



collec. B. 951

AÑO 1918

N. 3456

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Apendicitis crónica en la infancia

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NICANOR AMAYA

Ex-practicante del Instituto Jenner (1914)

Ex-practicante del Hospital San Roque (1915-1916)

Ex-practicante menor (por concurso de examen) del Hospital
Rivadavia (1916-1917)

Ex-practicante mayor (por concurso de examen) del Hospital
de Niños (1917-1918)

BUENOS AIRES

IMP. JUAN PALUMBO - RECONQUISTA 320

1918



Apendicitis crónica en la infancia

AÑO 1918

N. 3456

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Apendicitis crónica

en la infancia

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NICANOR AMAYA

Ex-practicante del Instituto Jenner (1914)

Ex-practicante del Hospital San Roque (1915-1916)

Ex-practicante menor (por concurso de examen) del Hospital
Rivadavia (1916-1917)

Ex-practicante mayor (por concurso de examen) del Hospital
de Niños (1917-1918)

BUENOS AIRES
IMP. JUAN PALUMBO - RECONQUISTA 320
1918



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

ARTICULO 162 DEL R. DE LA FACULTAD.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

Dr. D. DANIEL J. CRANWELL

Vice-Presidente

Dr. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros titulares

1. Dr. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSE PENNA
5. » » LUIS GUÊMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PISERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRAN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » DESIDERIO F. DAVEL
19. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. » » DOMINGO CABRED
21. » » ABEL AYERZA
22. » » EDUARDO OBEJERO
23. » » JOSE A. ESTEVES
24. » » (Vacante).

Secretario general

(Vacante)

Secretario

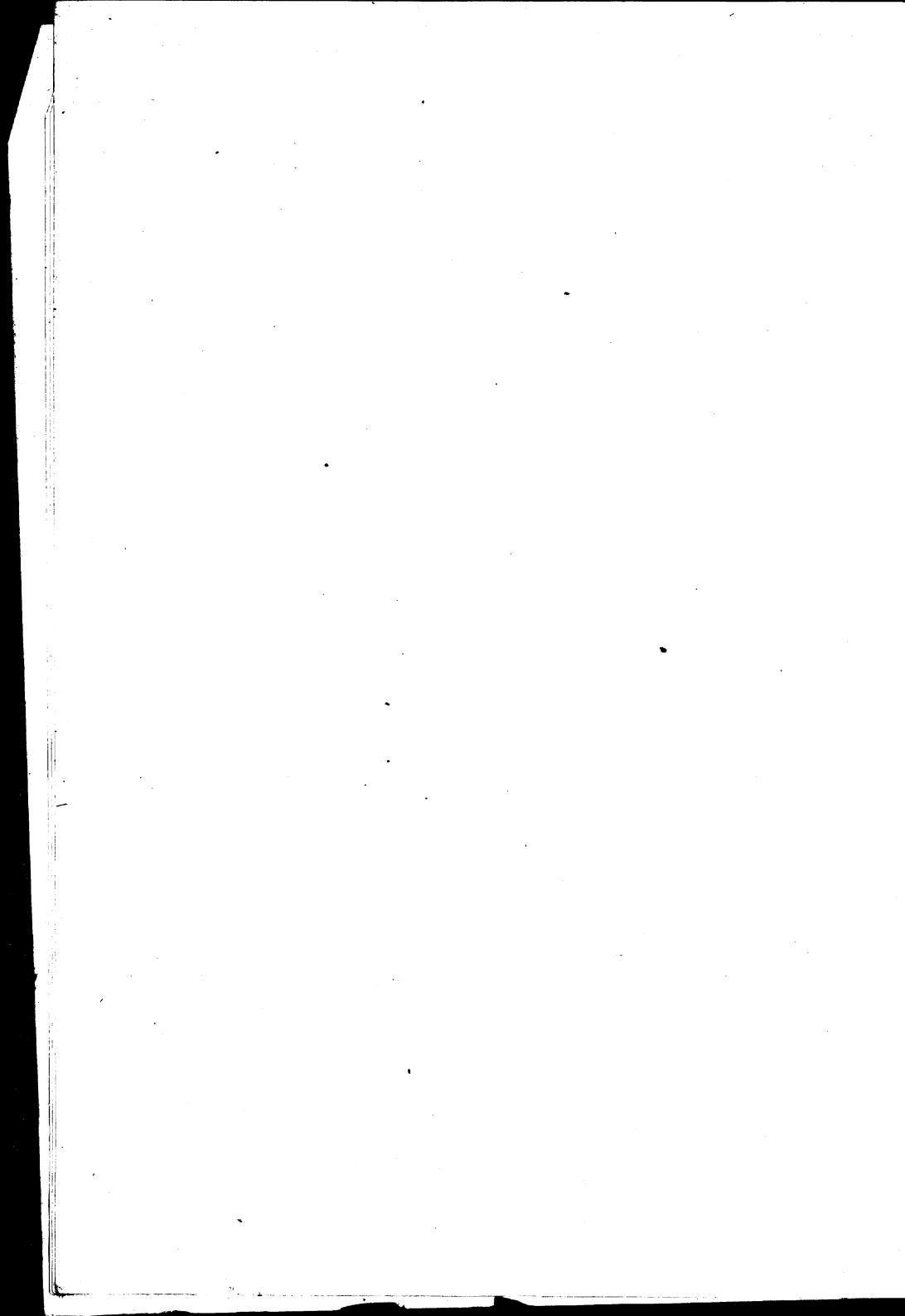
Dr. D. ANTONIO C. GANDOLFO

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. Dr. D. TELEMACO 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

CONSEJO DIRECTIVO

Decano

Dr. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Decano

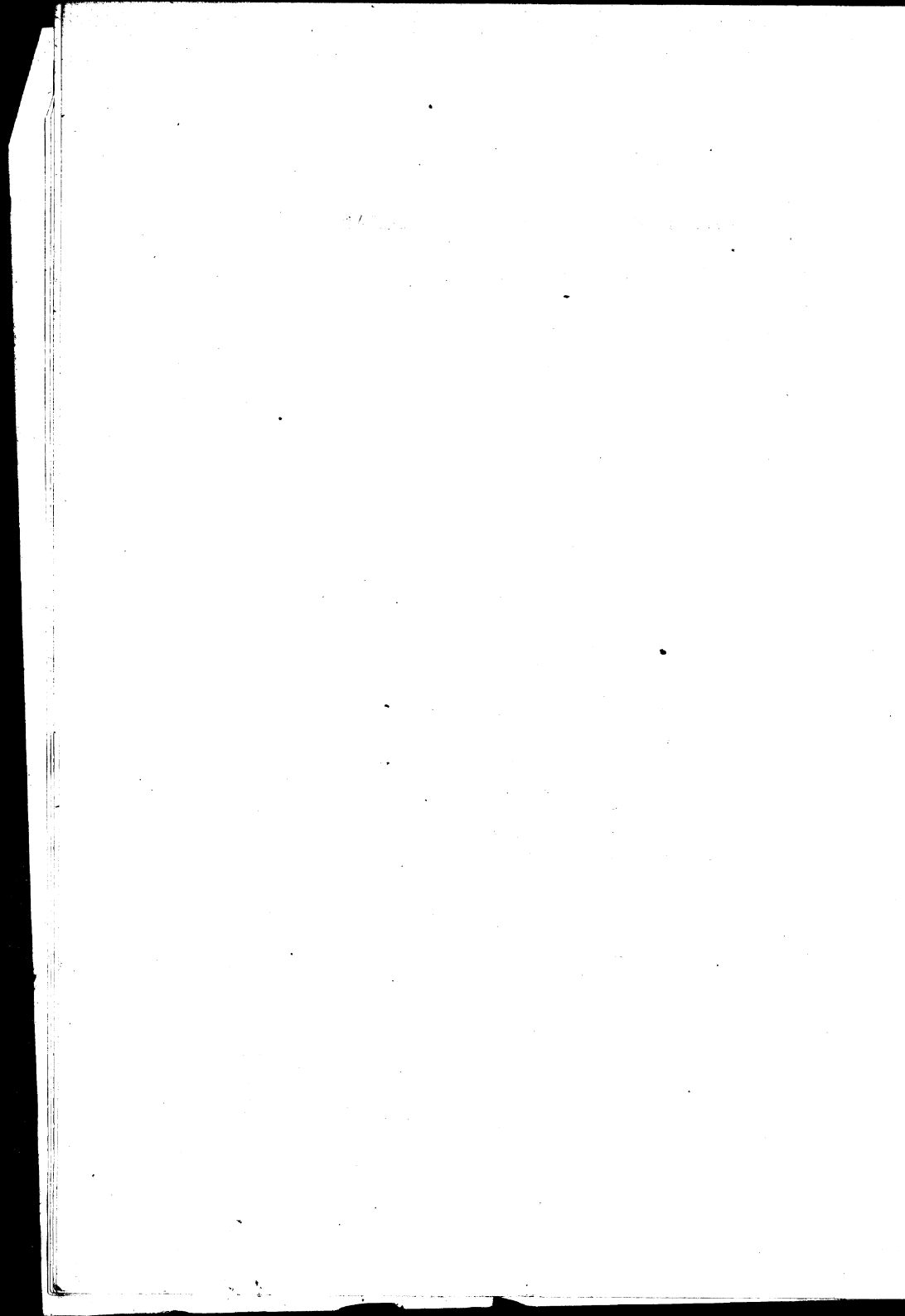
Dr. D. DOMINGO CABRED

Consejeros

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

Secretarios

Dr. D. PEDRO CASTRO ESCALADA
» » JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. D. ROBERTO WERNICKE

