BIBLIOTECA MUNICIPAL
B 48
3

N.° 3341

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO MÉDICO

DE LAS

APENDICITIS AGUDAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN P. CATINO

R. BIBLIOTECA NACIONAL

BUENOS AIRES
«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
2254 — Córdoba — 2254
1917

TRATAMIENTO MÉDICO DE LAS APENDICITIS AGUDAS

Año 1917 N.º 3341

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TRATAMIENTO MÉDICO

DE LAS

APENDICITIS AGUDAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN P. CATINO

BUENOS AIRES
«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
2254 — Córdoba — 2254
1917

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

(Artículo 162 del R. de la F.)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

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. » » JOSE PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
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. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO F. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRED
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO

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

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRÁN

Consejeros

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

Secretarios

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

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUVENCIO Z. ARCE
» PEDRO N. ARATA
» FRANCISCO DE VEYGA
» ELISEO CANTÓN
» 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. GÓMEZ » RICARDO SARMIENTO LASPIUR » JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA » PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
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 GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO 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. DEMARÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES » LUIS AGOTE » IGNACIO ALLENDE » ABEL AYERZA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA » DIÓGENES DECOUD » ANTONIO C. GANDOLFO » MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE
» 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 CÁRLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica	„ GUILLERMO SEEBER
	„ SILVIO E. PARODI
Anatomía descriptiva	„ EUGENIO A. GALLI
	„ JUAN JOSÉ CIRIO
Fisiología general y humana	„ FRANK L. SOLER
	„ BERNARDO HOUSSAY
	„ RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología	„ SALVADOR MAZZA
Química Biológica	„ BENJAMÍN GALARCE
Higiene médica	„ FELIPE A. JUSTO
	„ MANUEL V. CARBONELL
Semeiología y ejercicios clínicos	„ CARLOS BONORINO UDAONDO
	„ ALFREDO VITÓN
Anatomía patológica	„ JOAQUÍN LLAMBÍAS
	„ ANGEL H. ROFFO
Anatomía topográfica	„ ÁNGEL F. SAN MARTÍN
Materia médica y Terapia	„ JOSÉ MORENO
Medicina operatoria	„ ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología externa	„ CARLOS ROBERTSON
	„ FRANCISCO I. CASTRO
	„ CASTELFORT LUGONES
	„ ALEJANDRO CEBALLOS
	„ ENRIQUE M. OLIVIERI
Clínica dermato-sifilográfica	„ NICOLÁS V. GRECO
	„ PEDRO L. BALIÑA
» génito-urinaria	„ JOAQUÍN NIN POSADAS
» epidemiológica	„ FERNANDO R. TORRES
	„ FRANCISCO DESTÉFANO
	„ ANTONINO MARCÓ DEL PONT
» oftalmológica	„ ADOLFO NOCETI
	„ RAÚL ARGAÑARAZ
	„ JUAN DE LA CRUZ CORREA
» oto-rino-laringológica	„ MARTÍN CASTRO ESCALADA
	„ FELIPE J. BASAVILBASO
	„ ANTONIO R. ZAMBRINI
	„ ENRIQUE FERREIRA
Patología interna	„ PEDRO LABAQUI
	„ LEÓNIDAS JORGE PACIO
	„ PABLO M. BARLARO
	„ EDUARDO MARIÑO
	„ JOSÉ ARCE
Clínica quirúrgica	„ ARMANDO R. MAROTTA
	„ LUIS A. TAMINI
	„ MIGUEL SUSSINI
	„ ROBERTO SOLÉ
	„ PEDRO CHUTRO
	„ JOSÉ M. JORGE (H.)
	„ OSCAR COPELLO
	„ ADOLFO F. LANDIVAR
» médica	„ JUAN JOSÉ VITÓN
	„ PABLO J. MORSALINE
	„ RAFAEL A. BULLRICH
	„ IGNACIO IMAZ
	„ PEDRO ESCUDERO
	„ MARIANO R. CASTEX
	„ PEDRO J. GARCÍA
	„ JOSÉ DESTÉFANO
	„ JUAN R. GOYENA
	„ JUAN JACOBO SPANGENBERG
	„ CÁNDIDO PATIÑO MAYER
	„ TULIO MARTINI
	„ 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
» obstétrica	„ ALBERTO PERALTA RAMOS
	„ FAUSTINO J. TRONGÉ
	„ JUAN B. GONZÁLEZ
	„ JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	„ JUAN A. GABASTOU
	„ ENRIQUE A. BOERO
	„ JOSUÉ BERUTTI
	„ NICANOR PALACIOS COSTA
» neurológica	„ RÓMULO H. CHIAPPOR
	„ VICENTE DIMITRI
Medicina legal	„ JOAQUIN V. GNECCO
	„ JAVIER BRANDAM
	„ ANTONIO PODESTÁ
Clínica Psiquiátrica	„ AMABLE JONES

