. En ocasiones son frecuentes estas trombosis.

Los linfáticos son atacados de golpe, después la membrana musculosa es infectada, desenvolviéndose una miositis intersticial bacilar, que puede esclerosarse o calcificarse.

Después los bacilos se diseminan por los espacios intersticiales llegan a la sub-serosa, luego la serosa se infecta, pudiendo calcificarse, dando por resultado la perforación del apéndice.

Letulle y Weimberg nos han dado una descripción

precisa de la marcha progresiva de las lesiones bacilosas del apéndice. Poco tiempo después otros observadores han confirmado lo que habían estudiado Letulle y Weimberg, así Cornil y Babes, y antes que ellos Weismer, han visto que los bacilos son muy raros en la sub-serosa y que los han encontrado en las capas superficiales de la mucosa, y en la musculosa, donde son más raros aún.

Las diversas lesiones del apéndice tuberculoso pueden resumirse en las siguientes formas anátomo-patológico :

La forma ulcerosa, donde encontramos el apéndice hipertrofiado, otras veces esclerosado o atrofiado. Las granulaciones a veces son variables, pero, en la mayor parte de los casos, el microscopio, las descubre o se reunen formando un tubérculo. La ulceración a veces es única, pudiendo ser extendida o tener múltiples ulceraciones, la mucosa puede estar cribada y las pérdidas de substancias aproximadas, formando una vasta úlcera de bordes irregulares y serpiginosos.

Los bordes de la ulceración son salientes, rodeados a veces de una corona de granulaciones tuberculolosas amarillentas en diferentes estados de su evolución, de aspecto atrófico, tallado a pico, el fondo de la ulceración es grisáceo, raramente lisa, irregular reticula-

da ; el aspecto de esta ulceración es variable, pero ella es más frecuente en una de las extremidades del órgano o en las dos extremidades a la vez. El orificio cecal del apéndice es amenudo atacado y puede resultar que quede obliterada su cavidad, impidiendo por esta causa que los productos segregados por las ulceraciones salgan del apéndice, formándose entonces una colección purulenta intra-apendicular distendiendo y por lo tanto, hinchando el apéndice : estas lesiones son atribuídas al bacilo de Koch, ya sea que éste haya infectado primitivamente al órgano o sea que lo haya infectado secundariamente.

Esta localización frecuente en las lesiones tuberculosas alrededor del apéndice, presenta una singular importancia bajo el punto de vista de su tratamiento ; pues debido a esta localización tuberculosa, es que se atribuye la aparición frecuente de fístula seguida a la extirpación del apéndice.

Estas lesiones pueden progresar llegando a la capa muscular y a la sub-serosa, dando entonces nacimiento a otra forma o retroceder y cicatrizarse, llegando a la atrofia o sea a la retracción del apéndice en masa o sobre algunos puntos del órgano, resultando por lo tanto deformaciones más o menos notables.

El apéndice afectado que a la vista del observador se presenta con enormes granulaciones, se licuan formando abscesos ; éstos se hallan colocados en el espesor mismo de la pared del apéndice y tiende a vaciarse, ya sea hacia la luz apendicular, ya hacia la serosa y la cavidad abdominal o ya sea hacia los dos lados simultáneamente y entonces la perforación es inminente.

Poco a poco las paredes se adelgazan, la cavidad del apéndice se llena progresivamente de la secreción de estos abscesos y la derraman en la cavidad, si el orificio cecal ha quedado permeable, este derramamiento se hace hacia el ciego, pudiendo ocasionar a este órgano una cadena de granulaciones que irradia del fondo del embudo del ciego apendicular hacia el colon ascendente.

Petit, en su tesis, describe una forma quística de tuberculosis apendicular primitiva y después de una observación de Richard, quien operando uno de sus enfermos de hospital, encuentra con sorpresa un apéndice de dimensiones enormes, espesado, como del tamaño de un pulgar.

Las paredes son muy delgadas, llenas de líquido seroso-lechoso, verdadero hidro-apéndice que se rompe en el curso de la intervención. El examen histológico no

fué hecho, pero el enfermo tiene una ulceración tuberculosa de la piel, desarrollada alrededor del drenaje y muere después de un tiempo de granulia tuberculosa, no alcanzando a durar tres meses la vida de este enfermo.

Pueden las lesiones tuberculosas llegar a la perforación del apéndice, ya sea en la base o en la punta.