» » JUVENCIO Z. ARCE

» » PEDRO N. ARATA

» » FRANCISCO DE VEYGA

» » ELISEO CANTÓN

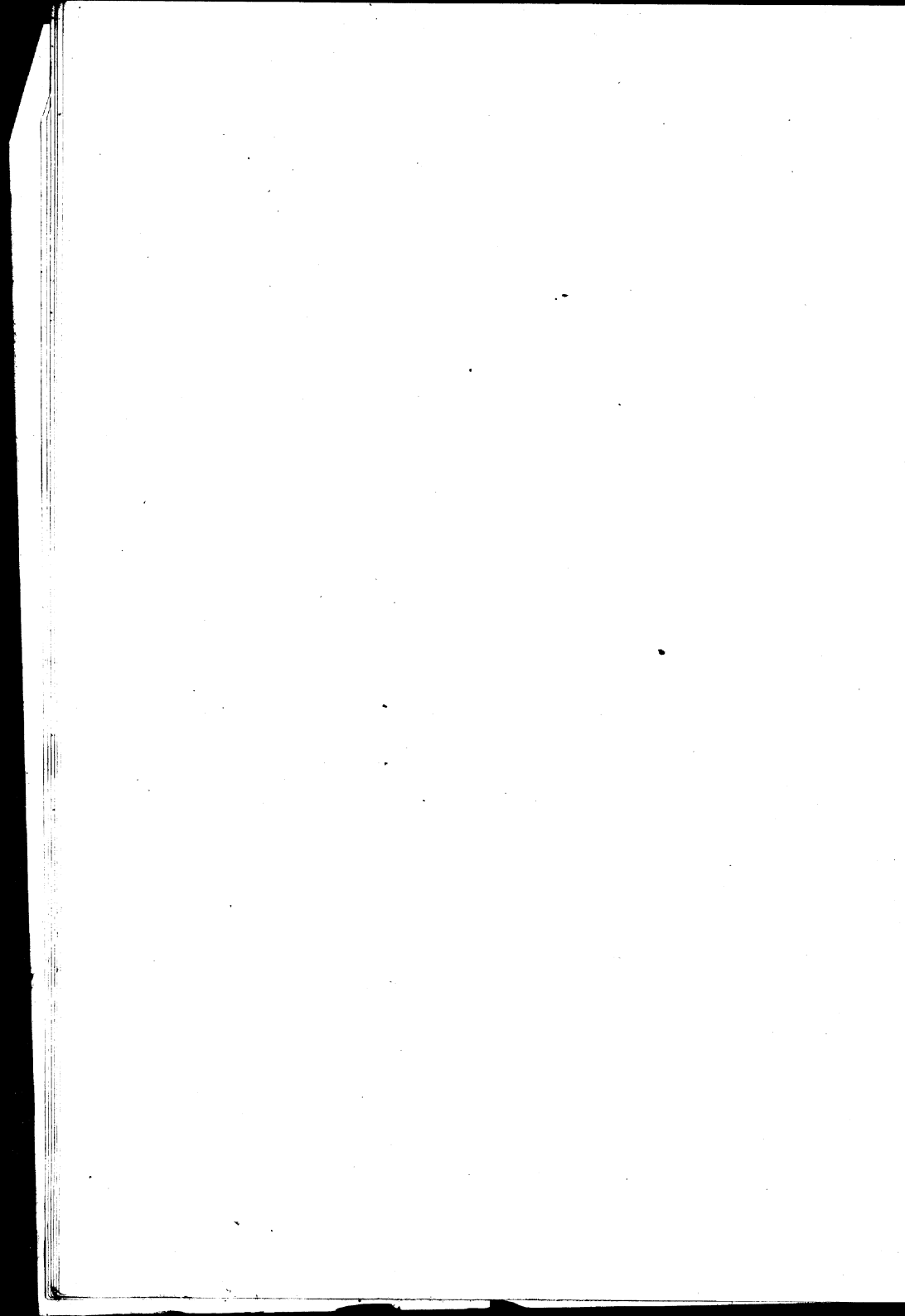
» » JUAN A. BOERI

» » FRANCISCO A. SICARDI

» » TELEMACO SUSINI

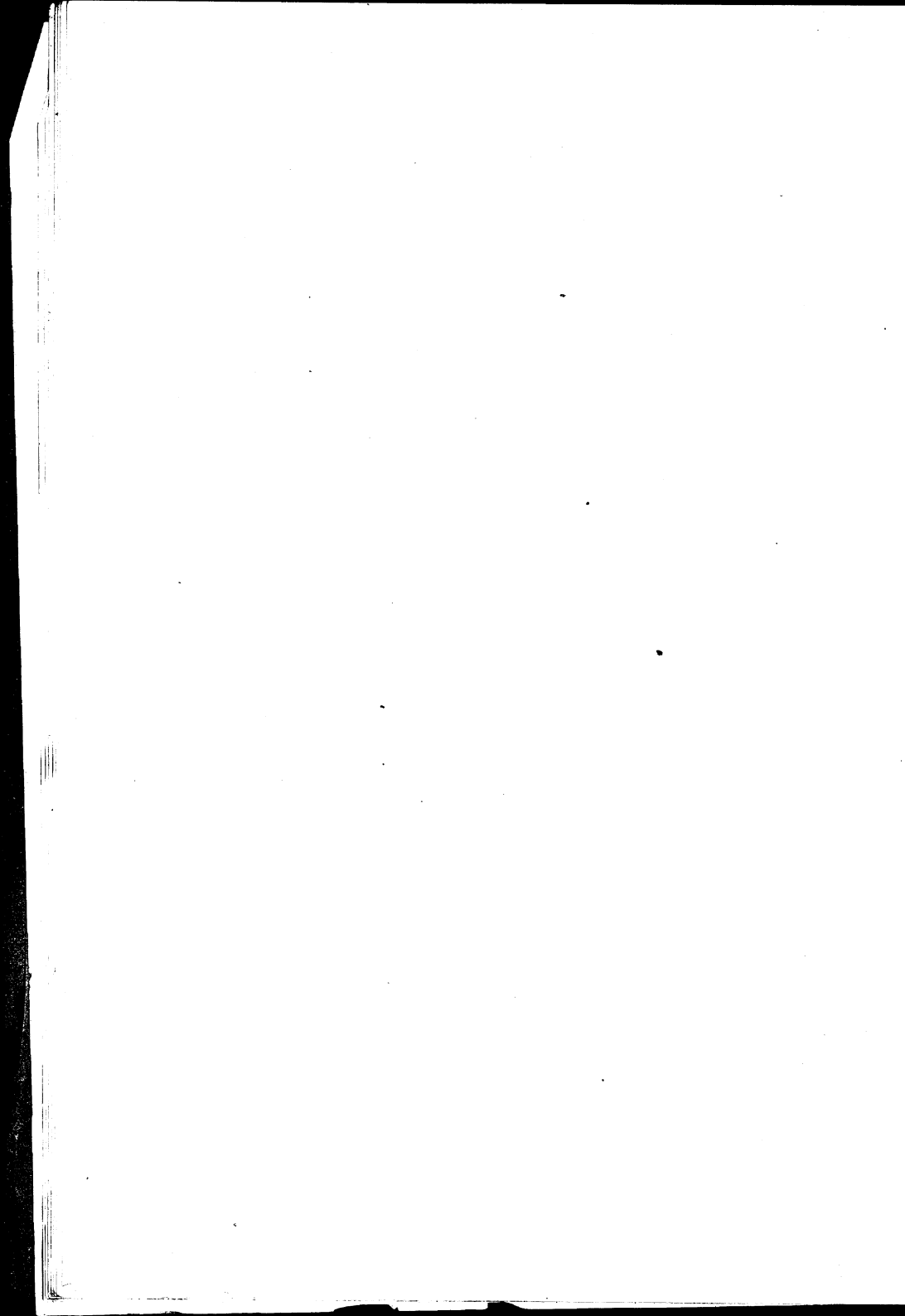
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	Dr. D. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURASONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUIN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PINERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Química Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semeiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	» (Vacante).
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica	» (Vacante).
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SESORANS
Clinica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica	» ENRIQUE B. DEMARIA
	» LUIS GÜEMES
» Médica	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VISAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediatría	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica	Dr. D. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología »	» DANIEL J. GREENWAY
Histología Normal	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADIA
Higiene Médica	» FELIPE A. JUSTO
Clínica Dermato-Sifilográfica	» M. ABERASTURY (en ejere.)
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON LAVALLE
» interna	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
» Neurológica	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
» Pediátrica	» ANTONIO F. PISERO
	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA
	» BENJAMIN T. SOLARI
» Obstétrica	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
» Ginecológica	» JOSÉ F. MOLINARI
» Médica	» PATRICIO FLEMING

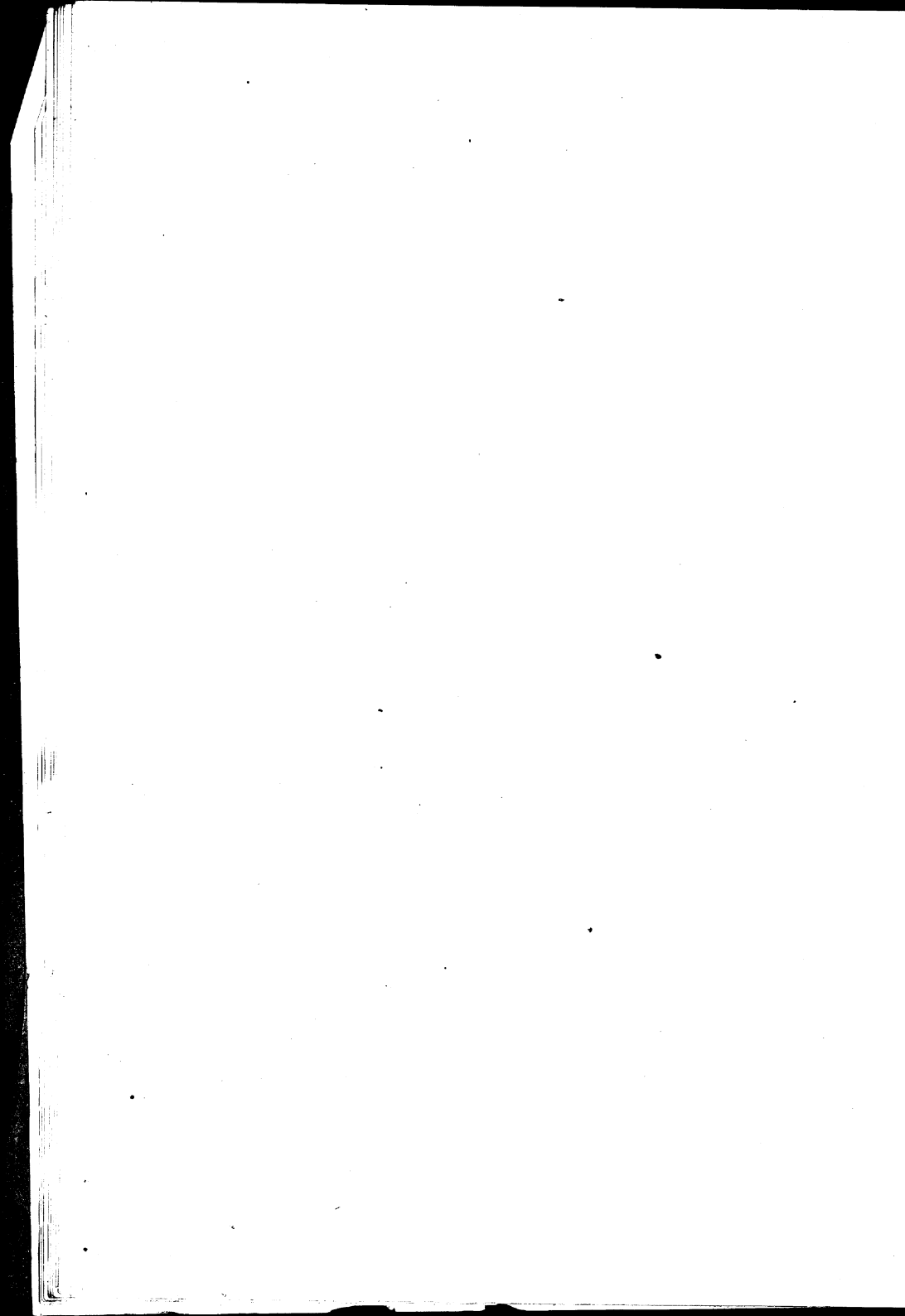


ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Zoología médica	Dr. D. GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva	SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana	EUGENIO GALLI
Bacteriología	JUAN JOSÉ CIRIO
Química Biológica	FRANCISCO ROPHILLE
Higiene médica	FRANK L. SOLER
Semeiología y ejercicios clínicos	BERNARDO HOUSSEY
Anatomía patológica	RODOLFO RIVAROLA
Materia médica y Terapia	SALVADOR MAZZA
Medicina operatoria	BENJAMIN GALARCE
Patología externa	MIGUEL V. CARBONELL
Clínica dermato-sifilográfica	SANTIAGO M. COSTA
.. epidemiológica	CARLOS BOXORINO UDAONDO
.. oftalmológica	ALFREDO VITON
.. oto-rino-laringológica	PEDRO J. HARDOY
Patología interna	JOAQUIN LLAMBIAS
Clínica quirúrgica	ANGEL H. ROFFO
.. neurológica	PEDRO ELIZALDE
.. médica	JOSÉ MORENO
.. pediátrica	PEDRO CASTRO ESCALADA
.. ginecológica	ENRIQUE FINOCCHIETTO
.. obstétrica	FRANCISCO P. CASTRO
Medicina legal	CASTELFORT LUGONES
Clínica Psiquiátrica	ENRIQUE M. OLIVIERI
Gémito Urinarias	ALEJANDRO CEBALLOS
	NICOLÁS V. GRECO
	PEDRO L. BALISA
	JOAQUIN CERVERA
	FERNANDO R. TORRES
	FRANCISCO DESTEFANO
	ANTONIO MARCÓ DEL PONT
	DANIEL THAMM
	ADOLFO NOCETTI
	RACL ARGASARAZ
	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	MARTIN CASTRO ESCALADA
	PELIFE J. BASAVILBASO
	ANTONIO R. ZAMBRINI
	ENRIQUE FERREIRA
	PEDRO LABAQUI
	LEONIDAS JORGE PACIO
	PABLO M. BARLARO
	EDUARDO MARINO
	ARMANDO R. MAROTTA
	LUIS A. TAMINI
	MIGUEL SCSSINI
	ROBERTO SOLE
	PEDRO CHUTRO
	JOSÉ M. JORGE (H.)
	OSCAR COPELLO
	ADOLFO F. LANDIVAR
	JORGE LEYKO DIAZ
	ANTONIO F. CELESIA
	TOMÁS B. KENNY
	VICENTE DIMITRI
	ROMULO H. CHIAPPORI
	JUAN JOSÉ VITON
	PABLO J. MORSALINE
	RAFAEL A. BULLRICH
	IGNACIO IMAZ
	PEDRO ESCUDERO
	MARIANO R. CASTEN
	PEDRO J. GARCIA
	JOSÉ DESTEFANO
	JUAN R. GOYENA
	JUAN JACOB SPANGENBERG
	TULIO MARTINI
	CÁNDIDO PATIÑO MAYER
	GENARO SISTO
	PEDRO DE ELIZALDE
	FERNANDO SCHWEIZER
	JUAN CARLOS NAVARRO
	JAIME SALVADOR
	TORIBIO PICCARDO
	CARLOS R. CIRIO
	OSVALDO L. BOTTARO
	JULIO IRIBARNE
	CARLOS ALBERTO CASTASO
	FAUSTINO J. TRONGE
	JUAN B. GONZALEZ
	JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	JUAN A. GABASTOU
	ENRIQUE A. BOERO
	JOSUE A. BRUTTI
	NICANOR PALACIOS COSTA
	VICTORIO MONTEVERDE
	JOAQUIN V. GNECCO
	JAVIER BRANDAN
	ANTONIO PODESTA
	AMABLE JONES
	JOAQUIN NIN POSADAS



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. Dr. D. J. C. LLAMES MASSINI

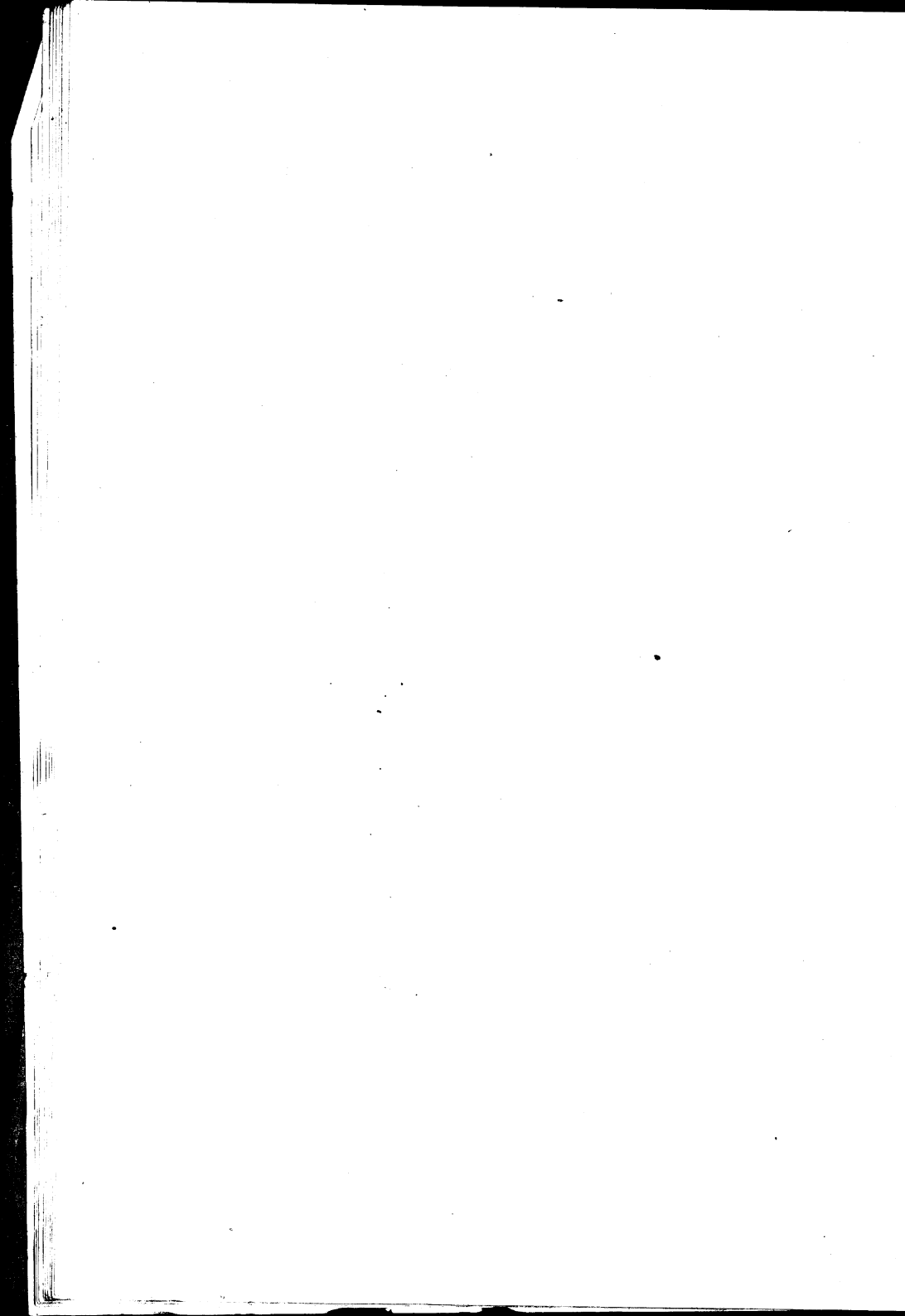
Segundo año:

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. D. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica	» JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica	» MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal	» ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica	(Vacante)
Técnica farmacéutica (primer curso)	» J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación	» RICARDO SCHATZ
Química Analítica general	» FRANCISCO P. LAVALLE
Pharmacognosia especial	Sr. D. JUAN A. DOMINGUEZ
Técnica farmacéutica (segundo curso)	Dr. D. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