ESCUELA DE PARTERAS

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

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparada....	DR. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica.....	» JULIO J. GATTI
Química farmacéut. inorgánica	» MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal	» ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica	» FRANCISCO C. BARRAZA
Técnica farmacéutica (primer curso).....	» J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Etica y Legislación..	» RICARDO SCHATZ
Química Analítica general....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial.....	SR. JUAN A DOMINGUEZ
Técnica farmacéutica (segundo curso).....	DR. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química farmacéutica inorgánica.....	» ANGEL SABATINI » EMILIO M. FLORES
Técnica farmacéutica.....	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA » PASCUAL CORTI
Química farmacéutica orgánica	» PEDRO J. MÉSIGOS DR. LUIS GUGLIALMELLI
Farmacognosia especial.....	SR. OSCAR MIALOCK
Química analítica general....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas.	——
Mineralogía y Geología....	——
Botánica (segundo curso). Bibliografía, botánica argentina	——
Química analítica aplicada (medicamentos).....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ (suplente en ejercicio).
Química biológica.....	» PEDRO J. PANDO.
Química analítica aplicada (Bromatología).....	——
Física general	——
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN.
Toxicología y Química legal..	» JUAN B. SEÑORANS.

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º año	» LEON PEREYRA
3er año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

DR. ALEJANDRO CABANNE

» TOMÁS S. VARELA (2.º año)

SR. JUAN M. CARREA (Prótesis)

» CIRO DURANTE AVELLANAL (1.er año)

PADRINO DE TESIS

DOCTOR TULIO MARTINI

Profesor suplente de Clínica Médica

A MIS PADRES

A QUIENES TODO LO DEBO, ESTA LA PÁGINA MÁS TIERNA Y SINCERA
DE MI LIBRO,
QUE LES SIRVA DE CONSUELO PARA SUS PASADAS HORAS AMARGAS

A MI SEÑORA

A MI HERMANA REGINA

A MI HERMANO JOSÉ MATEO

TUS SACRIFICIOS NO LOS PODRÉ OLVIDAR JAMÁS

A MI HERMANO SALVADOR

A MI HERMANA CATALINA

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Al presentar este último trabajo que exije el reglamento de esta Facultad para optar el título de Doctor en Medicina, quiero dejar constancia del inmenso reconocimiento de gratitud que tengo para los profesores que me han preparado para ejercer el apostolado que me dignificará.

CAPÍTULO I

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

La apendicitis, traduce la infección del apéndice, se observa en todas las edades, pudiendo ser hereditaria.

Gilbert y Lerebullet dan una explicación convincente de estas apendicitis familiares se tratan dicen, de sujetos que presentan su pared y sus glándulas crónicamente infectadas, existe en ellos una predisposición especial (diátesis de auto infección). Presentan una serie de síntomas que atestiguan esta diátesis como ser: anginas, colemias familiares colecistitis, distensión de estómago, meteorismo abdominal, etc., etc.

Otros en cambio hacen depender estos síntomas como subordinados al sistema simpático o vagotónico dependiendo esta forma de ver a productos de secreciones in-

ternas de glándulas endocrinas, en este caso sería una predisposición creada por defecto de función orgánica que prepararía el terreno para la infección.

Según esta forma de pensar, el apendicular es previamente un vagotónico.

Metchnikoff ha señalado la presencia de vermes intestinales que ulcerarían la mucosa apendicular, los huevos de estos parásitos depositados en el intestino serían llevados al exterior, de ahí según el sabio ruso serían transportados según una vía directa o indirecta a los miembros de la misma familia produciendo esta forma descripta con el nombre de apendicitis familiares.

La apendicitis se observa en todas las razas, en ambos sexos, en toda la superficie del globo; puede concluirse en esta forma:

Todo el mundo tiene el derecho de ser un apendicular.

La apendicitis reviste a veces un carácter epidémico que coincide con epidemias grippales, tifus, escarlatina, etc., etc., en semejantes casos hay que considerar las apendicitis agudas como complicación de estas afecciones, es decir como localización apendicular del proceso general, en estos casos el laboratorio confirma esta forma de ver pues se ha encontrado el bacilo tifoideo, de la influenza, etcétera.

El doctor Julio Méndez haciendo una diferencia entre *grippe e influenza* (la grippe según dicho autor sería producida por el neumococcus, la influenza por el microbacilo de Pfeiffer) establece que serían consecutivas a una en-

tero-colitis grippal, en una palabra, serían apendicitis producidas por el neumo; trata en consecuencia estas formas de la siguiente manera.

Moviliza el intestino con aceite de ricino, prescribe reposo e inyecta su haptinógeno neumo.

El traumatismo ha sido invocado como una causa de apendicitis, esta teoría que revolucionó completamente la patología del apéndice, se ha uniformado hoy dicho concepto, en estos casos existe una apendicitis latente que explota con el trauma.

El traumatismo puede ser directo o indirecto, en el primer caso tenemos los choques, las caídas sobre la fosa ilíaca derecha; en el segundo caso tenemos los deportes violentos como ser: remo, box, etc.

Entre las causas ocasionales deben citarse las apendicitis originadas por disposiciones anatómicas, tales como la torsión, flexuosidades, cataduras, vicios de posición particularmente frecuente en los niños.