Cuando esta perforación se hace, todo el líquido séptico que contiene el órgano afectado, se esparce por todo el peritoneo, dando por resultado una peritonitis generalizada, produciendo fatalmente el deceso del enfermo.

Esta peritonitis generalizada es excepcional, generalmente, si se produce la perforación del apéndice, la peritonitis se localiza porque el peritoneo ha envuelto al apéndice mediante un sin número de adherencias. Los abscesos peri-apendiculares pueden también formarse sin que haya perforación del apéndice. Y entonces se abren en la serosa formando un absceso frío, también puede abrirse en la piel formando una fístula pioestercoral.

Entre las formas raras, se encuentra la esclerosa por la cicatrización de la lesión bacilar y de allí la retracción, y forma entonces un apéndice de forma irregular, todo el órgano está fibroso.

La forma hipertrófica, que también es rara, Herr-

mann y Pillet, la tratan aparte. En esta forma las paredes del apéndice son macivas y la luz está obliterada haciendo cuerpo con la serosa infiltrada y aumentada de espesor.

No es frecuente ver lesiones tuberculosas del apéndice, según Berard y Vignard, en los sujetos portadores de otras lesiones tuberculosas : a éstas se les llama tuberculosis apendicular secundaria. En los sujetos indemnes de lesión tuberculosa de otros órganos, la localización apendicular recibe el nombre de primitiva. No se nos escapa la dificultad de hacer esta afirmación, porque un sujeto con una lesión apendicular tuberculosa puede tener otra lesión de la misma naturaleza, pero que no se puede descubrir por los medios de diagnóstico conocidos ; mas en estos casos la lesión tuberculosa del apéndice, clínicamente, sería primitiva. Es posible que en algunos de estos casos diagnosticados clínicamente de tuberculosis primitiva del apéndice, la autopsia revele lesiones de otros órganos en estado latente, imposible de descubrir por el examen del enfermo.

SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO

La sintomatología de la apendicitis tuberculosa es muy variada y se diferencia según la forma clínica que ella adopta.

En la forma latente o sea cuando la tuberculosis está dormida, puede no ser descubierta más que en la autopsia y la gravedad y extensión de las lesiones pueden ser sorprendentes.

Otras veces se manifiesta por una complicación por ejemplo : un absceso frío de la fosa ilíaca derecha o por una perforación y aparición consecutiva de peritonitis.

Estos casos excepcionales, según Petit, son en realidad frecuentes y se ponen en evidencia por las autopsias efectuadas.

La tuberculosis apendicular se presenta bajo dos formas, a saber : la aguda y crónica.

La forma aguda es la más rara, ella reviste la

máscara de la apendicitis aguda banal, no especifica ; bruscamente y con un gran cuadro de síntomas, el sujeto es presa de un terrible dolor abdominal, muy vivo, que localiza mal, pero luego el dolor se acentúa más, en el punto de Mac Burney, de la fosa ilíaca derecha se irradia a todo el abdomen, predominando con frecuencia alrededor del ombligo y aún al epigastrio, el dolor va acompañado de vómitos alimenticios, luego biliosos, a veces muy frecuentes y dolorosos, lengua saburral, sed viva, la temperatura sube a 39 grados, el pulso se acelera, llegando de 100 a 110 pulsaciones o más, el examen del vientre revela a la inspección un ligero abovedamiento, la palpación es dolorosa, hay resistencia de la pared abdominal e hiperestesia cutánea (triada dolorosa de Dieulafoy) dándole al sujeto una sensación de quemadura intensa de la pared al producirse un roce por más superficial que sea.

Un sólo síntoma puede hacer sospechar la apendicitis tuberculosa con el tipo de la que se observa en la enteritis tuberculosa y es que hay diarrea, debida probablemente a lesiones intestinales concomitantes ; sin embargo, ella es inconstante y alterna algunas veces con constipación.

Bajo un tratamiento apropiado, por regla general,

el dolor se atenúa, pero no la fiebre, el plastrón abdominal disminuye un poco, dando una sensación pastosa pero que amenudo no se resuelve, en una palabra, esta apendicitis no se enfría y si lo hace, es muy lentamente, este es el síntoma más característico.

Se resuelve poco a poco y pasa al estado crónico, produciendo frecuentes recidivas, otras veces se agrava y se complica.