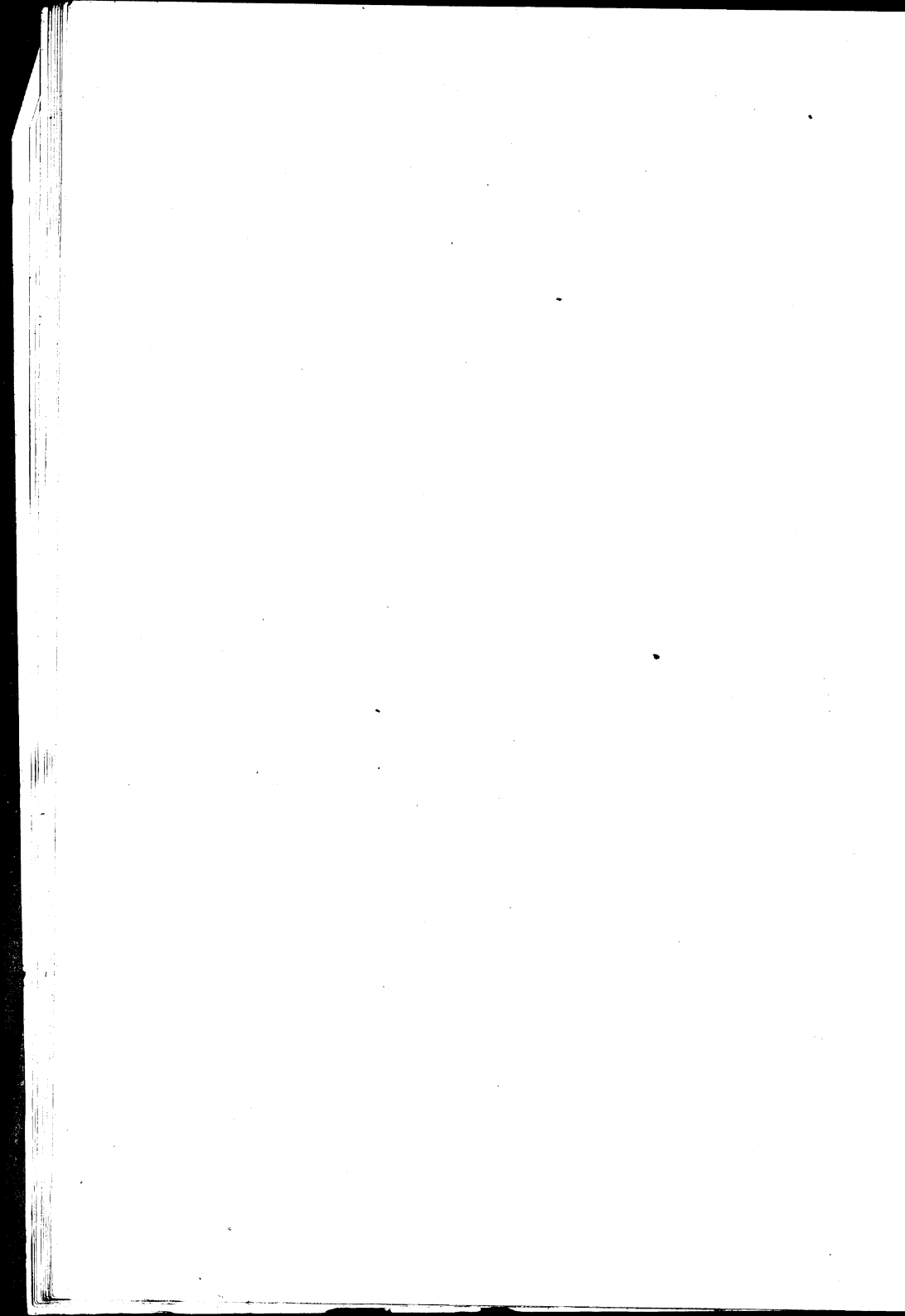
Botánica y Micrografía vegetal	Dr. D. ILDEFONSO C. VATTUONE
Física farmacéutica	» TOMÁS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica	{ » ANGEL SABATINI
	{ » EMILIO M. FLORES
	{ Sr. D. RICARDO ROCCATAGLIATA
Técnica farmacéutica	{ » PASCUAL CORTI
	{ » CLEOFE CROCCO
	{ » PEDRO J. MESIGOS
Química farmacéutica orgánica	{ Dr. D. LUIS GUGLIAMELLI
Pharmacognosia especial	Sr. D. OSCAR MIALOCK
Química analítica general	Dr. D. JUAN A. SANCHEZ

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas

Catedráticos titulares

Complementos de Matemáticas	—
Mineralogía y Geología	—
Botánica (segundo curso). Bibliografía, botánica argentina	—
Química analítica aplicada (medicamentos)	Dr. D. JUAN A. SANCHEZ (suplente en ejercicio)
Química biológica	» PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología)	—
Física general	—
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Toxicología y Química legal	» JUAN B. SENORANS



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

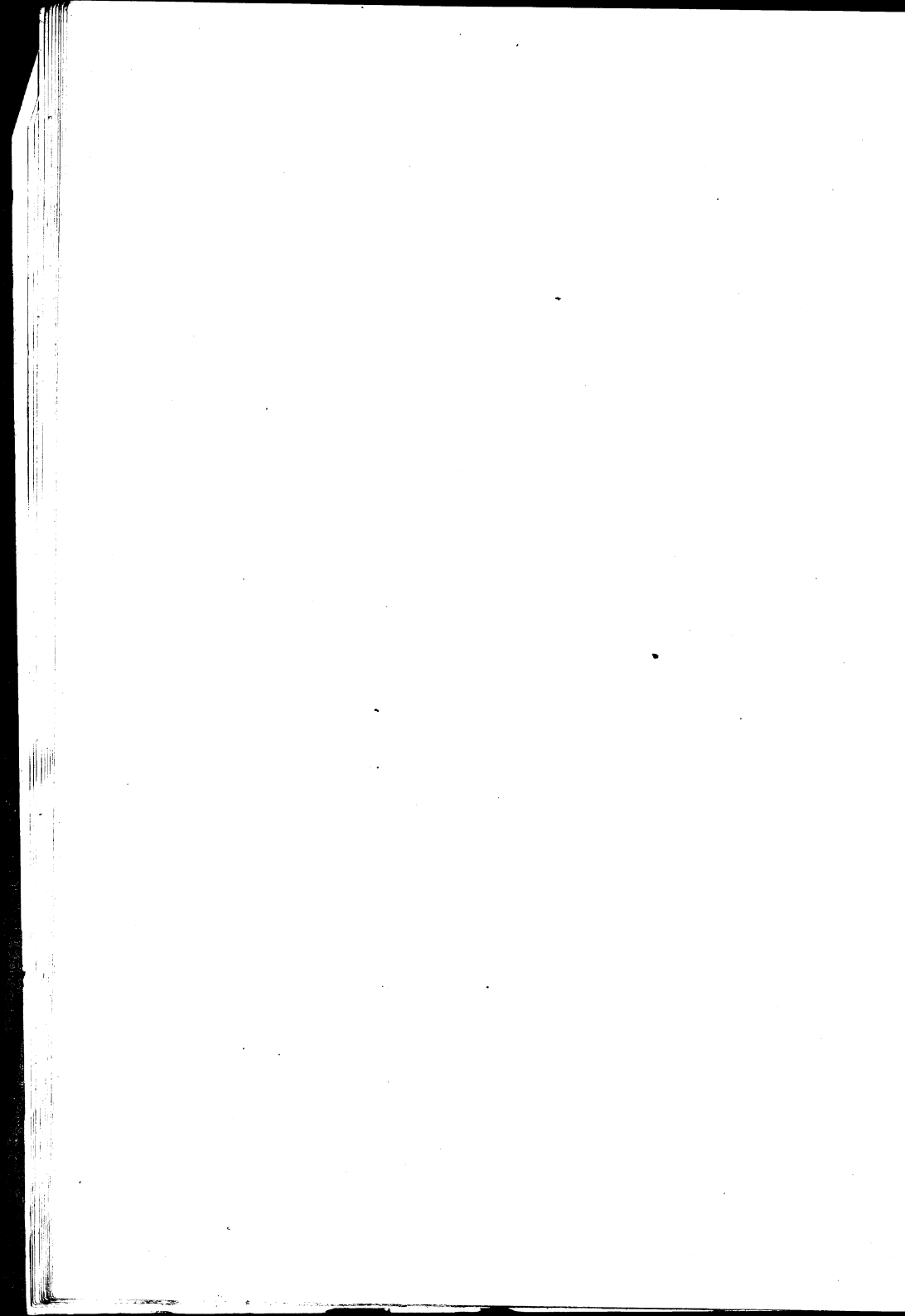
Asignaturas

Catedráticos titulares

1er. año	Dr. D. RODOLFO ERAUSQUIN
2.º año	» LEON PEREYRA
3er. año	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental	Sr. D. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

Dr. D. ALEJANDRO CABANNE
» TOMAS S. VARELA (2.º año)
Sr. D. JUAN U. CORREA (Prótesis)
» CORIOLANO ROSAL »
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)



A mi padrino de tesis

Dr. ROMULO CABRERA

Jefe de la Sala IV del Hospital de Niños

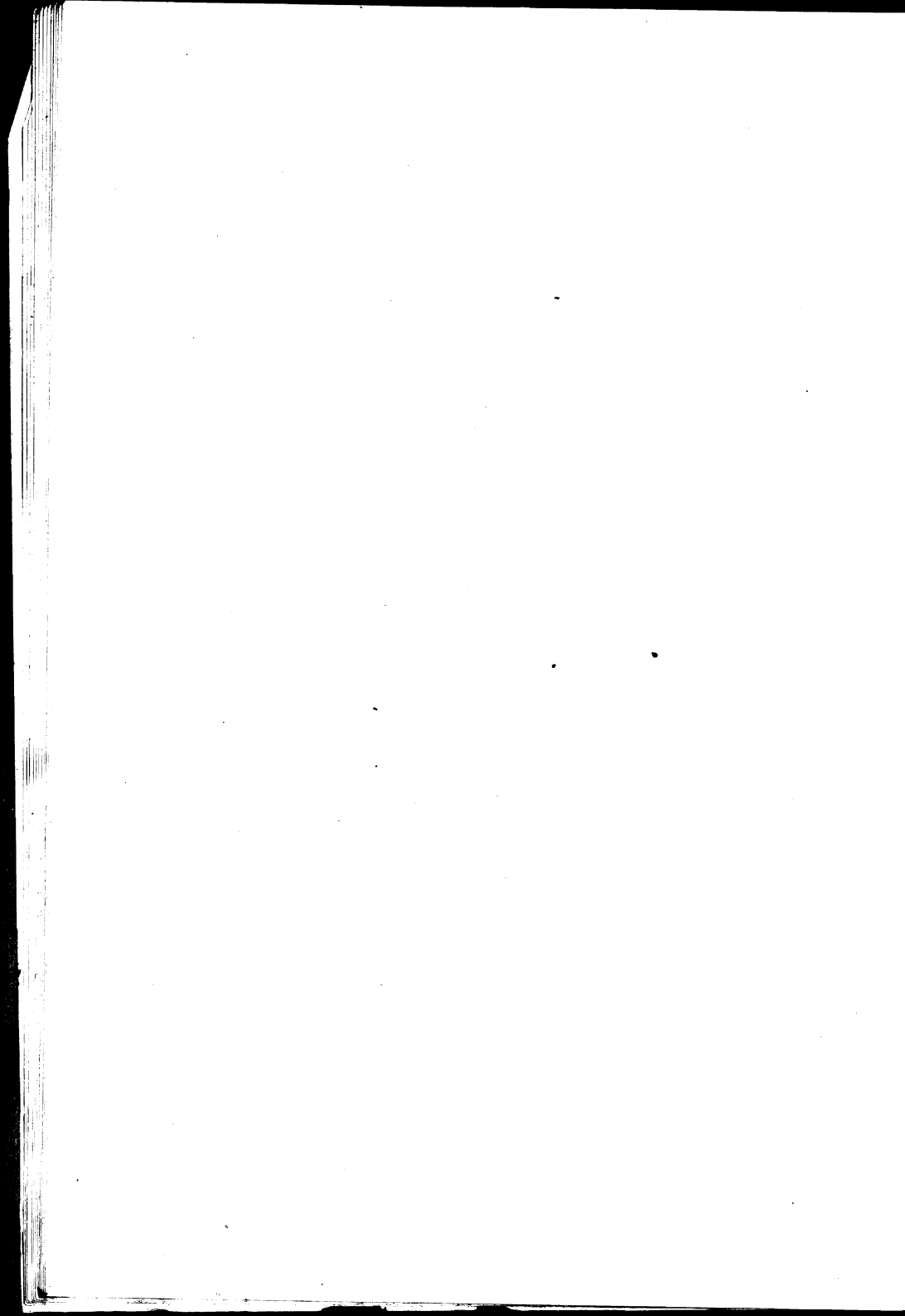
He tenido en él un magnífico ejemplo de sentido clínico, de ponderación y de honor.

Al Señor

CAYETANO R. RIPOLL

Quién fuera, antes que un Jefe, un paternal amigo, durante los seis largos años que me vi precisado a desempeñar un puesto humilde en la administración nacional, para llevar a término mis estudios.

No olvidaré jamás la ternura con que me alentó en horas memorables, ni el ejemplo de su vida intensa y fecunda, hecha toda de trabajo, de probidad y de desinterés. Su recuerdo será siempre mi guía en esta carrera que voy a iniciar, y en la cual me esforzaré por seguir la misma senda que él, con su propia vida, fuera trazando: el camino que nunca se aparta de la bondad y de la honradez.



A los doctores:

CARLOS COLLS,
Jefe de Sala del Hospital Rivadavia.

TOMAS B. KENNY,
Profesor suplente de Clínica Quirúrgica.

ENRIQUE FOSTER,
Médico del Hospital de Niños.

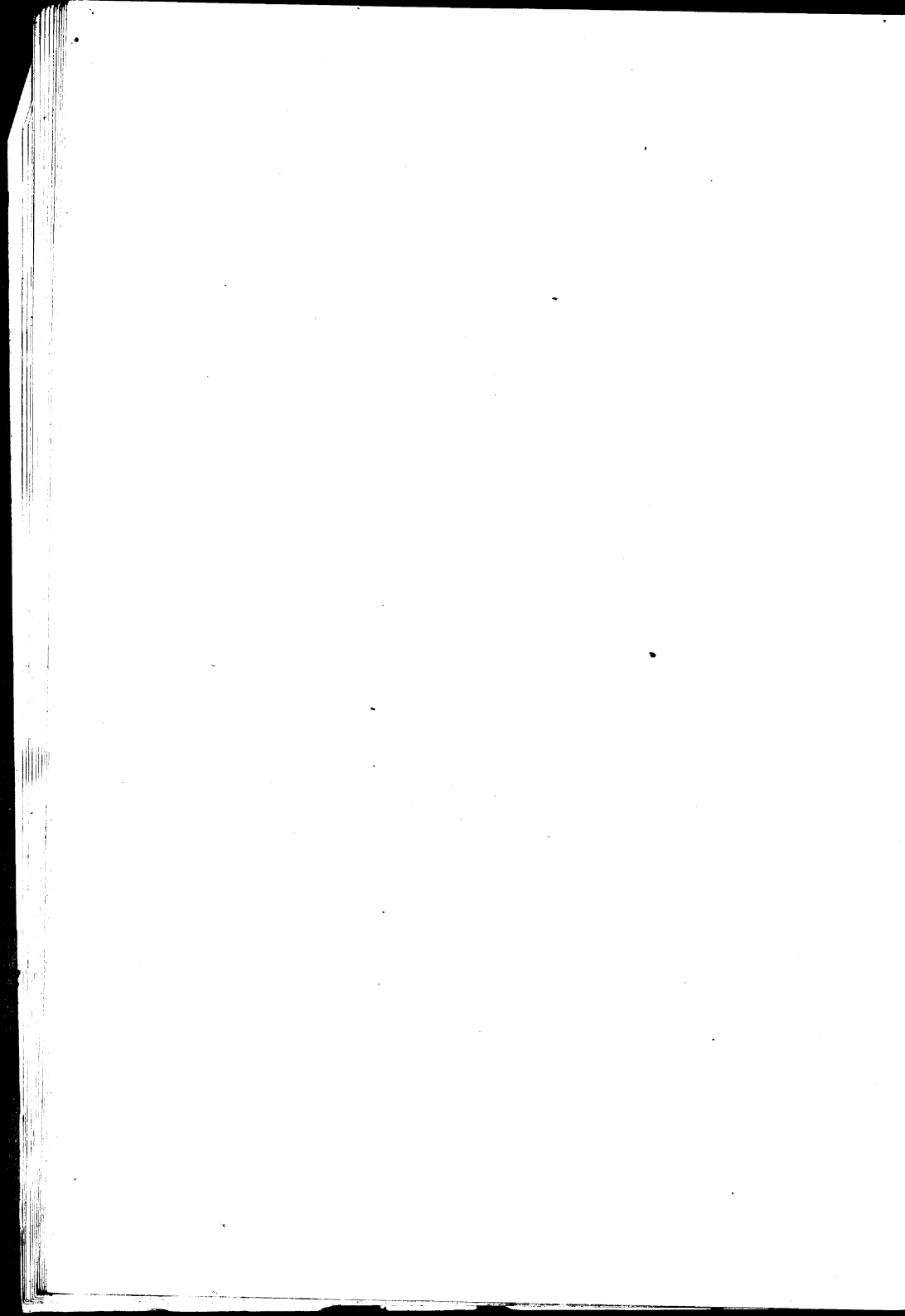
TOMAS SCANNAVINO,
Médico del Hospital de Niños.