Cuando un cuerpo extraño, mucoso, estercoráceo, etc., se introduce en la cavidad apendicular, producen naturalmente una compresión vascular y nerviosa, que mortifican la vitalidad del órgano; los gérmenes que normalmente pululan en la cavidad, quedan exaltados en su virulencia, de ahí dos grandes condiciones que repercuten contra la vitalidad del apéndice.

1.° Vitalidad mortificada.

2.° Gérmenes en condiciones de patogenidad.

Dos grandes genios de la medicina moderna se han ocupado con ardor de esta forma de ver, estos sabios son: Talomón y Dieulafoy.

Talomón admite que por la influencia intestinal en el momento de la defecación un cuerpo extraño o concreción fecal se introduce en la cavidad apendicular, dando por resultado un dolor vivo (cólico apendicular). Cuando el cálculo se encuentra en el interior de la cavidad apendicular dos casos pueden suceder o bien el cálculo por los movimientos intestinales vuelve al ciego no dejando ninguna lesión, volviendo todo a la normalidad, o bien queda en el apéndice; cuando esto sucede obtura la luz del apéndice; las secreciones se acumulan en su parte declive pues no tienen salida porque se lo impide el cálculo que se encuentra como válvula a su entrada; acumulándose las secreciones la cavidad se agranda, la circulación queda interrumpida pues quedan comprimidos los vasos nutricios, desde este momento como se entiende queda modificada intimamente la vitalidad del órgano, los microbios que normalmente pululan en el apéndice se multiplican como lo hacen en una cavidad cerrada, los elementos anatómico resentidos en su vitalidad por la falta o disminución de su circulacion sanguínea se hacen atacar fácilmente y la apendicitis queda desde entonces constituída.

La mucosa se inflama produciéndose la apendicitis vascular, luego sus túnicas celular y vascular se perforan dando lugar a la apendicitis perforante; si el proceso sigue, el órgano se gangrena dando lugar a la apendicitis

gangrenosa; si el peritoneo no reacciona formando bridas (peritonitis plástica) el proceso se generaliza a todo el peritoneo constituyendo la apendicitis con peritonitis generalizada.

Dieulafoy dice hablando de la patogenia del apéndice: «La apendicitis o si se prefiere los accidentes apendiculares, resultan de la transformación de una parte del canal apendicular en una cavidad cerrada en la que se elabora un foco de infección e intoxicación, debido a la exaltación virulenta de los microbios aprisionados.»

He ahí en síntesis la teoría de la cavidad cerrada que durante tantos años ha evolucionado la patogenia del apéndice.

Robín explica la patogenia apendicular en la siguiente forma: Se trata de sujetos que se caracterizan por presentar perturbaciones gástricas de dispepsias hiperesténicas (hiperclorhidria, distención de estómago con clapoteo, éstasis y fermentaciones; apetito conservado, crisis gástricas, constipación. «En los dispépticos de este tipo, el quimo tiene una reacción hiperácida en el momento en que pasa del estómago al duodeno. Esta hiperacidez estimula reflejamente el hígado, el páncreas y las glándulas de Brunner cuyas secreciones reunidas tienden a saturar la masa quimosa, a fin de permitir a los fermentos intestinales a entrar en actividad; estos fermentos no obran sino en medio alcalino, neutro, o muy ligeramente ácida.

Pero cuando la saturación es insuficiente, los fermentos intestinales son neutralizados y la mucosa intestinal

irritada por un contacto ácido, se defiende como ella puede, segregando mucus protector; de ahí el primer acto de la enterocolitis mucomembranosa, en el tiempo que las materias insuficientemente digeridas se estancan en el ciego y la *S* ilíaca, donde producen concreciones, luego reacciones inflamatorias; de ahí las apendicitis y sus consecuencias. El éstasis intestinal no es su sola causa, intervienen los principios azoados que son eminentemente fermentecibles.» La teoría de Robín puede simplificarse en la siguiente forma: Las apendecitis se instalan en un terreno de dispepsia hiperesténica.

Respecto de la microbiología, no se ha dicho aún la última palabra, siendo la apendicitis una infección, pues sus síntomas así lo atestiguan (fiebre pulso, reacción peritoneal, etc.); se ha tratado de buscar el gérmen que la provoca, se ha inculpado al coli, al estafilo, al estrepto, al piociánico, al bacilo de la tuberculosis, al diplobacilo encapsulado de Fraenckel etc.

CAPÍTULO II

SINTOMATOLOGIA

No existe un solo síntoma patognomónico que revele esta enfermedad; es el conjunto de síntomas asociados con un criterio clínico que nos llevará al éxito, aún asimismo su sintomatología es susceptible de confundirse con otras enfermedades, sin ir más lejos pondré un ejemplo: la anexitis derecha se presenta en ciertos casos con una semejanza tal que el diagnóstico es de fácil confusión; solo un examen prolijo del enfermo, el estudio detallado de su anamnesis, el razonamiento claro y metódico nos dará la clave.

La apendicicitis se inicia casi siempre en una forma brusca; no hay prodromos, o si han existido son de escaso valor, pero un hecho de observación es el siguiente: la

apendicitis se instala siempre en un terreno dispéptico. Robín, en una estadística de 1600 casos de dispepsia, ha observado 83 casos de apendicitis.