La forma crónica es la más frecuente, la reacción peritoneal es poco importante y por consiguiente los síntomas son muy escasos, todos se reducen a dolores sordos, en la fosa ilíaca derecha, tiramientos, pesadez reveladas por la fatiga, no hay vómitos, solamente por períodos un estado nauseoso o saburral, a menos que el sujeto tenga otra tuberculosis, no hay temperatura o es poco elevada. La diarrea es frecuente, la palpación no da signos, en otros casos hay un pequeño cordón indurado alargado, que rueda bajo los dedos. Más amenudo hay una resistencia blanda, pastosa o tumefacción inmóvil, redondeada u ovalada, mal limitada, en estos casos el peritoneo es atacado o bien se encuentra en presencia de una tuberculosis ileo-cecal concomitante.

Puede el apéndice perforarse sin que el peritoneo

haya tenido tiempo de dar adherencias, produciéndose entonces una peritonitis generalizada, con gran dolor, vómitos alimenticios, biliosos, porraceos, vientre duro, el estado general se agrava, la facies del enfermo es peritoneal ; es decir, ojos hundidos, nariz afilada y alas batientes, las mejillas hundidas, de color terroso, la piel se cubre de un sudor frío y viscoso, las extremidades se enfrían y la muerte sobreviene hacia el cuarto día.

Mas comunmente, el apéndice, antes de perforarse, se ha rodeado de adherencias, que protege al peritoneo formándose un absceso apendicular que a veces presentan el carácter de las colecciones supuradas frías ; estos abscesos pueden aparecer fuera de toda perforación.

Clínicamente, estos abscesos que pueden ser la primera manifestación de la tuberculosis, producen dolores en la fosa ilíaca derecha y una tumefacción voluminosa, levantando la pared abdominal.

Los límites de este tumor son poco precisos, redondeados, fluctuantes o renitentes y a la percusión, da un sonido mate si tienen contacto con la pared anterior del abdomen, aunque se abra por sí solo o por el bisturí queda comunmente una fístula o varias, de bordes nítidos, violáceos y adelgazados, que van seguidos de

un trayecto anfractuoso por donde sale abundante pus y si esta fístula es pio-estercorácea sale pus mezclado con materia fecal.

Estas fístulas son inagotables y son graves, por la abundancia de supuración y exponen al enfermo a una anemia profunda con todas sus consecuencias.

Las infecciones secundarias en estas fístulas, por la vecindad del intestino, a veces por la salida de contenido intestinal, por descuido de los enfermos, etc., terminan por la fiebre ética que agota a los enfermos. El estado general, no muy bueno, por regla general, se vuelve precario, la fiebre, el adelgazamiento y la pérdida del apetito producen una caquexia marcada.

Aparece la degeneración amilóidea y a veces la tisis pulmonar, que concluyen por agotar al sujeto atacado por la enfermedad que nos ocupa.

Hemos visto como la tuberculosis del apéndice puede invadir a los órganos vecinos, y de ahí sus complicaciones posibles.

Puede invadir la tuberculosis a los anexos en la mujer ; el ciego, el ileon, órganos de la pelvis y ganglios, etc.

Defendiéndose el peritoneo produce lesiones importantes de defensa, formando alrededor del apéndice un

block de adherencias muy molesto para el cirujano que tiene que aislar el apéndice para su ablación.

Puede también complicar a la apendicitis tuberculosa otras localizaciones como la pulmonar, meníngea, granúlica, etc., por lo que el médico debe estar siempre alerta fortificando el organismo al combatir la afección.

La apendicitis tuberculosa cualquiera que sea la forma clínica puede llegar a la curación, la cual muchas veces es desgraciadamente excepcional.

Lo más frecuente después de un tratamiento médico, es observar que la afección en vez de ceder se agrava por las complicaciones que hemos descripto, llevando al enfermo a la muerte, siempre que el cirujano no intervenga a tiempo y las lesiones sean limitadas.

El pronóstico es grave, no sólo porque nos hallamos frente a una tuberculosis, sino aún más por su localización, puesto que el apéndice está colocado en una región tan importante del organismo cual es la cavidad abdominal.

Tanto más grave es el pronóstico cuanto más avanzada está la infección, pues la formación de abscesos y fístulas llevan al enfermo a la caquexia tuberculosa.