FERNANDO R. RUIZ,
Prosector de la Facultad de Ciencias Médicas
y Jefe de Laboratorio del Hospital Muñiz.

RODOLFO RIVAROLA,
Profesor suplente de Fisiología.

EMILIO MAMBRETTI,
Médico del Hospital de Niños.

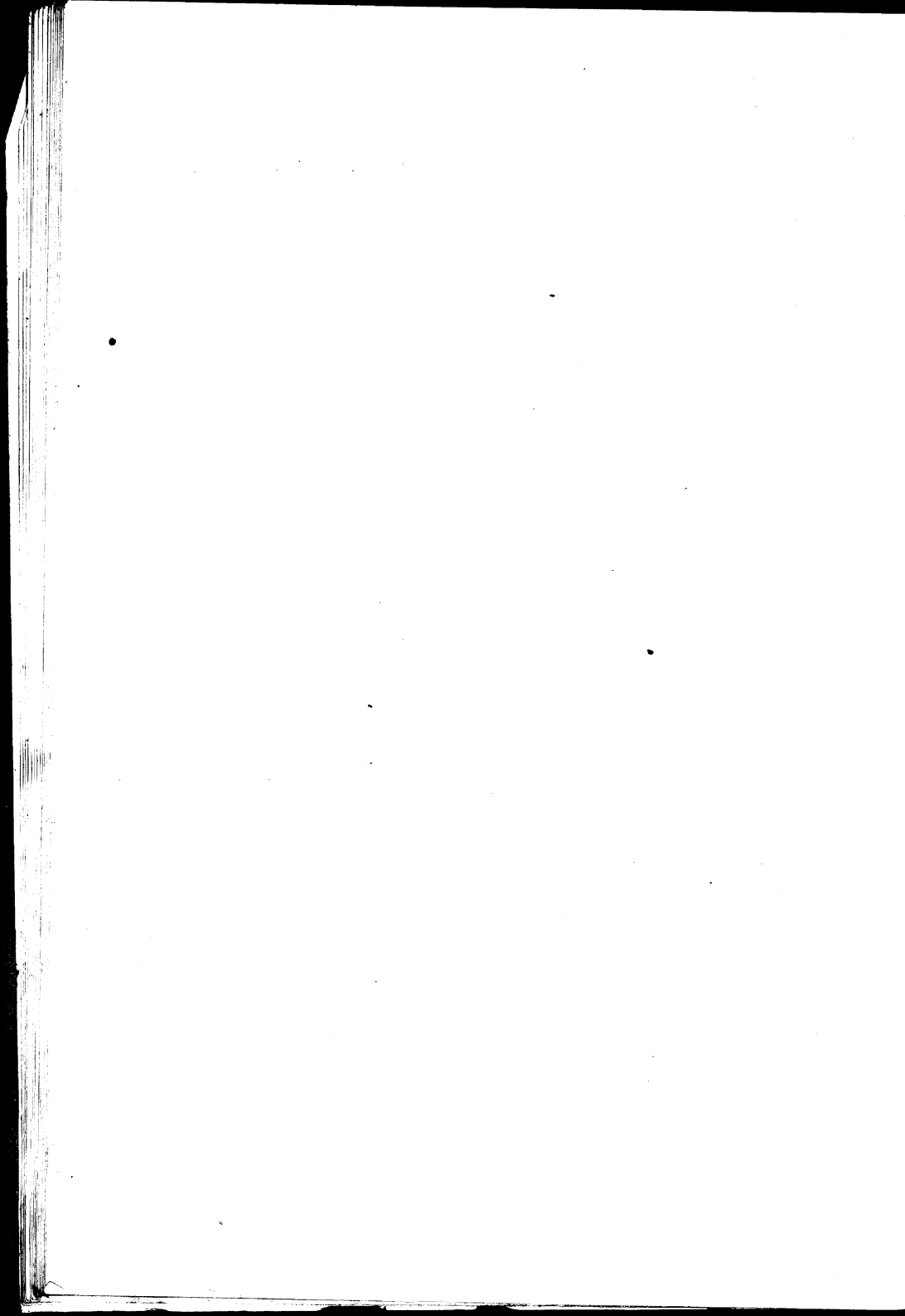
Todos los cuales han adquirido suficientes títulos a mi reconocimiento y mi afección.



A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE

A MIS HERMANOS



Señores Académicos,

Señores Consejeros,

Señores Profesores:

Presento a vuestra consideración este trabajo, que constituye un ensayo sobre la *Apendicitis crónica en la infancia*, para optar, por medio de él, al título de doctor en medicina.

Al llegar ante vosotros, con la satisfacción de la labor cumplida, olvido por un instante vuestros cargos de académicos y consejeros, para imaginarme que hablo ante mis maestros de todos los días, como si os estuviera escuchando aún en las aulas y anfiteatros de nuestra querida Escuela; o recogiendo de labios vuestros, en la cabecera del paciente, sabias enseñanzas de clínica y de cirugía.

Es así como llego, pleno de confianza, con este humilde trabajo mío, a requerir vuestra atención. No encontraréis en esta tesis la conclusión definitiva, ni el descubrimiento que sorprenda; pero hallaréis, eso sí, a primera lectura, el trabajo sincero y personal que la formó, y el honrado método científico que la guiara.

En los servicios del Hospital de Niños, donde trabajara, como practicante mayor, durante mi último curso universitario, atrajo mi atención, más de una vez, el maravilloso resultado post-operatorio de algunos enfermitos atacados de apendicitis crónica. Todo ello, aparte de la absoluta novedad del tema en nuestra literatura científica, decidíome a hacer de él la base de esta tesis doctoral.

He compulsado los catálogos de nuestra biblioteca universitaria, y he revisado, pacientemente, los ficheros correspondientes al tema de mi estudio, sin encontrar en la bibliografía nacional un sólo trabajo que trate, en especial, de la Apendicitis crónica en la infancia. El tema se presenta, pues, por vez primera a nuestra Facultad de Medicina.

La bibliografía extranjera no es escasa; pero las investigaciones y estadísticas habíanse concretado, en particular, al estudio de la apendicitis crónica en el adulto. No contábamos, por la causa

apuntada, con ningún antecedente científico respecto de investigaciones anatómicas practicadas en niños; lo que me indujo, no sin fundados temores por mi inexperiencia, a tentar una investigación personal cuyo detalle he consignado en estas páginas, y tengo el honor de someter, por medio de ellas, a vuestra alta apreciación.

He llevado a término este trabajo, en el que la sinceridad fué su guía, con el convencimiento de que aún me quedaría mucho trecho por recorrer. Abandono la tarea con el mismo pensamiento de los labriegos que, al final de la jornada, aún tienen por delante mucho campo vírgen que roturar. No me alejo del surco con la idea de que mi labor haya concluído: me doy simplemente una tregua para recomenzar la tarea, que ha de ser ardua, continúa y, quizá, útil.

En esta materia tan obscura dentro del campo de la medicina, donde las opiniones más respetables se han pronunciado en opuestos sentidos, cuando llegó el momento de correr el velo, un tanto nebuloso, que parece ocultar el verdadero carácter de la apendicitis crónica, mal podía exigirse de un novel e inexperto estudiante que pronunciara "la verdad" única e indiscutible.

En el desarrollo de este trabajo he tratado de

descubirla, de darle forma, con un criterio que en ningún momento pudo ser tachado de parcial. He citado las opiniones que apoyaban mi pensamiento, y no he omitido ninguna de aquellas que expresaban la antítesis.

Ni un instante pongo en duda que las conclusiones a que arriba esta tesis, podrán ser rebatidas con éxito; lo cual, lejos de molestarme, complacérame sobremanera, por aquello de que todo hombre que juzgue las cosas sin pasionismos, debe aprender cada día una verdad nueva.

Al redactar este estudio sólo he dado forma a ideas que andaban flotando en el ambiente. Cuando se demuestre la inconsistencia de esas ideas, y por ende mi error, habré aprendido algo que hasta ahora no sabía.

Y en tal caso, maestros, me ligaría a vosotros una deuda mayor de gratitud.

CAPITULO I

ETIOLOGIA

Edad. — En la etiología de la apendicitis crónica, la edad tiene suma importancia. Observemos las siguientes cifras:

De 232 casos, Jalaguier encuentra 110 en niños de menos de 15 años, o sea el 47.4 %.

Fitz dá el 38 %, para la edad de 10 a 20 años; señala el 28 % entre los 20 y los 30 años, y el 15 % entre los 30 y 40 años. Estas cifras fueron tomadas de un total de 228 casos observados.

De Bovis, haciendo una estadística general,— de la que fueron cooperadores Roux y Lanz, entre otros—sobre 2781 casos de apendicitis encontró que el 31.8 % corresponde al periodo que vá de 10 a 20 años; la proporción asciende a 37.3 % entre los 21 y 30 años, y luego, rápidamente, decrece a medida que aumenta la edad.

El autor antes citado, refiriéndose a la apendicitis crónica, llega a la siguiente conclusión: en los jóvenes, el 40.1 % corresponde a casos de apendicitis crónica; en las personas de edad se constata el 8.8 % solamente.

Los clásicos están de acuerdo—dice Blais—en sostener que, en la infancia, la proporción más grande de apendicitis se observa entre los 10 y 15 años. Por debajo de 9 años, la frecuencia decrece sensiblemente hasta los 5. Desde esta edad hasta los 2 años es muy rara, y se vuelve excepcional en el mamón.

En el Hospital de Niños, donde la mayor edad de admisión es la de 14 años, hemos encontrado, en los enfermos operados en estos dos últimos años, la siguiente distribución por edad:

De 14 años	5 enfermos.
„ 13 „	12 „
„ 12 „	35 „
„ 11 „	38 „
„ 10 „	30 „
„ 9 „	14 „
„ 8 „	9 „
„ 7 „	6 „
„ 6 „	4 „
„ 5 „	4 „
„ 3 „	1 „

Sexo. — Como factor determinante en la producción de la apendicitis, los autores coinciden en hablar del sexo. Todas las estadísticas publicadas, aunque no se refieran en especial a la apendicitis aguda o crónica, acusan este idéntico resultado: que la enfermedad es más frecuente en el hombre que en la mujer.

En la infancia, la misma proporción no es exacta. Por el contrario, hemos encontrado mayor número de enfermitas. Como la estructura anatómica del apéndice es idéntica en ambos sexos, se ha tratado de explicar el fenómeno haciendo notar que las niñas llevan una vida más sedentaria y son, generalmente, más constipadas.

Herencia. — Tampoco ha sido ajeno a la observación de los estudiosos un hecho universalmente constatado: el de la producción de ataques de apendicitis en varios miembros de una misma familia. Para explicar la causalidad de este fenómeno, Talamón nos habla de una predisposición anatómica, que Guinard no encontró, y, por el contrario, la niega.

Como una prueba de la diversidad de criterio de los tratadistas sobre esta materia, repárese en la opinión de Dieulafoy, quien, en tales casos, piensa que la *diátesis artrítica* juega un rol preponderante, lo que en definitiva no excluye el primer crite-

rio expuesto, de la transmisión por herencia.

La *exacerbación de la flora microbiana*, que normalmente se encuentra en las vías biliares y pancreáticas, es citada, con frecuencia, como causa determinante en la producción de la apendicitis.

Mas, entrando en la causalidad general, autores hay que piensan, como Jalaguier, que la apendicitis es una enfermedad general, infecciosa, comparable a la amigdalitis. En 70 casos de apendicitis crónica anotados por Comby, pudo constatarse 14 veces el hecho de que el paciente había sido operado de vegetaciones adenoideas.

La *Entero Colitis*, como causa determinante de la apendicitis, ha sido objeto de numerosos trabajos y discusiones en el mundo científico, principalmente en Francia. Los autores, en su mayoría, contradicen a Dieulafoy, quien manifestaba no haber visto jamás a la apendicitis crónica suceder a la tiflocolitis y, más aún, que los casos diagnosticados como apendicitis crónica no eran, a menudo, sino tiflocolitis con predominio de los síntomas en la fosa ilíaca derecha.

Entre los que sostienen ideas contrarias a las de Dieulafoy debemos citar, en primer término, al profesor Reclus, quien decía: "Las enteritis, todas las enteritis, no se detienen en la insuficiente válvula de Gerlach; frecuentemente invaden el apéndice y muy a menudo se acantonan en este órgano

desastroso, este ciego de ciego, este divertículo de divertículo, este fondo de saco de fondo de saco, esta fístula ciega interna que parece creada únicamente para exaltar la virulencia de los gérmenes. Cómo? Vemos la colitis acusarse en todos los puntos en que la circulación es menos activa, en los abultamientos del intestino grueso, en los dos ángulos del cólon transverso, en el ciego, en tanto que respetaría el apéndice, esa cloaca corrompida donde caen, se estancan y pululan los gérmenes patógenos del intestino: estreptococo, estafilococo, colibacilo, bacilo de Koch, actinomicies”.

El apéndice forma parte del cólon, y la enterocolitis de la infancia lesiona el aparato linfoideo del intestino grueso produciendo la enteritis folicular de los alemanes. Comby, basándose en estas dos razones, sostiene el origen cólico de la apendicitis.

Richelot piensa que la tiflocolitis sería, a menudo, un trastorno nervioso de origen apendicular. Tal opinión explicaría perfectamente, al decir de Girou, los casos de curaciones de tiflocolitis por simple apendicectomía.

Más todavía; Karewitz sospecha de apendicular crónico a todo sujeto atacado de enterocolitis.