Los síntomas que revelan las apendicitis son la mayoría de reacción peritoneal. Los síntomas toxémicos ocupan también un lugar preponderante.

Estudiaremos en orden sucesivo:

Dolor.

Fiebre.

Modificaciones de la sangre.

Defensa de la pared.

Vómitos.

Disnea.

Aspecto general.

Dolor.—Es el síntoma clásico, el más frecuente.

Puede ser espontáneo o provocado. El dolor en la región del apéndice (en la parte media de una línea imaginaria del ombligo a la espina ilíaca antero-superior) provocado por la presión o espontánea, constituye el signo o punto de Mac Burney.

Otros en cambio lo encuentran a 4 o 5 centímetros del ombligo; Lejars localiza dicho punto a 4 centímetros de la espina, puede concluirse así: todo dolor espontáneo o despertado por la presión en la fosa ilíaca derecha puede revelar una apendicitis.

Blumberg investiga el dolor haciendo la siguiente maniobra: comprime suavemente en la fosa a nivel del punto

de Mac Burney, retira bruscamente los dedos, si el peritoneo está inflamado reacciona provocando dolor, se conoce en clínica la maniobra descripta con el nombre de su investigador, maniobra de Blumberg.

Es el dolor también un signo pronóstico.

Cuando el dolor es más intenso, más grave es el pronóstico; claro está que no es absoluto, pero sí un dato que hay que tenerlo en cuenta. Muchos autores se oponen a que se combata el dolor, pues en esta forma se enmascararía éste y podría dar así origen a errores que repercutirían en contra de la reputabilidad profesional.

Temperatura.—En la mayoría de los casos, la crisis debuta por una elevación térmica que oscila entre 38° a 40°, la temperatura no tiene relación con la gravedad, observándose formas benignas con 40°, en cambio, formas funestas que apenas sufre la curva un aumento de décimas; existen autores que creen que las temperaturas altas reflejan un organismo que se defiende; de ahí un pronóstico benigno, en cambio las curvas con décimas de aumento reflejan un organismo vencido, sin defensa, de ahí un pronóstico maligno; esta forma de pensar no ha podido resistir a la crítica.

La forma de evolución de la fiebre es diferente en cada caso, en unos desaparece a las 24 o 36 horas, desaparece con la crisis, en otras persiste para hacer un descenso en crisis o lisis; en fin, a veces sufre oscilaciones que indican la formación de pus, formándose el absceso apen-

dicular; en este último caso el descenso brusco es de mal pronóstico, indican un proceso gangrenoso, aquí el pulso es el péndulo que indica la evolución, pues a la par de este descenso hay un pulso que es incongruente con la fiebre.

Pulso.—Es de capital importancia el síntoma pronóstico, el que indica la oportunidad quirúrgica o médica; hablando de pulso no hay término medio, en esto todo el mundo cientifico está de acuerdo, el pulso alto con temperatura que baja es pésimo pronóstico y cabe a Lancet el honor de semejante apotegma.

La bradicardia se observa en el curso de las apendicitis, se ha interpretado como la absorción de productos tóxicos que obrarían sobre los ganglios nerviosos del corazón (o del bulbo?) de ahí ha surgido una interpretación pronóstica que hablaré más adelante.

Modificaciones de la sangre.—Hayem fué el primero que señaló la importancia del examen de sangre para reconocer ciertas afecciones abdominales, luego Rieder, Von Lembeck notaron el aumento del número de leucocitos en ciertas enfermedades inflamatorias agudas abdominales, sobre todo aquellas que van acompañadas de supuraciones circunscriptas, pero cabe el honor a Curschmann que da la idea de la numeración sistemática de los glóbulos blancos de la sangre para diagnosticar las supuraciones apendiculares. En Alemania se conoce con el nombre de «signo de Curschmann» el aumento leucocitario después de la crisis aguda.

Son polinucleares los que predominan en esta leucocitosis, normalmente la proporción de polinucleares es de 70 sobre 100, en las apendicitis con tendencia a la supuración la proporción es aproximadamente de 90 sobre 100.

En el adulto el número de leucocitos de 7.000 a 9.000 por milímetro cúbico; en los niños el número es un poco más alto, en los viejos por el contrario hay una disminución fisiológica, cuando la cifra de leucocitos aumenta por encima de 10.000 puede decirse que existe una leucocitosis; si la cifra es inferior a la normal, tenemos una leucopenia.

En las apendicitis agudas se han encontrado de 30.000 a 50.000 glóbulos blancos por milímetro cúbico, por el contrario existen apendicitis con peritonitis generalizada que en lugar de dar una leucocitosis con polinucleosis, encontramos una leucopenia; hay que interpretar este síntoma como una paralización de las defensas orgánicas.

Un cierto número de autores dan una importancia capital al aumento de tal o cual variedad, en particular de polinucleares; para Von Soudern, el aumento del número de polinucleares indican formación de exudado purulento, aún sin estar elevado el porcentaje normal de glóbulos blancos.

De sus estudios sacan las siguientes conclusiones:

Si la proporción de polinucleares están como 90: 100 la operación es inmediata.