La gravedad del pronóstico persiste hasta después

de la intervención y ablación del apéndice, pues en la mayor parte de los casos, la infección ha invadido los órganos vecinos y el cirujano se encuentra impotente, llegando la apendiceptomia muchas veces a ser una operación paliativa en vez de curativa.

El pronóstico se agrava cuando la apendicitis se hace crónica.

El diagnóstico debe ser precoz y preciso, pero desgraciadamente, rara vez se hace por ser muy difícil y casi imposible descubrirla en su principio, y esto sucede casi siempre por confundírsela con la apendicitis banal.

Si una apendicitis sobreviene en un tuberculoso, debe cuidarse mucho al diagnosticarla, pues puede confundirse tuberculosa con apendicitis banal.

Debe en este caso reservarse la sospecha y no diagnosticar tuberculosa la lesión.

Debe pensarse en tuberculosa cuando la temperatura sigue después del tratamiento médico bien conducido, cuando no se enfría y cuando en vez de constipación, hay diarrea.

También los antecedentes del enfermo, si el examen del pulmón revela lesiones bacilares, entonces estas probabilidades hacen casi seguro el diagnóstico de

apendicitis tuberculosa, pues ésta no tiene signos diferenciales característicos.

La cronicidad de una apendicitis debe llamar la atención al médico. Letulle dice que en todas las apendicitis crónicas se debe sospechar la tuberculosa y que sólo el examen histológico del órgano es el único juez que decide el diagnóstico, confirmando o rechazándolo.

Muchos creen que todas las apendicitis crónicas son tuberculosas, pues dicen que aunque no se encuentren los bacilos, pueden sus toxinas causar la infección.

A pesar de todo, es difícil afirmar el origen bacilar si no hay lesión tuberculosa.

La demostración es difícil por no decir imposible pues todo el control histológico falta y sólo podría informarlo una localización diferente.

No parece que los sujetos apendiceptomisados por apendicitis crónica sean frecuentemente atacados de lesiones pulmonares o de otras localizaciones.

En resumen, el diagnóstico positivo es en la mayoría de los casos casi imposible, pues casi siempre no se hace el diagnóstico más que en la operación a causa del aspecto de las lesiones, sea que se hallen granulaciones, adenopatías, etc., y es el laboratorio quien da el diagnóstico después del examen histológico del apéndice.

Un análisis severo de los síntomas puede precisar el diagnóstico.

Cuando la tuberculosis del apéndice da abscesos fríos, sus signos se confunden con los de los abscesos osifluentes, la falta de síntomas del lado del raquis evitará el error. En fin, cuando estos abscesos están abiertos, es necesario evitar confundir la fístula que ellos dejan con las osteopáticas como en la osteomielitis.

La actinomicosis apendicular en su período de supuración, podría confundirse con una apendicitis tuberculosa, pero el pus de la actinomicosis es muy característico contiene granos amarillos y el examen de estos granos, daría la presencia del actinomices.

La anexitis en la mujer, se podría confundir con una apendicitis tuberculosa, pero tiene síntomas completamente diferentes. Por último, no debemos olvidar al hacer el diagnóstico, los antecedentes, cutirreacción, oftalmorreacción, etc., y, que a veces, sólo el examen histológico puede descubrir con certeza la naturaleza de la afección, pues la agudeza de los síntomas por la participación de una infección secundaria no permite en algunas ocasiones establecer el diagnóstico de la enfermedad ni aún en el momento de la operación.

TRATAMIENTO

Las indicaciones terapéuticas de la apendicitis tuberculosa, se resienten en cuanto a su precisión, a causa de las dificultades del diagnóstico clínico primero, y de la extensión y complicaciones de la lesión inicial después.

Esta falta de precisión se pone bien de relieve por apreciaciones de orden anátomo-patológico y clínico que exponemos.

En el *orden anátomo-patológico* las conclusiones de las estadísticas más recientes llevan a manifestar.

1º La tuberculosis aislada del apéndice es excepcional; la tuberculosis simultánea es la regla.

2º La tuberculosis primitiva del apéndice debe ser rara.

3º La ablación aislada del apéndice tuberculoso de-

jará muy a menudo fístulas, debido a las lesiones simultáneas del ciego y parte terminal del ileón.

En el *orden clínico* las indicaciones terapéuticas deberán atenerse al sindrome apendicular en estos diferentes casos que pueden ser agudos, sub-agudos y crónicos.