En 1907, entre nosotros, el Dr. D. Aguilar estudió la etiología de la apendicitis en la infancia. Consideró las leyes que al respecto emitiera M. Gui-

non,—(1a. en el niño no hay apendicitis sin enteritis; 2a. cuando la colitis se localiza en el ciego, hay casi siempre apendicitis)—como las demás causas ocasionales de la afección que nos ocupa, arribando a estas conclusiones: todos los padecimientos intestinales de la infancia, particularmente los crónicos, predisponen, en el presente o en el porvenir, a la apendicitis. Todas las lesiones crónicas de la vecindad del apéndice y, sobre todo, del orificio apendicular, mantienen una apendicitis crónica latente.

Refiriéndose a la apendicitis crónica en la infancia, Comby, el gran especialista de niños, dice: “La etiología casi siempre escapa. Son niños sanos, sin trastornos digestivos, sin gastro enteritis. Para esta categoría de niños se puede invocar la herencia, una predisposición familiar, el linfatismo, el artritis. Otros niños son adenoideos, han tenido gastro enteritis graves en la primer infancia o una enfermedad infecciosa como la gripe, en primer término, luego la tifoidea. Abuso de carne en la alimentación”.

Muchos autores alemanes ven, como verdadera causa de la apendicitis crónica, a la constipación por atonía cecal, la que produciría, aun sin intervención de tiflitis, la inflamación crónica del apéndice.

Volvemos a ocuparnos del *abuso de la carne en la alimentación*, la última de las causas etiológicas

enunciadas por Comby, por cuanto le atribuimos gran valor. La constipación de que nos hablan los autores alemanes como causa de apendicitis crónica, no es sino consecuencia de un régimen alimenticio carnívoro. Muy elocuente nos parece el fenómeno constatado por L. Championniere. Este autor encontró, en Rumania, que en 22.000 enfermos de la campaña, todos vegetarianos, no pudo constatarse una sola apendicitis, mientras que en las ciudades, donde los habitantes son carnívoros, se encuentra un apendicular entre cada 221 enfermos.

En el Hospital de Niños, recorriendo las historias de los enfermos operados de apendicitis, hemos encontrado la constipación en los antecedentes del 50 % de ellos. La proporción subiría considerablemente si los antecedentes fueran fáciles de conseguir en todos los casos.

Antes de terminar este capítulo, creemos conveniente mencionar otra causa de apendicitis crónica. Nos referimos al *ciego móvil*.

El enfermo cuya historia corresponde a nuestra observación V estuvo en una sala de clínica, donde se hizo el diagnóstico de apendicitis crónica. Pasó, en observación, a una sala de cirugía, donde los médicos, ante una elocuente placa radiográfica del enfermo en cuestión, diagnosticaron ciego móvil. Se intervino la enfermita, y se encontró un cie-

go móvil, como también, lesiones de apendicitis crónica. Se practicó la fijación del ciego, previa apendicectomía. El Dr. Manñel Ruiz Moreno que, entre nosotros, es uno de los que estudian el ciego móvil, nos dijo que la apendicitis crónica era una consecuencia de la afección antes mencionada. El doctor E. Icasati piensa de idéntico modo, pues en su tesis de 1917, considera a la apendicitis crónica como una complicación frecuente del ciego móvil.

CAPITULO II

ANATOMIA PATOLOGICA

Hemos de detenernos algunos instantes en este capítulo, por la importancia que asignamos a la falta de relación que hay, en muchos casos, entre el cuadro clínico presentado por el enfermo, y las lesiones macro y microscópicas encontradas en el apéndice y sus vecindades.

Henri Blais, estudiando las formas graves de la apendicitis en el niño, llegó a esta conclusión: "no hay relación constante entre la lesión anatómica y su expresión clínica; sin embargo, en tesis general, las formas graves están ligadas a lesiones destructivas del apéndice; pero la recíproca no es cierta".

Esta falta de paralelismo es, en la apendicitis crónica, mucho mayor. “La apendicitis crónica tiene una personalidad clínica más bien que histológica”, escribía Silhol, en su comunicación sobre esta materia dirigida al Congreso de Cirugía de París del año 1911.

En el niño, añadiríamos nosotros, es más difícil aún relacionar el cuadro clínico con la lesión anatómica, dada la escasa exactitud — en cuanto a intensidad se refiere—que los pequeños enfermos pueden aportar en los síntomas subjetivos.

Consideraremos, en este trabajo, las lesiones de apendicitis crónica posterior a un ataque agudo y las lesiones de apendicitis crónica d'embrée, es decir, sin crisis aguda anterior.

Después de una crisis aguda. — En este caso, las lesiones de apendicitis crónica varían por muchos factores, pudiendo citarse entre las principales: la intensidad del ataque, el tiempo transcurrido entre él y el momento de la intervención, etc.

Las más constantes o, mejor dicho, más frecuentemente encontradas son las adherencias del apéndice solamente o del apéndice y del ciego con el peritoneo parietal; hipertrofia de los repliegues serosos periapendiculares y pericecales; y la epiploítis aguda.

Generalmente el apéndice está hipertrofiado y

su aspecto semeja el de una masa carnosa, pero en algunos casos está atrofiado. La luz apendicular es irregular, por lo común; contiene o no materia o cálculos, y los folículos linfáticos están aumentados de volúmen en unos sitios, esclerosos y atróficos en otros. El meso es, casi siempre, muy vascular.

Inflamación crónica d'emblée. — La lesión característica de esta forma crónica, aunque algunas veces haya sido también observada después de una crisis aguda, es la esclerosis. Ella se presenta como una banda nacarada, principalmente manifiesta hacia la extremidad del apéndice, o produce tabicamientos u obliteraciones en la luz apendicular.

Algunas veces se encuentran lesiones macro y microscópicas, semejantes a las comunmente halladas en un proceso apendicular agudo, por lo que algunos autores llegaron a decir que, en tales casos, los enfermos habrían tenido un ataque agudo más o menos lejano e ignorado. Pero esto no ocurre con frecuencia; lo común es que las lesiones sean escasas o, por mejor decir, difíciles de encontrar en el curso de un examen visual, como el que efectúa el cirujano en el momento de la intervención, ya que microscópicamente se las encuentra con facilidad.

Tan escasas son estas lesiones macroscópicas, que muy a menudo se vé un apéndice completamente normal, en apariencias; pero que el examen

practicado en el laboratorio evidencia esclerosis en masa de la pared apendicular, esclerosis de la extremidad del apéndice solamente, mucosa blanquecina y atrofiada, o folículos hipertrofiados, hemorrágicos y hasta supurados, como en el caso siguiente que presentan Berard y Vignard: en un apéndice, aparentemente sano, se encontraron tres pequeños puntos purulentos; nunca hubo ataque agudo y el diagnóstico de apendicitis crónica fué hecho por los síntomas propios de la enfermedad.

Los autores antes citados, que tan detenidamente estudiaron las lesiones de la apendicitis, al referirse a la forma crónica d'emblée, dicen: "En esta forma, las lesiones macroscópicas son tan escasas y hasta nulas, que muchas veces los cirujanos han creído un error de diagnóstico al ver el ciego y el apéndice aparentemente sanos".

Arístide Blacher, que estudió la forma atrófica de la apendicitis crónica, en su tesis inaugural anota: "En la gran mayoría de los casos de apendicitis crónica, en el momento de la intervención, el cirujano cae sobre un apéndice hipertrofiado, turgente, pudiendo llegar su grueso al de un dedo meñique; pero algunas veces, al contrario, el apéndice está muy modificado, reducido por los progresos de la esclerosis, a un delgado cordón blanquecino; esta es la forma crónica atrófica sobre la cual

Walther, Ricard y Ed. Schwartz han llamado la atención”.

En el caso N.º V, que publicamos, se encontró en la intervención un apéndice aparentemente normal. Varios cirujanos negaron la existencia de lesiones de apendicitis crónica. Pocos días después, el resultado del examen histológico nos daba la razón. En los demás casos no tenemos comprobación de laboratorio; pero ¿qué mayor prueba que los resultados post-operatorios?

Véanse, al respecto, las historias que insertamos.

CAPITULO III

SINTOMAS

Dolor espontáneo. — Aunque no es constante este síntoma, tiene mucha importancia. Comúnmente, y en especial en el adulto, la intensidad del dolor no basta para hacer quejar al enfermo o inmovilizarlo por completo. La mayoría de las veces es, simplemente, una sensación vaga de torsión o de tironeamiento interno, y la localización habitual del dolor se halla a nivel de la fosa íliaca derecha. Su duración es limitada, de minutos y hasta de segundos solamente. Se lo ha comparado con un pequeño cólico que pasa y que deja, detrás de él, un adormecimiento de la zona atacada.

En el niño, este síntoma se observa con mayor frecuencia y tiene algunas características propias y dignas de mención.

Por lo general, el dolor se presenta intermitente. A veces es constante, como veremos en algunos

casos de las observaciones que publicamos. La intensidad de la sensación dolorosa es mayor: un verdadero dolor que sorprende al enfermo en un estado de perfecta salud aparente. “De golpe, en medio de sus juegos, en ocasión de un movimiento violento, de un esfuerzo brusco, de una carrera, de un choque, el niño siente un dolor violento que no dura sino unos minutos; es una sensación penosa de torsión la que se traduce por palidez súbita de la cara; el niño, muy alegre hasta entonces, deja de jugar, palidece, y lleva la mano a su vientre. Es en este instante o poco después de esta pequeña crisis dolorosa, que el niño tiene un vómito alimenticio, acuoso o bilioso. Luego, el dolor pasa y el niño deja su asiento o el sillón para comenzar de nuevo, aunque menos alegre y contento, sus juegos interrumpidos” (Girou).

En cuanto al sitio del dolor podemos decir que, en la gran mayoría de los casos, está localizado en la fosa ilíaca derecha; pero, en una buena proporción, el niño lo acusa, por orden de frecuencia, al rededor del ombligo, en el epigastrio, irradiado hacia el hígado, hacia el pubis, hacia el muslo, etc.

Se ha dicho (por la posición que, en las intervenciones, se ha encontrado al apéndice) que el dolor se propaga hacia el hígado cuando el apéndice está alto; hacia la región lumbo ilíaca cuando es

retro cecal; hacia el hipogastrio cuando es pelviano.

Dolor provocado. — Por ser mucho más constante, y porque una serie de enfermos que espontáneamente no sufren de su apéndice y tienen, sin embargo, un apéndice que acusa sus lesiones por el dolor a la presión, los autores están de acuerdo en atribuir gran valor a este síntoma. Ahora bien; en contra de aquellos que, exagerando la nota, llegaron a decir que si falta este síntoma no hay apendicitis crónica, recordaremos, tan sólo, que no son pocos los casos de diagnósticos de apendicitis crónica hechos sin este elemento de juicio, y que fueron confirmados, más tarde, en la intervención y en los exámenes histológicos.

Comby diagnosticó apendicitis crónica por el estado de un niño. (palidez, flaqueza, lengua saburral, constipación) pues en repetidos exámenes no encontró dolor en la fosa ilíaca. En el momento de la intervención de este enfermo se encontraron serias lesiones crónicas.

El dolor provocado es, generalmente, fijo. Cuando un examen lo ha encontrado en un punto, los exámenes siguientes lo constatarán en idéntico sitio. Además, para que adquiera todo su valor, el dolor debe ser profundo (carácter que lo diferenciaría de cualquier dolor cuya causa estuviera en los planos de la pared abdominal), limitado a una

pequeña extensión, constante; y, por último, la sensación dolorosa debe persistir, por algunos minutos, después de la palpación.

La localización del dolor está, por regla general, en la fosa ilíaca derecha, pero no es raro encontrar la dolencia en el epigastrio y, especialmente, al rededor del ombligo.

Algunos autores, queriendo precisar el sitio del dolor en la fosa ilíaca, han hecho investigaciones con este objeto y han llegado a descubrir varios puntos. Así vemos que, en el adulto, los tratadistas hablan de los puntos de Mac Burney, de Lanz, de Morris, de Munro, etc.

Nosotros nos referimos solamente a los puntos de Mac Burney y de Lanz; en primer lugar, porque son los más importantes, y en segundo término, porque en el niño, con su fosa ilíaca de por sí reducida, a causa de la distancia insignificante que lo separa a uno de otro de los puntos indicados más arriba, el dolor que se provoca en uno de ellos se confunde con el dolor que corresponde a otro distinto.

Punto de Mac Burney, punto clásico, sitio de elección del dolor: tales son las denominaciones que, por su importancia, ha merecido de los autores. Estaría colocado—dice su autor—a un pulgar y medio o dos pulgares de la espina ilíaca anterior y superior, sobre una línea oblicua que fuera desde esta

espina al ombligo. Como tal medida deja de ser exacta en los niños, se busca el punto tomando la mitad de la distancia que hay entre la espina ilíaca y el ombligo.

Hoy, el punto de Mac Burney ha perdido, en parte, el valor que en otra época tuviera. Muchos cirujanos observaron que frecuentemente el dolor estaba localizado por dentro y por debajo del clásico punto en cuestión.

Lanz estudió y ubicó un nuevo punto, dándole su nombre. Está situado en la unión del tercio derecho con el tercio medio de la línea que uniría las dos espinas ilíacas antero-superiores.

Liertz, en 1909, estudió la situación del apéndice. Por transfixión con grandes agujas, buscó en 85 cadáveres el sitio del apéndice, con relación a la pared abdominal, y encontró que 6 veces la aguja clavada en el punto de Mac Burney tocaba o estaba más próxima a la implantación de este órgano, que la aguja clavada en el punto de Lanz; mientras que la aguja, clavada en este último punto, tocaba o se encontraba a menos de dos centímetros de la base del apéndice, en 69 observaciones. Los demás casos eran anomalías de vísceras.

Más recientemente, en 1910, Garan efectuó investigaciones anatómicas en 28 cadáveres y llegó a la conclusión de que en el 86 % de casos, el punto

de Lanz corresponde al sitio anatómico del apéndice.

En el Hospital de Niños, gracias a la gentileza que caracteriza al Jefe de Laboratorio, Dr. Juan Bacigalupo, de quien estamos reconocidos, hemos encontrado material para esta clase de trabajos.

Al practicar prolijamente la autopsia en niños cuya edad no pasaba de 9 años, después de clavar finas agujas en los puntos de Mac Burney y de Lanz, hemos constatado las siguientes cifras, sobre un total de 34 cadáveres autopsiados:

1.º La base del apéndice se encontraba a menor distancia de 1 centímetro del *punto de Lanz*, en el 37.17 % de los casos observados.

2.º En el 22.85 %, la implantación del apéndice se hallaba a menos de 1 centímetro del *punto de Mac Burney*.

3.º La base del apéndice se encontraba, en el 8.57 %, *equidistante de los dos puntos*.

4.º En el 28.57 %, la base de implantación del apéndice se hallaba *muy distante de ambos puntos*. (De estos casos, en 5 el ciego estaba considerablemente alto; y en otros 5, el ciego fué encontrado en la excavación pélvica).

En la infancia, como vemos, la variación del sitio del apéndice, con relación a la pared abdominal, es mayor que en el adulto. Las situaciones alta

y baja son bastante frecuentes, y con algún predominio de esta última, en las niñas.

Ahora, ¿por qué correspondiendo el punto de Mac Burney menos veces que el punto de Lanz al sitio anatómico del apéndice, clínicamente o sea en el vivo, el dolor en aquél punto es mucho más frecuente?