Si la proporción es de 80: 100 se puede tratar médicamente ya que indica una apendicitis inflamatoria simple

o bien una inflamación peritoneal bien aislada por bridas conjuntivas.

C. Paese opina lo mismo y formula la siguiente conclusión basada en 300 casos. El número absoluto de *leucocitos* y el porcentaje de *polinucleares* cuanto más elevado son más grave es la lesión.

La crisis apendicular está ligada siempre a la irritación del peritoneo y va acompañada siempre de un aumento del número de leucocitos, en los casos ligeros el número de leucocitos oscila entre 10.000 y 15.000, puede sin embargo llegar a 20.000. Desde el 2.º al 3er. día empieza a disminuir, pero cuando tiene tendencia a difundirse se opera un aumento que puede llegar a las 48 horas a 25 mil.

CAPÍTULO III

FORMAS CLINICAS Y TRATAMIENTO

Aquel célebre consejo de Dieulafoy, apendicitis, intervención que fué fielmente seguido durante tantos años, está ahora sobre el tapete de discusión. Forman una legión considerable los que discuten de esa fila de absolutismo.

Si bien el tratamiento operatorio es aplicable en todos los casos ya que está formalmente demostrado que la vida normal y fisiológica, es compatible con un organismo privado de su apéndice ya que su función es nula o de escaso valor (a pesar que hoy tiende a considerarse como un órgano secretor de carácter endocrino, que con su función contribuiría al movimiento peristáltico del ciego) aún como digo considerando como accesorio, no es esta la

norma de conducta que debemos seguir, la medicina no es un sistema, no es una máquina que funciona con un movimiento regular o uniforme, en los problemas que se presentan a diario son muchos los factores a considerar, sólo el razonamiento, la clarovidencia del pensamiento y la práctica diaria y metódica formará nuestro criterio. Después de varios años de inercia, los clínicos se han revelado contra semejante forma de pensar y son ya muchos los hombres de estudio tan grandes como el mismo Dieulafoy que han dicho: hay apendicitis que necesitan el bisturí para su curación, otras son del dominio de la medicina del tratamiento médico.

Todo enfermo sometido a tal tratamiento está naturalmente expuesto a una cantidad innumerables de accidentes que no dependen de la habilidad o preparación del cirujano sino que son inherentes a todas las intervenciones y que suceden en las manos de los más experimentados cirujanos, el peligro del cloroformo, el choc operatorio, la rotura de una brida y la inundación peritoneal consecutiva, etc., etc., que no son imaginativas, pues ahí están vivas en las estadísticas, son accidentes que deben hacernos pensar.

Los que sistemáticamente tratan las apendicitis con aplicaciones médicas caen en el absolutismo que debemos evitar.

Si bien las estadísticas hablan en una forma altamente elocuente por la escuela intervencionista, también las de Robín son dignas de tenerlas en cuenta.

He ahí lo que dice Robín uno de los más grandes genios de la medicina moderna:

«Esta estadística global comprendiendo 322 casos, en primer lugar yo elimino los casos en los que la intervención quirúrgica no ha sido propuesta y todos han curado por el tratamiento médico, hecho esta eliminación quedan 210 casos en los cuales la intervención quirúrgica ha sido propuesta y decidida.

Sobre 210 casos, yo no consentí la operación nada más que en cuatro casos, dos de estos enfermos curaron, dos murieron.

Pero yo estimo que estos dos enfermos habrían igualmente fallecido por el tratamiento médico, yo los tomo bajo mi cargo.

Quedan 206 casos por los que yo me he opuesto a toda operación declarando que tomaba sobre mí la responsabilidad de la no intervención.

En 168 casos, mi consejo fué seguido y no he tenido un solo caso de muerte que lamentar. En los 38 casos restantes, la intervención ha tenido lugar dando tres muertes.

Completando esta estadística con los cuatro casos que hemos hablado anteriormente, obtengo las cifras definitivas siguientes:

	Número	Curados	Muertos
Tratamiento médico . . .	170	168	2
» operatorio . .	40	37	3

dando 7.5 % de mortalidad por el tratamiento operatorio 1.17 % con el tratamiento médico.

Todo comentario me parece supérfluo.»

A continuación agrega:

«Isaac en 147 intervenciones acusa 15 muertes dando un 10.2 % de mortalidad.

P. Delbet sobre 35 casos, siendo 20 graves registra una muerte o sea 2.85 %; Chavel, sobre las estadísticas de la armada francesa de 1897 a 1902 anota una mortalidad oscilando entre 11.5 a 20.77 con un término medio de 14.9 % sobre una cifra de 711 intervenciones.

Las estadísticas alemanas de Stricker, son aún más significativas en razón de su número elevado de casos que ella resume.

Así en la armada alemana de 1880 a 1900, 235 casos operados da una mortalidad de 28 %, en tanto que sobre 6061 casos tratados médicamente no dá nada más que 3.4 % de mortalidad.»

He ahí una estadística elocuente hecha por un sabio de cuya ciencia y sinceridad nadie debe dudar.