1º *La apendicitis tuberculosa.*

2º *La apendicitis en los tuberculosos.*

3º *La apendicitis simulando la tuberculosis.*

Finalmente, hay indicaciones terapéuticas especiales para las *complicaciones de la apendicitis tuberculosa.*

En cualquiera de estas situaciones clínicas, diremos desde luego, el tratamiento debe ser en lo posible quirúrgico ,con las restricciones habituales de un estado muy malo del enfermo o por complicaciones o extensión exagerada de la dolencia.

Demás está decir que el tratamiento médico general que podríamos llamar *higiene de los tuberculosos* para involucrar indicaciones alimenticias, sol, aire, vestidos, etc., debe activamente practicarse, como que todavía constituye uno de los pilares más fuertes de la terapéutica de esta enfermedad, cualquiera sean sus manifestaciones.

1º—*La apendicitis tuberculosa* aparecida en forma de crisis aguda no impone ninguna indicación operatoria especial; ella, por otra parte, difícilmente será diagnos-

ticada como tal, y sólo cuando más, sospechada su naturaleza.

La indicación es siempre operatoria, y como para la apendicitis común, debe operarse en caliente o en frío con arreglo al criterio del cirujano y a los síntomas del enfermo.

La intervención suele estar erizada de dificultades creadas por la naturaleza del mal y a su tendencia expansiva.

Una vez el vientre abierto, el cirujano puede encontrarse en cualquiera de estas 4 situaciones:

Primer caso: Apéndice sin adherencias — El cirujano practicará una apendicectomía simple, debiendo vigilar *muy cuidadosamente* la región de implantación del apéndice en el ciego, ganglios y peritoneo para realizar en caso de necesidad intervenciones más extensas. Debe vigilar especialmente el ciego, como hemos dicho, en su punto de implantación, para extirpar en caso de estar lesionado y según el consejo de Anglave, la región de ciego enferma, a fin de ponerse a cubierto de una futura fístula estercoral.

Segundo caso: Apéndice con adherencias — Hay dos situaciones que imponen temperamentos distintos:

a) Las adherencias pueden desprenderse, la periapendicitis es discreta, el apéndice es poco friable, no hay riesgos de fístula pioestercoral: *se saca el apéndice.*

b) El apéndice es friable, hay adherencias a la pared pelviana, a las ansas intestinales, a los anexos; hay lesiones de ciego; el cirujano debe ser muy prudente y conformarse con una *laparotomía exploradora,* que cuenta en su haber con algunos éxitos; o bien, si las circunstancias así lo obligan, practicar una *exclusión de intestino.*

Tercer caso: Los *órganos vecinos del apéndice están lesionados* — La operación se reglará como si se tratara de una tuberculosis ileo-cecal; si el ciego y el ileo son los invadidos, y en este caso la magnitud de las lesiones aconsejara bien sea la resección, la exclusión o la anastomosis ileo-cólica.

Si los ganglios de la región están invadidos, deben extirparse.

2º—*La apendicitis común en los tuberculosos* debe ser operada, si se permite la expresión, con más derecho y necesidad que en un sujeto indemne, por las exigencias de la buena y abundante alimentación que esta clase

de enfermos exige, la cual no es posible con una lesión apendicular en cualquier estado.

Así la *crisis franca aguda* debe operarse si es posible antes de las 48 horas para poder eliminar el apéndice.

La *apendicitis crónica* en un tuberculoso que da como en todos el debilitamiento de los vientres dolorosamente crónicos, debe ser intervenido por las mismas razones, es decir, permitir la alimentación reparadora.

La lesión pulmonar, o el estado general, salvo casos extremos, no es óbice a la intervención quirúrgica ni por lo que ella significa en sí como traumatismo, ni por el riesgo de la anestesia. Efectivamente, la anestesia general es tolerada por los tuberculosos, aún la anestesia con éter, y en caso de vacilación la anestesia raquídea y la anestesia local, la reemplazan sin riesgos.

Hemos visto realizar laparotomías con anestesia local en el servicio de cirugía del Hospital de Clínicas, por los doctores Marotta y Leyro Díaz, bien sea por apendicectomía o por intervenciones de otro orden, siendo bien toleradas por el enfermo.