Para contestar a esta pregunta, los autores han emitido varias hipótesis:

El punto de Mac Burney corresponde al territorio cutáneo del segmento medular al cual se dirigen los nervios aferentes del apéndice (Garan).

La localización de los ganglios y linfáticos del meso y su participación en los procesos infecciosos, explica tal vez el sitio casi constante del punto de Mac Burney, cualquiera que sea la situación del apéndice (Jalaguier).

Parece que el dolor en el punto de Mac Burney indicara la reacción del peritoneo parietal y no la presencia del órgano enfermo, por debajo del punto sensible (Lafon).

Concluiremos diciendo que hoy se considera como punto clínico al de Mac Burney, y como anatómico al de Lanz.

En cuanto al método de buscar el dolor, es el siguiente: con la extremidad de un dedo se depri-me la pared abdominal presionando, poco a poco,

hasta llegar a la mayor profundidad posible. El procedimiento indicado por Rovsing es éste: poner la palma de la mano derecha sobre la fosa ilíaca izquierda y, comprimiendo la S ilíaca, deslizarla hacia el cólon descendente para echar los gases en el cólon transverso y de allí al cólon ascendente. Los gases llegarían, de este modo, al ciego; penetrarían, en parte, en el apéndice y, al distenderlo, despertarían el dolor en el sitio de elección.

Es un procedimiento útil en los casos que por una razón cualquiera, (dolor demasiado intenso, coincidiendo, en una mujer, con lesión de anexitis aguda), se hace difícil encontrar el punto de Mac Burney por el método común. En la infancia, la táctica seguida por el profesor Rovsing tiene muy escasa importancia, puesto que, en el niño, la circunstancia apuntada más arriba constituye una excepción.

Constipación. — Los autores concuerdan en que, después del dolor, este síntoma es de los más constantes. Se trata de una constipación rebelde; no la curan las purgantes, enemas ni laxantes, y el empleo inmoderado de esas medicaciones resulta contraproducente, como ocurre con la constipación de los colíticos.

Ciertos enfermos se quejan de diarrea en vez de constipación. Cada tres o cuatro días tienen va-

rias deposiciones diarréicas, a veces sin cólicos, expulsando materias líquidas y fétidas. Sin embargo, tales enfermos son constipados, observan algunos autores que interpretan de este modo el fenómeno: son constipados cecales y no sigmoideos; sus deposiciones, en vez de ser duras (característica de las materias sigmoideas) son líquidas, porque siendo cecales o casi ileales no han sufrido la digestión cólica que por deshidratación las hace sólidas.

Vómitos. — Pueden producirse sin ninguna regularidad, en ocasión de un enfriamiento, de una ingestión alimenticia más copiosa que las del régimen habitual, o a causa de la comida de ciertas substancias.

Frecuentemente, las diferentes causas etiológicas enunciadas provocan sólo un estado nauseoso. Anotamos esta circunstancia porque en uno de nuestros enfermos (observación II) fué aquél su principal trastorno gástrico.

Algunos niños tienen vómitos que se reproducen, con cierta regularidad, cada mes o cada seis semanas. Los vómitos se acentúan varias veces durante un día o dos, y desaparecen por un lapso de tiempo generalmente igual. Estos son los vómitos periódicos o cíclicos, llamados también acetonémicos, a los que Comby considera como una crisis frustrada de apendicitis, y, por atribuirles tanta importancia,

llega a sospechar de apendicular crónico a todo niño que vomita fácil y frecuentemente.

Este autor tuvo una ñfermita que después de 48 crisis de vómitos cíclicos, sufrió un ataque neto de apendicitis, curándose después de operada.

Otros síntomas. — La apendicitis crónica trae, en los niños, una serie de pequeños síntomas que es conveniente anotar.

Examinando el apetito nos aperebiremos que el niño come poco; hay dificultad para nutrirlo, es necesario forzarlo a que se alimente. Otras veces, el apetito es caprichoso, irregular, y sólo por excepción se le encuentra exagerado.

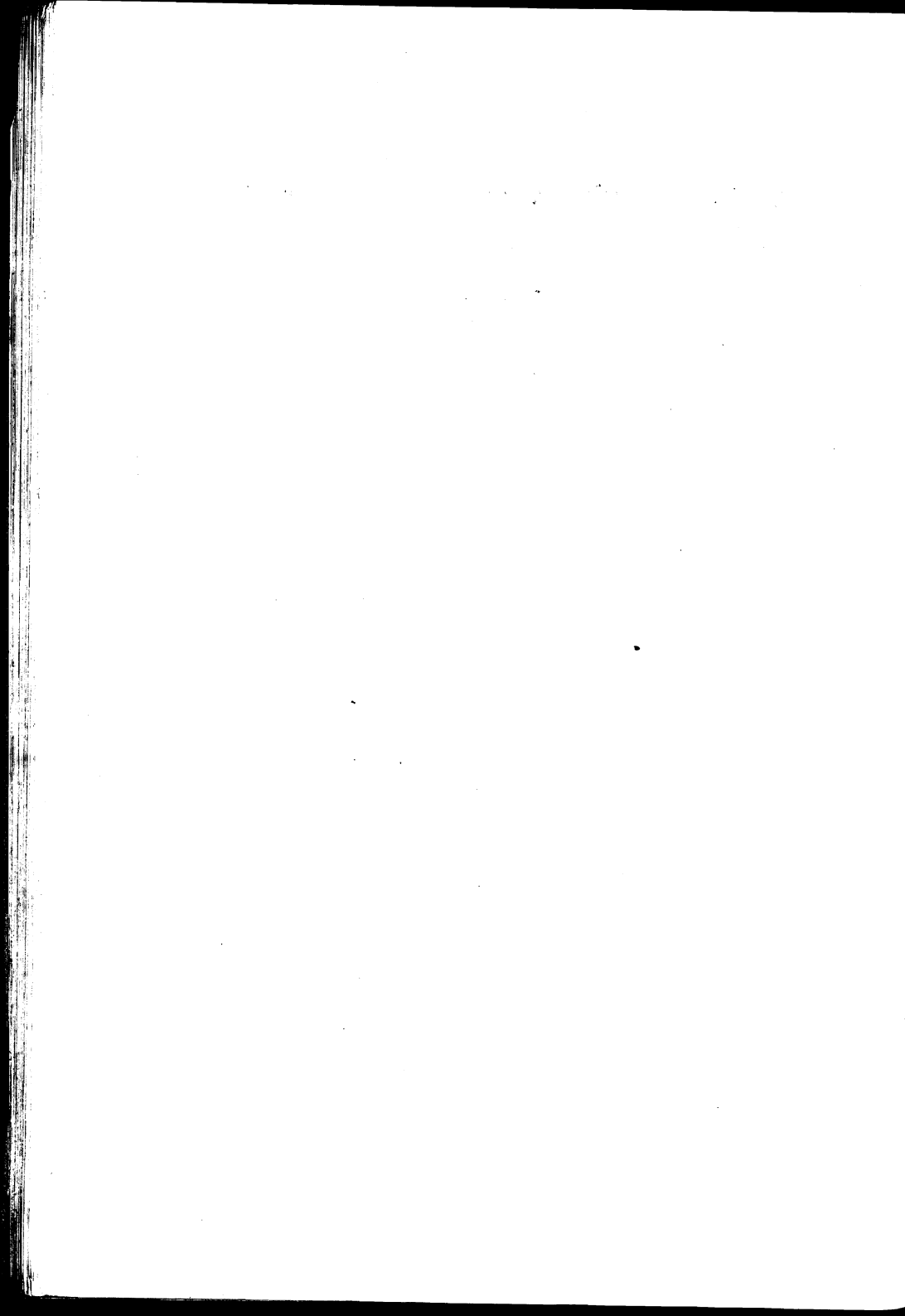
El intestino y el estómago funcionan mal, las digestiones son penosas, hay dispepsia flatulenta y signos de dilatación de estómago. Con frecuencia se observa embarazo gástrico a repetición, que sobreviene sin causa alimenticia, y se caracteriza por estado nauseoso, anorexia absoluta, lengua saburral, etc.

Cuando son bien analizados, los trastornos de la nutrición tienen cierto valor diagnóstico. En los simples dispépticos, comunmente se constata adelgazamiento, pérdida de fuerzas, etc.; pero en los apendiculares crónicos llama la atención cierta alteración del semblante que es más marcada que en aquellos. En el niño, la detención del crecimiento—

observa Lafon—es un signo que debe hacer pensar en apendicitis.

La lengua casi constantemente está saburral, y si a esta circunstancia se agrega la de mal estado general del niño, sin concomitancia de otro síntoma intestinal, es motivo suficiente para sospechar en apendicitis crónica (Girou).

Casi todos los enfermos, fuera de un ataque agudo, evolucionan sin temperatura; pero, en los casos que se la constata, es poco elevada, de algunos décimos de grado solamente.



CAPITULO IV

DIAGNOSTICO

En el capítulo anterior hemos analizado los síntomas, dándole a cada uno la importancia que le corresponde en el diagnóstico. Por eso no nos detendremos aquí para describir las formas clínicas, que serían tantas como enfermos examináramos; pues en un paciente predominaría un síntoma distinto al que se encontraría, con caracteres más salientes, en otro.

El diagnóstico debe basarse en el conjunto de síntomas y signos que presente el enfermo; y no en la consideración de uno sólo de ellos, por más elocuente que parezca.

Es necesario un interrogatorio metódico y un examen completo y repetido para que el médico pueda basar científicamente el diagnóstico.

Para cualquier enfermo debe interrogarse res-

pecto a sus funciones digestivas e intestinales; sobre la sensibilidad abdominal, tratando de precisar si el dolor sobreviene sin causa apreciable, sorprendiendo al niño durante la noche, en pleno sueño, o durante el día, en medio de sus juegos.

En presencia de una crisis aguda, la primera preocupación del médico — según Berard y Vignard — será averiguar si el enfermo ha tenido anteriormente un ataque parecido. Una respuesta negativa satisface generalmente la indagatoria de los antecedentes del enfermo; pero si ellos fueran tomados con prolijidad harían descubrir, a menudo, malestares anteriores, trastornos digestivos rebeldes a toda medicación, relacionados con las causas más diversas, y de las cuales el apéndice crónicamente inflamado era sólo el responsable.

¿Cuántos enfermos operados en ocasión de una crisis aguda — agregan los autores citados — no vieron más, al final de la convalecencia, los dolores gástricos e irregularidades intestinales que los obligaban a seguir un régimen severo y penoso?

La palpación ocupa la mayor parte del examen del enfermo. Ella no será abandonada aunque resulte negativa la investigación del síntoma dolor en el punto clásico. Por el contrario, la movilidad del apéndice y su situación anormal, tan frecuente, obligan al médico a buscar el dolor en otros puntos:

cerca de la sínfisis, por ejemplo, o a nivel del ombligo, o por debajo de las costillas en el lado derecho, y hasta en la fosa ilíaca izquierda.

En otro lugar, ya hemos dicho que los síntomas subjetivos tienen una significación especial en la infancia. Por otra parte,—observa Girou—es necesario saber practicar este examen en los niños. Por temor al médico, en los pequeños, y a la operación en los más grandes, los enfermitos no acusan dolor cuando se lo provoca; pero un clínico experimentado sabe leer la traducción: algo de palidéz brusca en la cara, una pequeña mueca, un leve movimiento de flexión del muslo derecho, un ligero estado nauseoso, es suficiente.

Cuando se trata de apendicitis crónica a forma de repetición o de apendicitis crónica posterior a un ataque agudo, el diagnóstico, por norma general, es fácil. No sucede lo mismo en la forma crónica d'emblée. Para estos casos es indispensable la clase de interrogatorio y examen a que nos referimos antes de ahora.

La afección que nos ocupa es motivo, frecuentemente, de diagnóstico diferencial con otras enfermedades. Pero no nos ocuparemos de éstas, porque más corresponderían al adulto. En la infancia, las anexitis serían, por ejemplo, motivo de diagnóstico diferencial tan sólo en casos de excepción. Por esta

razón trataremos únicamente de diferenciar la apendicitis crónica de dos afecciones que se observan con frecuencia en el niño.

Apendicitis crónica y enteritis muco membranosa. — Es frecuente la coexistencia de estas dos afecciones. Cuando se sospeche esta circunstancia deberá colocarse al enfermo en reposo y a régimen. De este modo se conseguirá mejorar la colitis, y, entonces, algunos síntomas propios de la apendicitis (dolor en el punto de Mac Burney, en primer término) aparecerán netamente.

En la entero colitis, el dolor es difuso en todo el abdómen, con cierta predilección en el cólon transverso. En la apendicitis es fijo y se halla más localizado.

No olvidaremos, tampoco, que el examen de las materias fecales puede ser de gran utilidad.

Apendicitis crónica y ciego móvil. — Muy recientemente, en 1917, el doctor E. Icasati estudió, en su tesis inaugural, el ciego móvil. En el capítulo que dedica a la sintomatología, nos llama la atención que ciertos síntomas sean muy semejantes, si no idénticos, a los observados en la apendicitis crónica.

En el diagnóstico diferencial de estas dos en-

fermedades, dice: “En ambos casos hay constipación, dolor, náuseas y aún vómitos. En la apendicitis hay temperatura, (pocas veces, diríamos nosotros) que falta en la crisis cecal. La constipación crónica y la diarrea crónica son síntomas comunes”.

Le concede importancia a este hecho: “Presionando en la fosa ilíaca derecha en un apendicular crónico, (principalmente en el momento del cólico) acusará siempre dolor o aumento del dolor; por el contrario, en el enfermo de ciego móvil, aún en pleno cólico cecal, la presión en la fosa ilíaca derecha calma el dolor”.

De los siete enfermos cuya historia presenta Icasati, dos de ellos fueron operados de ciego móvil, pero al mismo tiempo se les resecó el apéndice, que fué encontrado con lesiones crónicas.

En otra oportunidad tuvimos ocasión de referirnos al enfermo cuya historia corresponde a nuestra observación V. Ya dijimos, también, que al principio se diagnosticó apendicitis crónica, y luego ciego móvil. En la intervención se practicó fijación del ciego, previa apendicectomía.

Para la demostración científica de que la sintomatología provocada por el ciego móvil es la misma que la que corresponde al apéndice crónicamente inflamado habría sido de desear que la intervención realizada se hubiese hecho en dos tiempos: 1.º

apendicetomía; 2.° cecopexia. ¿Quién nos asegura que, también en este caso, con sólo la extirpación del apéndice la niña no hubiera curado su afección, como hemos tenido oportunidad de ver en otro enfermo?

Pensamos que el examen con los rayos X sería el único medio de diferenciación.