En la aplicación del tratamiento no debe predominar un criterio exclusivista, nuestro fin es el siguiente:

Todas las apendicitis no son del dominio quirúrgico. Todas las apendicitis no son del dominio médico. Las hay quirúrgicas, las hay médicas, las hay indefinadas de expectación armada es decir apendicitis sin una evolución absoluta que pueden por su evolución ser del terreno quirúrgico o bien del tratamiento médico.

De ahí una división esquemática que me ha sido sugerida por mi maestro el Dr. Tulio Martini.

1.° Apendicitis que deben ser intervenidas sin pérdida de tiempo. Apendicitis que podríamos llamar quirúrgicas.

2.° Expectación armada. Apendicitis que pueden evolucionar al terreno quirúrgico o médico.

3.° Apendicitis que curan con el tratamiento médico.

El cuadro adjunto que es el objetivo principal de mi tesis y que me ha sido sugerido por el doctor Martini, facilita en una forma práctica el estudio del tratamiento.

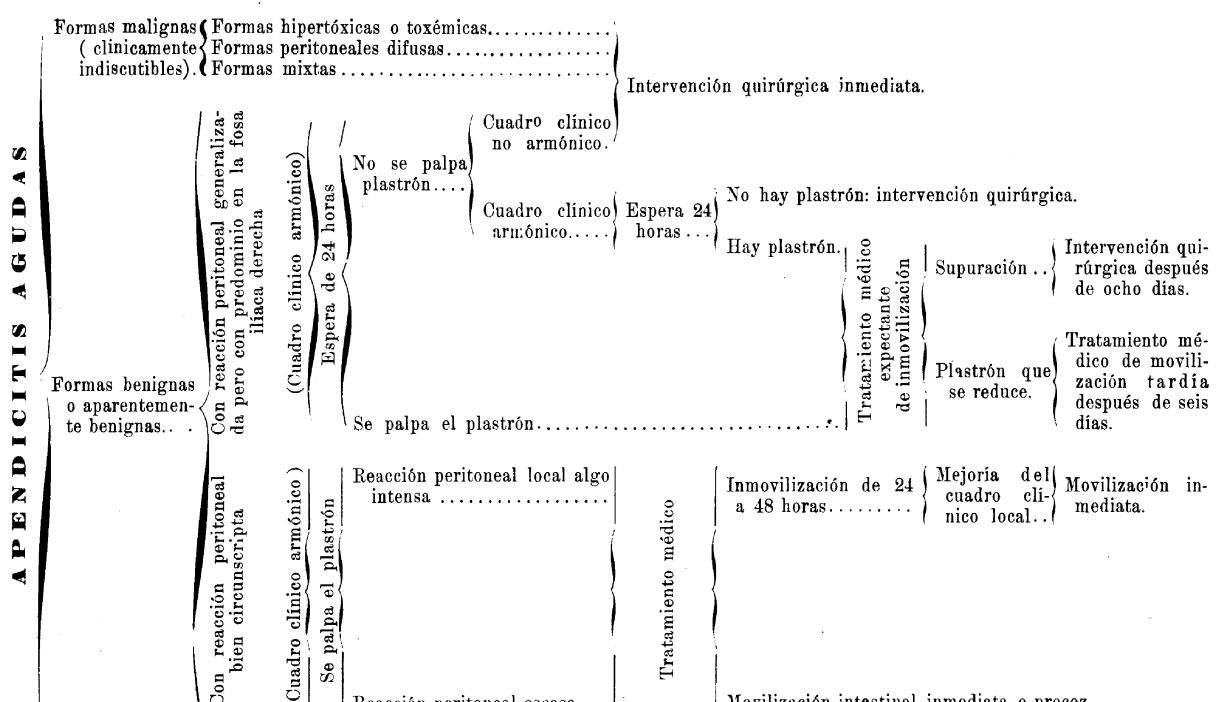
Claro está que no es el reflejo palpable e inevitable de lo que ocurre en la práctica, es una guía, un consejo si se quiere para que el criterio clínico y terapéutico se formen concurriendo a fortificar los conocimientos adquiridos en los estudios anteriores.

Nada es matemático en medicina y siguiendo el mismo principio repetimos que no hay que tomar en una forma absoluta el estudio emitido por el Dr. Martini, pero dá lo esencial, el a-b-c, el fundamento. Las críticas, las modificaciones vendrá con la práctica personal, con la observación propia, formando de esta manera la escuela que nos guiará en el apostolado profesional.

Si la verdad fuese una, no cabría discusión, la medicina sería un apotegma, un axioma.

En el cuadro vá unido el tratamiento y la forma clínica que le corresponde.

Es clásico en tratados de medicina, la descripción de incontables formas clínicas para que el mismo autor las funda luego en un mismo crisol, surgiendo una sola importancia clínica pues todas son tratadas iguales, dando en todas la misma aplicación, aplicando un mismo principio.