Finalmente, e insistiendo siempre sobre la indicación operatoria de la apendicitis en los tuberculosos, la

intervención previene la apendicitis, dijéramos mixta, por el sobreagregado de la infección tuberculosa en una apendicitis común, de la misma manera que la operación de un apéndice tuberculoso previene las infecciones habituales que atacarían el órgano ya enfermo como lugar de menor resistencia.

3º—La *apendicitis crónica simulando la tuberculosis* en su carácter de tal ha sido bien puesto de relieve por Faisans en su comunicación a la Sociedad Médica de Paris de 1911, de la cual transcribimos un parráfo elocuente:

«Es frecuente, dice, encontrar enfermos tratados como tuberculosos pulmonares cuando en realidad están simplemente atacados de apendicitis crónica. Estos enfermos enflaquecen desde meses o años. Han perdido sus fuerzas, experimentan una laxitud tan marcada por la mañana como por la tarde, tosen y acusan dolores torácicos, con especialidad en la región media del tórax, a derecha y hacia atrás».

Estos enfermos deben operarse por tres órdenes de razones:

a) Porque los síntomas pulmonares desaparecen con la apendicectomía.

b) Porque la apendicitis crónica por sí sola predispone a la tuberculosis pulmonar.

c) Porque puede en realidad tratarse de una tuberculosis apendicular con síntomas disimulados y poco pronunciados.

Las indicaciones de las *complicaciones de la apendicitis tuberculosa* escapan a una apreciación metódica y de conjunto, por su gravedad, su extensión y las dificultades del tratamiento.

Los *abscesos* tuberculosos periapendiculares, fríos o tibios, pueden, si son pequeños y movilizables, extirparse en totalidad; los abscesos de mayor extensión y fijos deben drenarse, unos y otros, así como la simple extirpación del apéndice llevan con frecuencia a la fístula, por la cual se expulsan, bien sea productos tuberculosos o materia fecal (fístulas pio-estercorales).

La *ablación en masa del trayecto fistuloso* y de la región apendicular enferma está erizada de tantas dificultades y la presentan enfermos habitualmente tan desmejorados, que los éxitos operatorios son contados.

El cirujano deberá en estos casos realizar operaciones paliativas tendientes a mejorar la marcha del sujeto. Para los fenómenos de obstrucción tendrá la entero-anastomosis y la exclusión, para los abscesos mal

drenados las incisiones evacuadoras y en todos y cualquier caso, el tratamiento médico ya mencionado y la helioterapia que cuenta en su haber cuando es metódica y bien llevada, mejoría sensible para los pacientes.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

OBSERVACION I

Hospital de Clínicas. — Servicio del doctor Gandolfo.

Valentin S., español, 32 años, casado, repartidor. —Sala 1ª. — Capital Federal. — Entrada 20 de febrero de 1917; salida 30 de marzo de 1917, curado.

Diagnóstico — Apendicitis tuberculosa.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — Sarampión a los tres años. Puntada de costado a los 21 años, que duró tres semanas. Niega venéreas y sífilis.

Enfermedad actual — Hace un año sintió repentinamente dolores generalizados por todo el abdomen y que duraron ocho días, siendo acompañados de frecuente diarrea.

Hace un mes aproximadamente siente otra vez fuertes dolores, principalmente localizados en la fosa ilíaca derecha que estaba muy sensible a la presión. Dolores acompañados de diarrea y que se prolongan por el término de seis días, al fin de los cuales ceden al tratamiento médico, volviendo nuevamente a su estado normal.

Hace seis días se repite por tercera vez la puntada dolorosa en la fosa ilíaca derecha, que es más intensa y más sensible a la presión y en este estado ingresa a este servicio. No tiene fiebre ni vómitos.

Estado actual — Sujeto en regular estado de salud. Escaso panículo adiposo. Tinte anémico marcado de la conjuntiva.

Facies: No presenta nada de particular, si se exceptúa la palidez.

Cuello: Cilíndrico, delgado. No se observa latidos. No se palpa ganglios.

Boca y faringe: Bien. Dentadura en buen estado.

Tórax: Cilíndrico, ligeramente aplanado con las fosas supra e infra-claviculares ligeramente ahuecadas.

Pulmones: No revelan nada de particular.

Aparato circulatorio: Corazón, área cardíaca nor-

mal; choque de la punta 5º espacio intercostal línea mamilar. Tonos normales.

Pulso: Regular, igual, 72 pulsaciones.

Hígado y bazo: Límites superiores normales; borde inferior no se palpa. Bazo no hay.