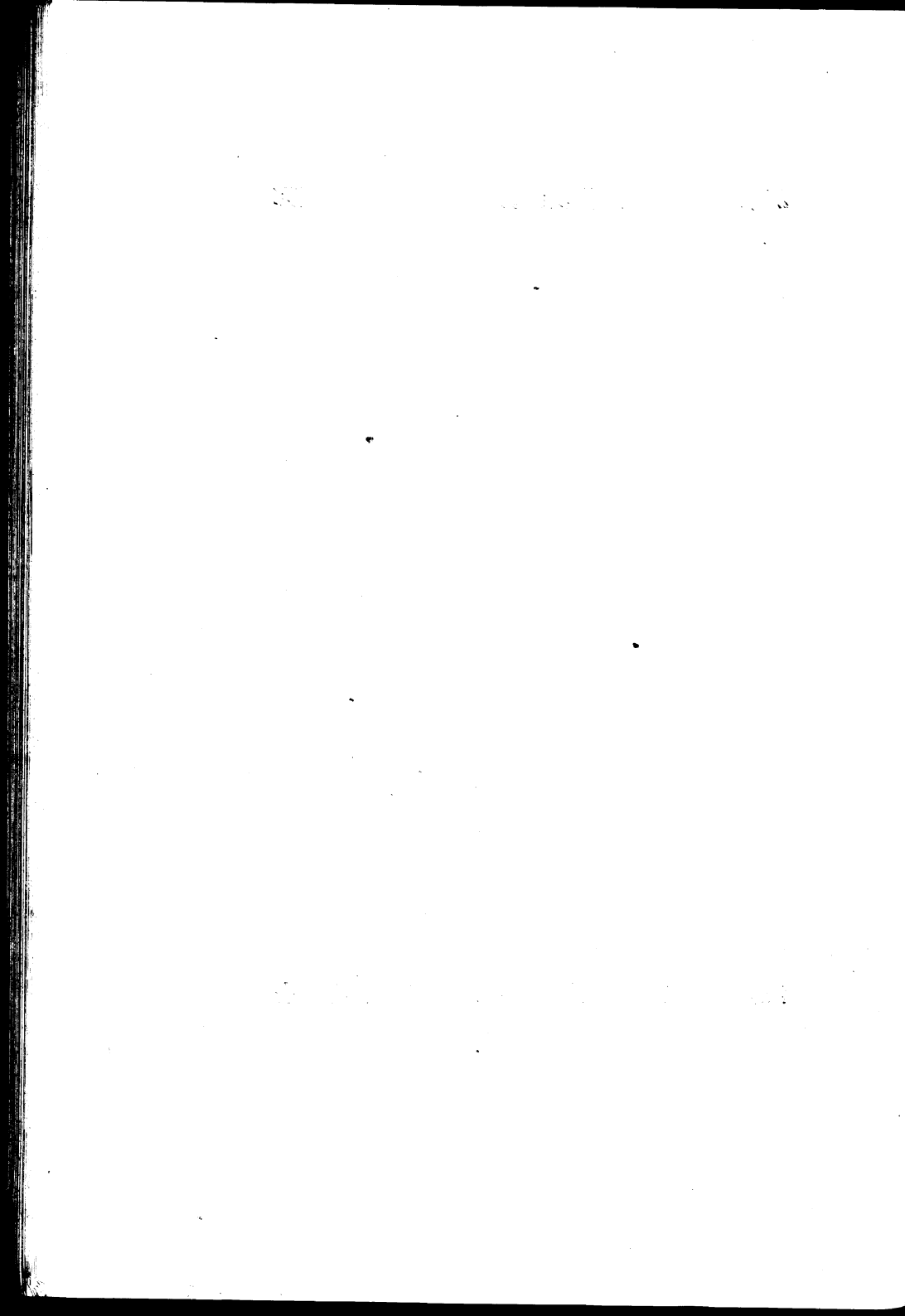
¿O acaso el ciego móvil, siendo una afección congénita, se exterioriza clínicamente recién cuando ha producido la apendicitis crónica, y se manifiesta por medio de los síntomas propios de esta última enfermedad?

Por último, esta diferenciación no tiene valor tan grande en la medicina práctica, pues casi todos los cirujanos extirpan el apéndice antes de fijar el ciego.

CAPITULO V

TRATAMIENTO

Hoy ya no se discute. El tratamiento quirúrgico se impone como el único capaz de curar al enfermo. En los niños se hace más indicado, puesto que en ellos el tratamiento médico es muy difícil, cuando no imposible.



OBSERVACION I

Sala IV (Servicio del Dr. R. Cabrera)

Piedad D, 9 años. Ingresó al servicio el 3 de Septiembre.

Antecedentes hereditarios y personales: sin importancia.

Su enfermedad actual data de hace dos meses y medio, aproximadamente. La enfermita refiere que se encontraba sana, que había salido de paseo y que ese mismo día empezó su enfermedad con fuerte dolor de cabeza, de todo el cuerpo y fiebre muy alta. Dos días después siente dolor al vientre—principalmente en el flanco derecho—que se volvía

intenso cuando flexionaba la pierna del mismo lado; tenía náuseas frecuentes, sin llegar al vómito, y constipación.

Guardó cama durante dos o tres días, después de los cuales la enfermita, aparentemente sana, empezó a alimentarse, pero, aunque atenuado, el dolor persistía; lo sentía cuando caminaba, irradiándose hasta el muslo, y desaparecía por completo cuando estaba inmóvil o en cama.

Estado actual: nada de anormal fuera del dolor en la región apendicular, (punto de Mac Burney) provocado por la palpación profunda. Escasa defensa muscular. Encontrándose en cama, la enfermita no siente ningún dolor espontáneo, pero en cuanto se la hace levantar y caminar, aparece un intenso dolor en la fosa ilíaca derecha con propagación al muslo. La marcha normal es imposible; la enferma camina flexionando fuertemente la pelvis sobre el muslo. El dolor desaparece tan pronto como la niña se sienta.

Operación: ciego muy bajo; apéndice ligeramente congestionado, sin adherencias, de doce centímetros de longitud. Apendicectomía. Pocos días después de la intervención, la enfermita se levanta y camina perfectamente. Ya no hay dolor espontáneo ni provocado a la palpación profunda. Salió de alta, curada.

OBSERVACION II (*inédita*)

Sala VIII (Servicio de los Dres. M. Castro y M. Viñas).

Adolfo K, 8 años.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: criado a pecho un año. Tuvo coqueluche a los 2 años y sarampión a los 4. Constipado.

Enfermedad actual: hace año y medio comenzó su enfermedad, con temperatura, vómitos alimenticios, e intensos dolores en la fosa ilíaca derecha. Por indicación médica guardó cama durante cuatro o cinco días, después de los cuales el niño se levantó y siguió bien. Dos meses después tuvo un nuevo ataque con la misma sintomatología que el anterior. Desde el principio de su enfermedad hasta hace cuatro meses, aproximadamente, época del último ataque, el enfermo ha sufrido seis. Todos los ataques fueron tratados con dieta y reposo únicamente. El niño quedaba, entre una y otra crisis, aparentemente sano; pero, después de la última, es decir, desde hace cuatro meses, sufre frecuentemente de náuseas, sin que llegue a producirse el vómito, y, además, de un dolor en la fosa ilíaca derecha, que se manifiesta a la manera de una pequeña puntada o.

un tironeamiento interno que aparece y desaparece espontáneamente.

Es en casa o en la escuela,—dice el niño—después de comer o beber leche o agua, que me hace mal y me vienen ganas de vomitar, sin que llegue a hacerlo.

Estado actual: Bien constituido. Buen estado de nutrición. Boca y lengua normales. Conserva el apetito. Muy a menudo, tanto de día como de noche, el niño tiene náuseas, especialmente después de tomar alimentos. Vientre normal a la inspección. Dolor intenso, provocado por la palpación profunda, en el punto de Mac Burney; pero más nítido y de mayor intensidad en el punto de Lanz. No hay defensa muscular, y aunque se puede deprimir bien la pared abdominal, los dedos no tocan nada que llame la atención. Pulso normal. No hay temperatura.

Operación. — Apéndice algo congestionado. Apendicectomía. De alta, curado.

OBSERVACION III (*inédita*)

Sala IV. (Servicio del Dr. R. Cabrera)

Isabel P. 9 años.

Ingresó el 4 de Marzo.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: gastro enteritis en la primera infancia. Criada a pecho 3 meses. Tifoidea a los 5 años y sarampión hace un mes. Constipada habitualmente; diarrea a veces.

Enfermedad actual: hace dos años comenzó, con dolor en el vientre, localizado sobre todo en la fosa ilíaca derecha. Tenía temperatura, que oscilaba entre 38 y 39 grados, constipación, inapetencia y náuseas. Un médico diagnosticó apendicitis y ordenó reposo, dieta, e hielo al vientre. Algunos días después, la niña se levanta, quedándole un malestar general, inapetencia, y un dolor constante, aunque no intenso, en el epigastrio.

Estado actual: nutrición medioocre. Lengua saburral; ligera gingivitis. Dolor espontáneo, poco intenso, casi continuo, en el epigastrio. A la palpación profunda, el dolor se localiza y se intensifica en torno del ombligo. Constipada. No hay punto de Mac Burney ni de Lanz. Sin temperatura.

Operación: Ciego alto. Apéndice en forma de tirabuzón y dirigido hacia arriba. Apendicectomía. Después de la intervención la niña se alimenta bien; su estado general ha mejorado y los dolores han desaparecido.

OBSERVACION IV (*inédita*)

Sala IV. (Servicio del Dr. R. Cabrera)

Angela N. 12 años.

Ingresó al servicio el 24 de Enero ppdo.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: Sarampión a los 10 años; constipada, pasando, a veces, cuatro y más días sin mover el vientre.

Enfermedad actual: Hace siete u ocho meses comenzó su enfermedad con una fuerte puntada en el hipocondrio izquierdo, que aumentaba de intensidad cuando la enferma comía o hacía ejercicios. El dolor se mantuvo en forma intermitente y con poca intensidad. Hace tres meses tuvo frecuentes vómitos alimenticios, precedidos de estado nauseoso, dolor intenso en el epigastrio, ligero estado febril y constipación pertinaz. Después de tres días la enferma mejoró notablemente, persistiendo sólo el dolor al vientre. En forma análoga se ha repetido el acceso, tres veces. Entró al servicio en circunstancias del último ataque. Sin temperatura.

Estado actual: Como se notara cierta defensa muscular en el abdomen, y una zona dolorosa al re-

dedor del ombligo, se ordena dieta lactea y se le coloca una bolsa de hielo al vientre. Algunos días después, a la palpación, no llama la atención otra cosa que el dolor a nivel del ombligo, con propagación hacia arriba. Este síntoma persistió, en forma continua, durante varios de los días que la niña estuvo en observación.

Intervención: apéndice hipertrofiado, siguiendo el lado interno del cólon ascendente. Apendicectomía. Diez días más tarde, la enferma se levanta y se alimenta. El dolor ha desaparecido por completo.

OBSERVACION V (*inédita*)

Sala VI. (Servicio de los Dres. M. Castro y M. Viñas)

Dora W. 9 años.

Ingresó el 3 de Abril ppdo.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: criada a pecho dos años. Ha tenido gastro enteritis. Sarampión y coqueluche a los 8 años.

Enfermedad actual: desde hace aproximadamente seis meses se queja de trastornos digestivos que se traducen bajo forma de dolores abdominales,

que radican especialmente en el hipogastrio y se manifiestan con más intensidad después de las comidas. Tiene la sensación de plenitud del estómago, y constipación habitual; fenómenos que se modifican con un régimen alimenticio severo; medicándose con lacteol y sub-nitrato de bismuto y magnesia, con lo cual sólo se consigue regularizar su vientre, pero no modificar los fenómenos dolorosos. Este tratamiento lo continuó todo el tiempo de su enfermedad y, como no obtuvo mejoría, se la hace ingresar a este servicio, para su mejor observación.

Estado actual: Se hizo el diagnóstico de apendicitis crónica y se pasa la enferma a la sala de cirugía, donde constatan: vientre blando, depresible. A la palpación se nota dolor poco intenso, que se hace más mareado a la palpación profunda, en la región cecal (punto de Mac Burney) y en el hipogastrio. En el resto del abdomen no hay sensación dolorosa. Se nota gorgoteo en la fosa ilíaca derecha. No hay defensa muscular. Reflejos: disminuídos los tendinosos; normales los cutáneos. Una placa radiográfica, tomada después de un enema bismutado, comprueba los síntomas clínicos de ciego móvil, motivando por ello la intervención quirúrgica.

Operación: (Abril 13). Incisión de Jalaguier. Ciego grande, móvil, cubierto de membranas, una de las cuales, a manera de velo, parte de la cara

posterior del ciego y se inserta en el peritoneo parietal posterior. Apéndice con puntos hemorrágicos en su interior. Cecopexia, previa apendicectomía.

Abril 28: de alta.

Mayo 11: se la examina en el Consultorio Externo. No hay dolor a la palpación. Ciego flácido, retraído y fijo. La niña tiene bastante apetito y mueve con regularidad el vientre.

Examen histológico del apéndice: Abierto en toda su extensión, se observan, distribuidas en su mucosa, pequeñas manchas rojas que representan hemorragias y cuyo tamaño varía desde el de una cabeza de alfiler hasta el de un grano de maíz. Estas hemorragias son más abundantes hacia la extremidad del apéndice. El resto de la mucosa no presenta ningún indicio de lesiones inflamatorias. Observado por su cara externa se encuentra el apéndice revestido de su serosa, sin hallarse en ella, vestigios de lesiones inflamatorias anteriores. La pared del apéndice se encuentra adelgazada en su totalidad.

Las lesiones hístolo-patológicas del apéndice son las siguientes: la capa epitelial de la mucosa se extiende cubriendo toda la cavidad del apéndice, hallándose formada por células cilíndricas; hacia adentro numerosas glándulas de tamaño y consti-

tución normal; pero, entre éstas, se observan abundantes derrames sanguíneos que corresponden a las manchas observadas macroscópicamente a través de la capa epitelial. En algunos sitios hay abundantes glóbulos rojos, que se encuentran colocados entre las células epiteliales; y una cantidad más o menos grande de leucocitos alternan con los elementos hemáticos.

En algunos sitios, los folículos linfáticos se encuentran hiperplasiados. La capa muscular se halla adelgazada. La serosa está normal.

De lo expuesto, se deduce que estamos en presencia de una apendicitis crónica sin lesiones inflamatorias periapendiculares.

Nicanor Amaya.