APENDICITIS AGUDAS
Formas malignas (clinicamente indiscutibles).
Formas hipertóxicas o toxémicas
Formas peritoneales difusas
Formas mixtas
Intervención quirúrgica inmediata.
Formas benignas o aparentemente benignas.
Con reacción peritoneal generalizada pero con predominio en la fosa ilíaca derecha
(Cuadro clínico armónico)
Espera de 24 horas
No se palpa plastrón
Cuadro clínico no armónico.
Cuadro clínico armónico
Espera 24 horas
No hay plastrón: intervención quirúrgica.
Hay plastrón.
Tratamiento médico expectante de inmovilización
Supuración
Intervención quirúrgica después de ocho días.
Plastrón que se reduce.
Tratamiento médico de movilización tardía después de seis días.
Se palpa el plastrón
Con reacción peritoneal bien circunscripta
(Cuadro clínico armónico)
Se palpa el plastrón
Reacción peritoneal local algo intensa
Reacción peritoneal escasa
Tratamiento médico
Inmovilización de 24 a 48 horas
Mejoría del cuadro clínico local.
Movilización inmediata.
Movilización intestinal inmediata o precoz.

Formas hipertóxicas o toxémicas.—Se trata de una forma infectante grave. Su sintomatología es la siguiente:

Aspecto general sumamente grave, disnea tóxica bulbar, llegando a 40 y 50 respiraciones por minuto, pulso taquicárdico (más adelante hablaré de la forma bradicárdica), poca reacción de defensa abdominal, crisis franca aguda, falta absoluta de plastrón, astenia general.

Es una forma clínica que se caracteriza por la falta de signos locales que contrasta con la riqueza de síntomas generales.

Antes de terminar con su sintomatología hay que agregar que no siempre se presentan con una riqueza tal de síntomas; existen formas hipertóxicas llamadas monosintomáticas y que son tan graves como las anteriores.

Por ejemplo un apendicular con bradicardia, a pesar de su buen aspecto general nos refleja una forma grave. Esta bradicardia es tóxica, se explíca así: las toxinas obran sobre los ganglios nerviosos cardíacos.

Estas formas hipertóxicas son todas absolutamente quirúrgicas, hay que resecar el apéndice, fuente de toda su sintomatología, la intervención debe ser inmediata, pero como es absolutamente imposible la intervención en una forma vertiginosa, ya que hay que preparar la operación, he aquí lo que hay que hacer hasta tanto esté todo listo: Inmovilización, reposo, bolsa de hielo en la fosa ilíaca derecha, opio en píldoras de 0.02 centígramos, si la astenia es muy intensa se combate con inyecciones de adre-

nalina ya que responde este síntoma a falta o disminución de secreción endocrina suprarrenal.

En una palabra, las formas hipertóxicas son matemáticamente del dominio de la cirugía.

Formas peritoneales difusas.—Es también una forma tóxica, infectante grave que está caracterizada bajo el punto de vista clínico por la siguiente sintomatología:

Disnea, taquicardia aspecto general grave, crisis franca, astenia general pero que se suman los síntomas peritoneales.

En esta forma hay que notar que los síntomas locales se suman a los generales.

Además de los síntomas de las formas anteriores, hay signos de peritonitis generalizada como ser: defensa abdodominal, dolor generalizado, hipo, vómitos, desaparición de la matitez hepática.

Estas formas peritoneales son también quirúrgicas.

Formas mixtas.—Estas formas son también quirúrgicas.

Están caracterizadas bajo el punto de vista clínico por los siguientes síntomas:

Peritoneales bien marcados y síntomas generales intensos.

Así como las formas hipertóxicas están caracterizadas por la intensidad de los síntomas generales, así como formas peritoneales están caracterizadas por la intensidad

de síntomas peritoneales, estas formas mixtas están caracterizadas por síntomas generales y peritoneales.

Estas formas clínicas descriptas anteriormente son todas del terreno quirúrgico, aquí el apéndice debe inevitablemente ser extirpado para el bienestar del enfermo. Aquí el apéndice es una fuente inagotable de toxinas que vierte su veneno en la sangre y se difunde en toda la economía; quitada la fuente productora del tóxico todo entra en la normalidad y si el éxito es franco, el enfermo gozará en el futuro de la más envidiable salud.

Las apendicitis que más me interesan (relacionado con mi tesis) son aquellas en que hay posibilidad de tratamiento médico; dos casos pueden presentarse:

1.° Apendicitis con reacción generalizada peritoneal pero con predominio de la fosa ilíaca derecha, siendo su cuadro clínico armónico.

2.° Apendicitis con reacción peritoneal bien circunscripta.

En las primeras, en las que el cuadro es perfectamente armónico, es decir que el estado general es perfectamente bueno a pesar de su peritonitis generalizada que clínicamente se encuentran y se diagnostican en la prác-

tica. En estas formas el consejo dado por el Dr. Martini es la expectación armada, su evolución ulterior nos indicará el criterio a seguir. La conducta del médico es la espera de 24 horas, si a las 24 horas no se palpa plastrón, es decir que no tiende a localizarse y el estado general se empeora apareciendo disnea, taquicardia, astenia general, caen inmediatamente al terreno quirúrgico; pero si el cuadro armónico sigue, es decir cuando el estado general no ha sufrido ninguna agravación, estamos en el perfecto derecho de esperar 24 horas más; si al cabo de ellas no hay plastrón, es decir que la afección no se ha localizado, son también del terreno quirúrgico. Si el plastrón se forma, entran en las apendicitis del 2.° caso, es decir aquellas que tienen reacción peritoneal bien circunscripta.