Abdomen: Al ingresar al servicio se nota un tumor del tamaño de un puño que ocupa la fosa ilíaca derecha a la altura y algo por debajo de la línea ileo-umbilical, poco doloroso a la presión, fijo, mate a la percusión. Se le manda poner bolsa de hielo con lo cual el tumor se reduce un poco de tamaño, después se le hace aplicar fomentos que hacen reducir el tumor rápidamente, tanto que entonces a la palpación se toca al nivel del punto de Mac-Burney un tumorcito redondeado del tamaño de un damasco ,no adherente a los planos profundos, algo doloroso a la presión.

Marzo 18 1917: Queda un pequeñísimo tumor en la fosa ilíaca derecha, poco movible, indoloro; el enfermo está apirético.

Operación (marzo 19 de 1917) — Operador doctor R. Armando Marotta; ayudante doctor Squirru. Apendicectomía. El apéndice bastante adherido al fondo del ciego y la extremidad al intestino delgado, punto que al separarlo se lleva un fragmento, la serosa y una parte

de la muscular, sin herir la mucosa. Se hace apendicectomía y el muñón se esconde mediante una jareta con catgut.

No se notan lesiones en el ciego ni en el intestino delgado, en la última porción del ileón. Se cierra en tres planos.

Apéndice grueso, serosa inflamada, con señales evidentes de inflamación en todas las partes del órgano.

El exámen anátomo-patológico reveló lesiones tuberculosas características.

OBSERVACION II

Hospital de Clínicas. — Servicio del doctor Gandolfo.

Miguel G., árabe, 20 años, soltero, foguista.—Sala 2ª. — Entrada: 17 abril de 1917.

Diagnóstico — Apendicitis bacilar.

Antecedentes hereditarios — Buenos.

Antecedentes personales — Blenorragia; no es bebebor; constipación crónica.

Enfermedad actual — Desde hace dos años tiene de tiempo en tiempo ataques de dolor en la fosa ilíaca dreecha, con vómitos y temperatura de duración e intensidad variable.

Hace tres semanas tuvo un ataque como síempre.

A veces sudores nocturnos que le mojaban un poco la ropa.

Estado actual — Buen estado general.

Parálisis facial periférica lado izquierdo, antigua.

Pulso 80, regular, buena tensión.

Algunas décimas de temperatura por la tarde.

Abdomen: A la inspección nada. A la palpación defensa muscular ligera, en la fosa ilíaca derecha. Dolor en el punto de Mac-Burney y en un lugar se toca un tumor pequeño, fijo a la profundidad, de límites difusos, poco doloroso a la presión.

Llamaba la atención que a pesar del hielo y no obstante tener poco síntoma local, el enfermo se concluía. No mejoraba el estado general y algunos días tenía fiebre por la tarde.

Operación (Mayo 1º de 1917) — Anestesia: cloroformo-éter; operador doctor R. Armando Marotta. Incisión pararectal. Se halla un apéndice con adherencias, un ciego que no puede exteriorizarse, se ven granulaciones en la serosa del fondo del ciego y también en la serosa apendicular. Ganglios en el mesenterio. En el intestino delgado se ven lesiones. Se hace apendicecto-

mía. Se extrajo un ganglios íleo-cecal del tamaño de una avellana. Se invagina el apéndice a puntos separados y con un poco de dificultad.

Cierre de la pared en tres planos, dejando un drenage por 48 horas debido a que da un poco de sangre. Marcha bien por 8 días, al cabo de los cuales supura un poco la herida por el sitio del drenage.

Se halla en tratamiento.

En el apéndice y en los ganglios extirpados, el exámen anátomo-patológico, acusó lesiones tuberculosas.

Buenos Aires Junio 15 de 1917

Nómbrase al señor Académico doctor Diógenes Decoud, al profesor extraordinario doctor Ricardo Colón y al profesor suplente doctor R. Armando Marotta, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.
Secretario.

Buenos Aires, Junio 28 de 1917

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta Nº. 3322 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

P. Castro Escalada
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La temperatura en la apendicitis tuberculosa.

Decoud.

II

Criterio clínico para las intervenciones (su oportunidad) en la apendicitis aguda.

R. Colón.

III

Diagnóstico.

R. A. Marotta.

R. BIBLIOTECA MEDICA DI ROMA

30348