Junio de 1918

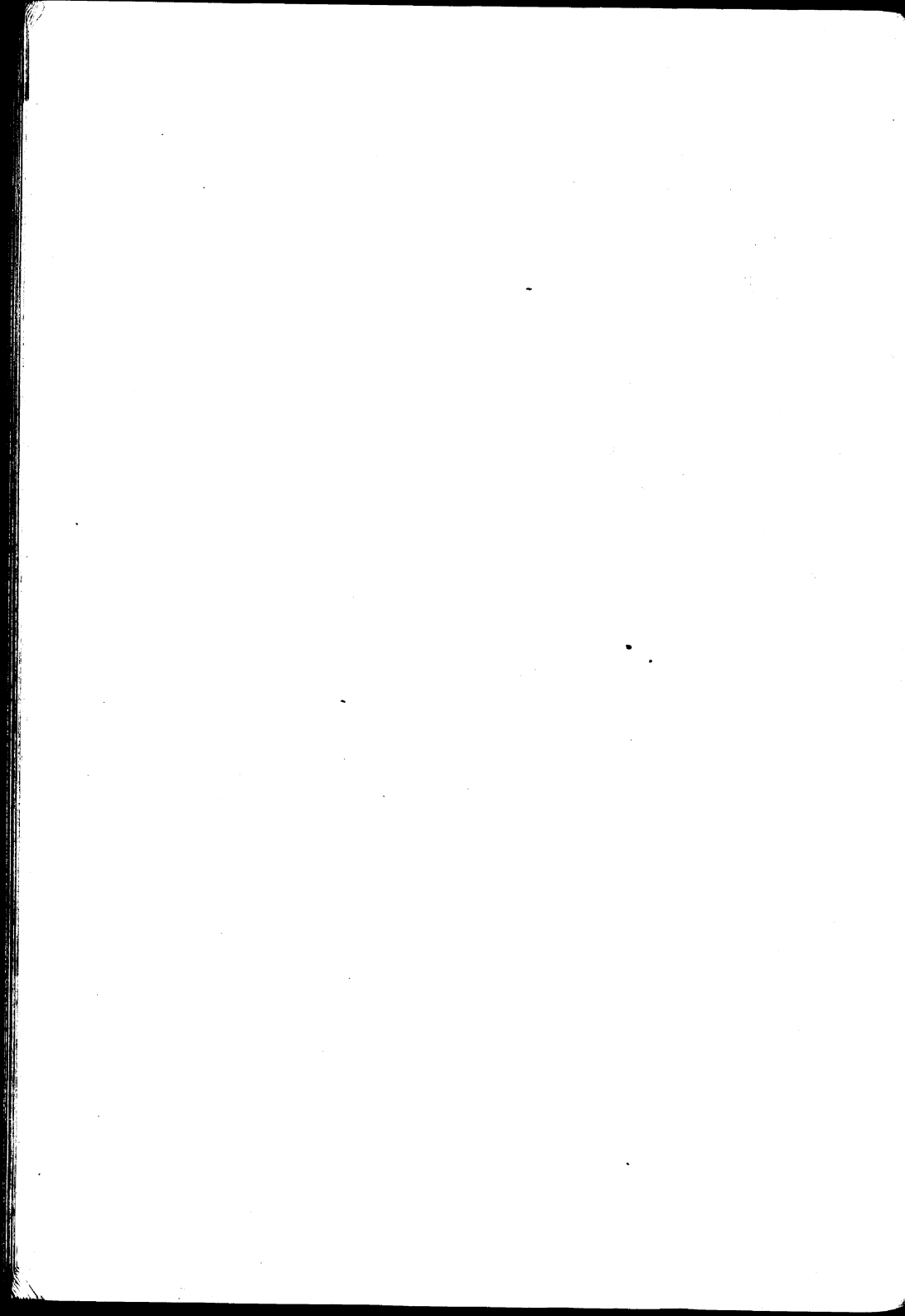


OBRAS CONSULTADAS

- AGUILAR D.** Consideraciones sobre etiología de la apendicitis en la infancia. (Archivo latino americano de Pediatría. N.º 5, Mayo de 1907).
- BARILLET M.** Contribution à l'étude de quelques erreurs de diagnostic dans l'appendicite chez l'enfant. (Tesis, París, 1907).
- BERARD et VIGNARD** L'appendicite. París, 1914.
- BLACHER A.** Appendicite chronique forme atrophique. (Tesis, París, 1910).
- BLAIS H.** Contribution à l'étude des formes graves de l'appendicite chez l'enfant. (Tesis, París, 1906).
- BOULANGER** Contribution à l'étude de l'appendicite dans la première enfance. (Tesis, París, 1913).
- BOVIS (de)** Appendicite des gens âgés. (Société médicale, Mayo de 1905).
- BRIANCESCO** Apendicitis crónica. (Tesis, Buenos Aires, 1913).
- BROCA** Appendicite chronique à symptômes vagues. (Bulletin de la Société de Pédiatrie, 1914).
- „ Diagnostie précoce de l'appendicite chronique chez l'enfance. (Tribune médicale. 29 de Mayo, 1906).

- BROCA Y BARBET** Les résultats éloignés de la résection de l'appendice dans l'appendicite chronique. (Presse médicale, 8 de Agosto, 1908).
- BRUGNATELLI** La appendiciti. (Pavía, 1914).
- CAILLAUD J.** De la coexistence de l'appendicite chronique et de la hernie. (Tesis, París, 1908).
- CHEVASSU PERIGNY** De la fréquence de l'appendicite chronique. (Tesis, París, 1909).
- COMBY** L'appendicite chronique chez les enfants. (Bulletin médical, 10 de Junio, 1908).
- " Vomissements cycliques chez les enfants. (Archives de Médecine des enfants. Octubre de 1909 y Junio de 1910).
- CELESIA A. CHEVALIER COURCIERAS** Appendicitis crónica. (Tesis, Buenos Aires, 1908).
De l'appendicite pelvienne. (Tesis, París, 1900).
Des adhérences péricécales d'origine appendiculaire. (Tesis, París, 1908).
- DIEULAFOY** Etude sur l'appendicite. (Communication faite à l'Académie de Médecine, extrait de la Presse Médicale, París, Marzo de 1896).
- EHRMANN** Appendicite chronique et éntero-colite. (Tesis, París, 1903).
- ESPETXE** Appendicitis crónica y ovaritis esclero quística: concomitancia de las dos lesiones. (Tesis, Buenos Aires, 1917).
- FRANCINI GARAN** L'appendiciti. (Milano, 1911).
Le point de Mac Burney et le point de Lanz. (Lyon Chir. Mayo de 1910).
- GIROU** L'appendicite chronique pure. (Tesis, París, 1913).
- ICASATI E. JALAGUIER** Ciego móvil. (Tesis, Buenos Aires, 1917).
Indication thérapeutique de la appendicite chronique. (Congrés international de médecine, París, 1900) cit. por Girou.
- LAFON J.** Des difficultés du diagnostic de l'appendicite chronique. (Tesis, París, 1912).
- LEJARS** Les points appendiculaires. (Semaine médicale, Marzo de 1908).

- MORISETTI** Des reactions nerveuses de l'appendicite. (Tesis, París, 1906).
- PASMAN R.** Situación alta del apéndice ileo-cecal. (Tesis, Buenos Aires, 1912).
- PEÑA** Appendicitis crónica y su tratamiento. (Tesis, Buenos Aires, 1912).
- PINAUT A.** Appendicite chronique et pseudo tuberculose. (Tesis, París, 1912).
- RASTOUIL A.** Appendicite chronique. (Tesis, París, 1901).
- RECLUS** Appendicite et typhlocolite. (Presse Médicale, Junio, 1906).
- RIOU F.** De l'appendicite chronique. Symptomatologie. Des resultats tardifs de l'opération. (Tesis, París, 1908).
- ROCHER M.** Appendicite chronique à forme asthmatiche. (Tesis París, 1912).
- STEPHAN E.** Contribution à l'étude de l'appendicite chez le nourrisson. (Tesis, París, 1907).
- TALAMON** Appendicite et péricityphlite. (Tesis, París, 1892).
- TEPER J.** Contribution à l'étude de l'appendicite chronique. (Tesis, París, 1911).
- WAGON A.** L'appendicite chronique d'emblée. (Tesis París, 1904).
-



Buenos Aires, Junio 14 de 1918.

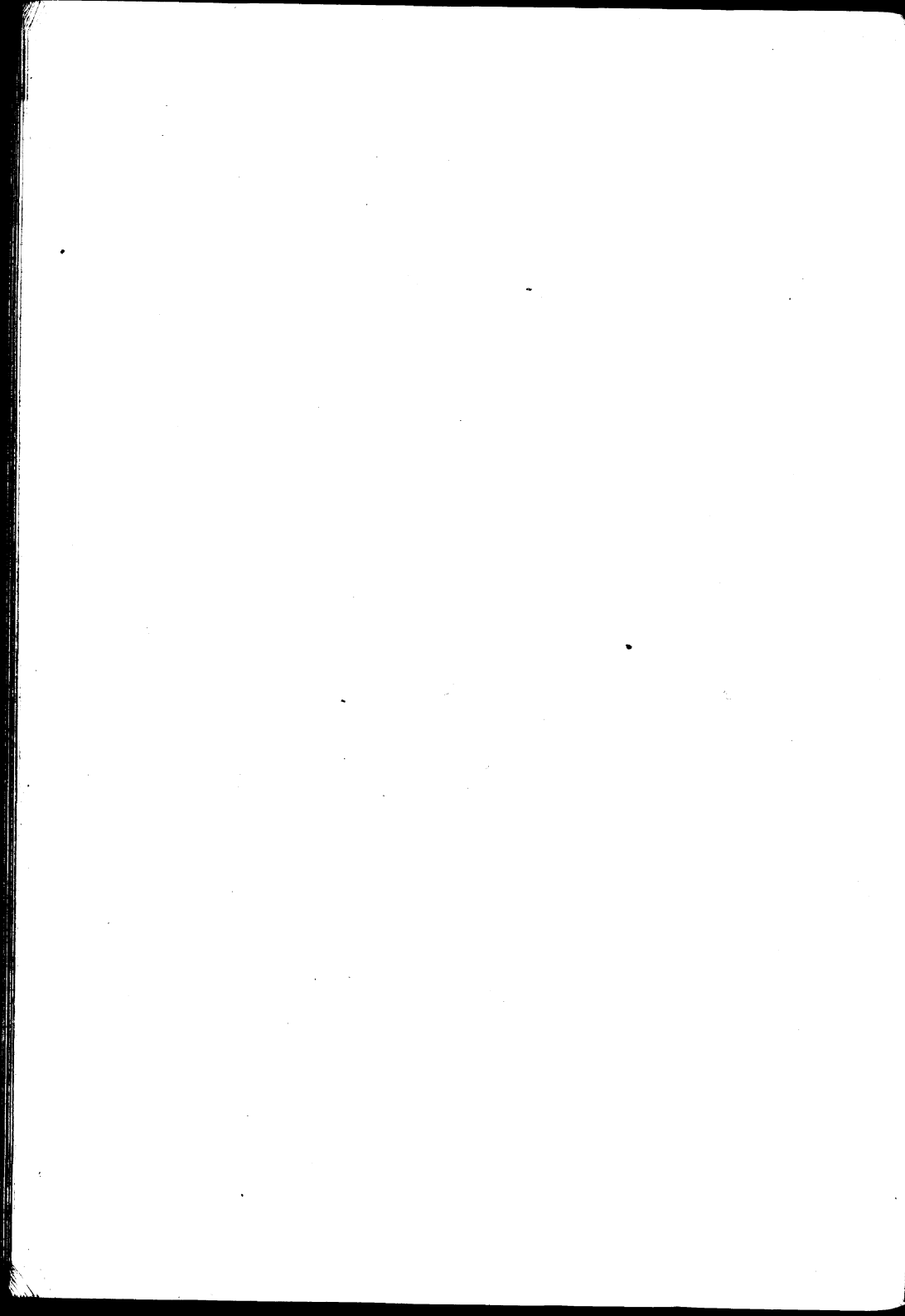
Nómbrese al señor Consejero Dr. Marcelo Viñas, al profesor extraordinario Dr. Carlos Robertson Lavalle y al profesor suplente Dr. Roberto Solé para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la "Ordenanza sobre exámenes".

E. Bazterrica. — J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Junio 27 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3456 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. Bazterrica. — J. A. Gabastou.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico diferencial entre apendicitis crónica y úlcera del duodeno.

M. Viñas.

II

Diagnóstico diferencial entre apendicitis crónica y constipación ileal.

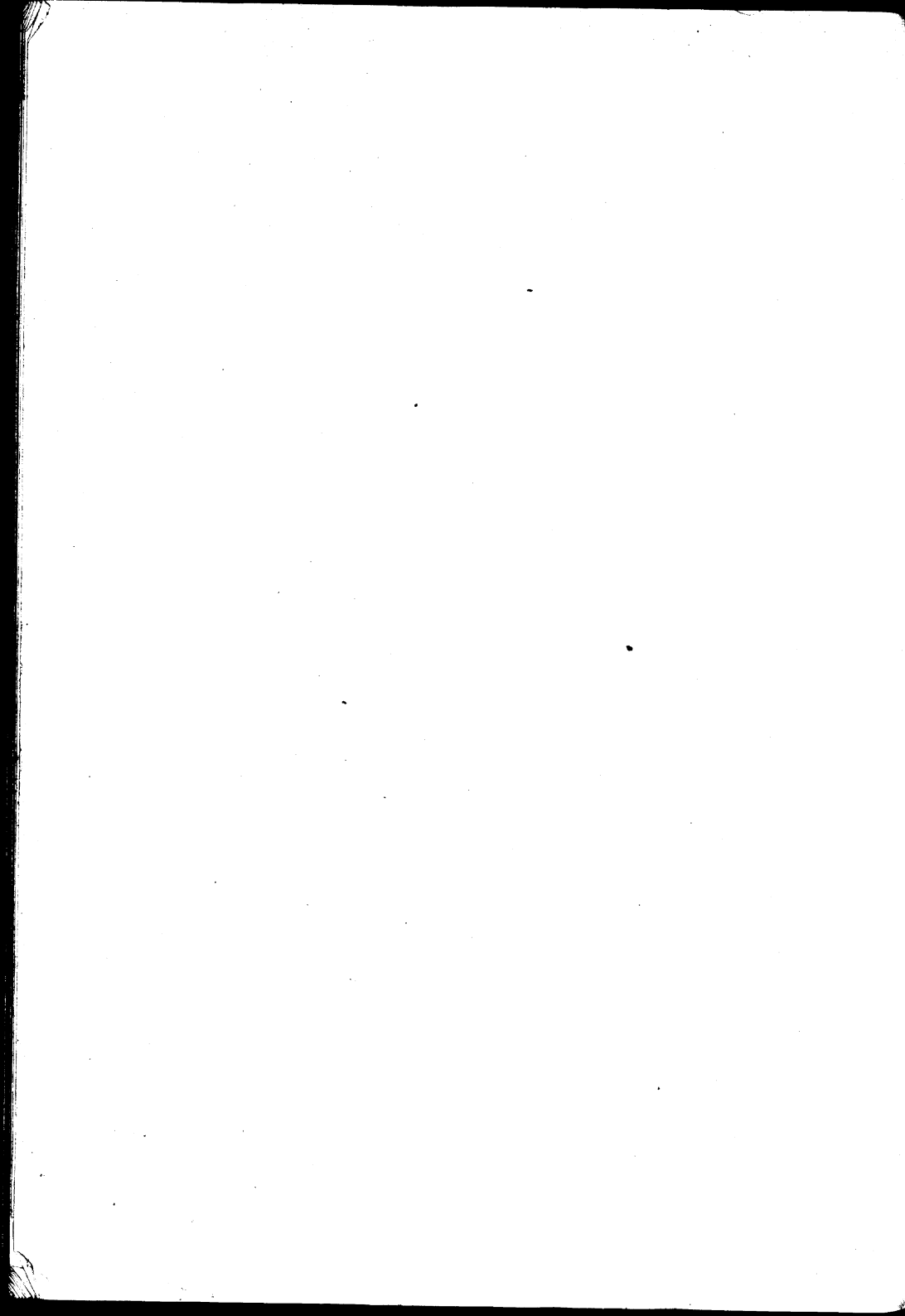
Robertson Lavalle.

III

Valor de la radioscopía para establecer el diagnóstico con pericolicitis y banda de Lane.

R. Solé.

36464



INDICE

Prólogo.....página 33

CAPITULO I

Etiología....." 37

CAPITULO II

Anatomía patológica....." 45

CAPITULO III

Síntomas....." 51

CAPITULO IV

Diagnóstico....." 63

CAPITULO V

Tratamiento....." 69

Observaciones....." 71