Si las apendicitis que hemos considerado más arriba, aquellas que se forma plastrón en sus primeras 24 horas, hacemos tratamiento expectante de inmovilización, es decir, opio, hielo, reposo, dieta absoluta, etc.

Si el plastrón evoluciona hacia la supuración (fiebre clásica, absceso que se palpa, etc.) la conducta a seguir es la intervención, enfriando el proceso inflamatorio durante 8 días.

Si el plastrón, en vez de evolucionar hacia la supuración se reduce, el tratamiento a seguir sería el siguiente: movilización tardía después de seis días.

Las apendicitis con peritonitis plásticas bien circunscriptas son del terreno médico.

Si el proceso es algo intenso hacemos una inmovilización de 24 a 48 horas.

Ahora bien ¿qué tratamiento médico debemos seguir?

Según unos la movilización inmediata del intestino es peligrosa ya que en un movimiento exagerado del mismo puede romper una brida.

En los casos en que la intervención tardía ha sido indicada, he aquí el tratamiento que es clásico y cuyo fin consiste en la inmovilización intestinal y el enfriamiento del proceso inflamatorio.

Hielo.—La aplicación del hielo debe hacerse inmediatamente. Reposo absoluto. *Opio* a dosis de 0.02 centígramos cada 2 horas. Dieta absoluta.

Las apendicitis que deben tratarse médicamente difieren en los conceptos de interpretación.

Unos con Robín a la cabeza dan un purgante.

Robín dice al respecto:

«A pesar de los anatemas dirigidos contra mí, yo tengo, y tengo siempre la tranquila audacia de dar a estos enfermos, purgantes. Puesto en el lecho y en reposo, dieta hídrica, ellos son inmediatamente purgados, ora con aceite de ricino, ora con calomel. Este último es siempre indi-

cado, cuando existe una enorme coprostasis y que es necesario tratarlo más dulcemente que con el aceite.

Formulo como sigue:

Rp.

Calomel..... 0.40 centgr.

(A dividirlo en 4 papeles para darla cada hora de intervalo).

El aceite de ricino es habitualmente administrado a la dosis de 30 gramos. Añado para que su acción sea menos brusca, I o II gotas de tintura tebaica o un centígramo de extracto de belladona.

A continuación agrega, que no coloca hielo en el vientre hasta tanto no haya pasado la acción purgante, si esta no es eficaz administra un enema con tintura de belladona y glicerina.

A continuación se hace un tratamiento clásico de inmovilización.

Si existen signos de hiperestenia gástrica antes de la inmovilización indicada, da los polvos de saturación, que tiene como objeto neutralizar el exceso de ácido ya que esta afección es para Robín, el origen de los accidentes apeLdiculares.

Estos polvos están constituídos a base, de magnesia y bicarbonato.

Rp.

Magnesia calcinada.....	1 gr. 50 centgr.
Bicarbonato de soda	aa
Azúcar blanca.....	1 gr.
Codeína.....	0.005 miligr.
Carbonato de cal precipitada.	aa
Subnitrato de bismuto.....	0.80 centgr.

Entre la bolsa de hielo y la pared abdominal coloca una débil capa de una pomada a base de mercurio.

Unguento mercurial doble.....	40 gr.
Extracto de belladona.....	10 gr.

Prescribe para el dolor codeína.
He aquí la fórmula:

Rp.

Codeína.....	0.02 centgr.
Genciana.....	0.10 »

El tratamiento de Robín que por otra parte le ha dado el más franco éxito, como lo prueba su estadística incomparable, augura al tratamiento médico un porvenir muy halagador.

¿Porqué prescribe el purgante en contra de la opinión unánime?

He aquí una pregunta difícil de contestar. La opinión del Dr. Martini es la siguiente: en la apendicitis en su iniciación se observa frecuentemente una distensión del ciego, producida por una coprostasis, agregada a los otros factores ya conocidos.

Ahora bien, al administrarse un purgante, agregamos a la acción propia de éste la eliminación de la coprotrasis y como consecuencia de ella la reducción del ciego.

Al mismo tiempo coadyuvamos a la eliminación de numerosas toxinas, dejando al apéndice y al ciego en condiciones mejores de defensa.

CONCLUSIONES

1.º No todas las apendicitis son del dominio de la cirugía.

2.º Las hay médicas y quirúrgicas.

3.º Hay un tratamiento médico de las apendicitis agudas.

4.º El tratamiento depende directamente de su forma clínica.

Buenos Aires, Junio 14 de 1917

Nómbrase al señor Académico Dr. Abel Ayerza, al profesor titular Dr. Pedro Lacavera y al profesor suplente Dr. Juan José Vitón, para que, constituídos 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
Secretario

Buenos Aires, Julio 27 de 1917

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3341 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. Bazterrica

J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Valor de la leucocitosis en la apendicitis.

Abel Ayerza.

II

Interpretación de la discordancia entre el pulso y la temperatura.

Pedro Lacavera.

III

Inconvenientes que presenta la intervención precoz en las apendicitis, comparadas con las ventajas que el autor reconoce para el tratamiento médico de las mismas.

Juan José Vitón.

30[illegible]