

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

1024
MEO
1904
0810
C.1

DE LA

APENDICÍTI

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

EN RELACION CON LAS

AFECCIONES ANEXIALES I UTERINAS



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ANIBAL URRUTIA ZAÑARTU

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

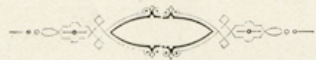
MEMORIA DE PRUEBA

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Medicina i Farmacia
de la Universidad de Chile



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE
IMPRENTA I ENCUADERNACION UNIVERSITARIA
TALLERES, GAY 1765-67.—OFICINA, BANDERA, 41.

1904



Dedicatoria



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL Profesor

Dr. Lucas Sierra M. Museo Nacional de Medicina



WWW.MUSEOMEDICINA.CL

EL AUTOR



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Todos los estudios relacionados con la apendicitis han tomado en los últimos años una importancia tal, que apesar de ser un tema ya mui tratado siempre hai hechos nuevos relacionados con dicha afeccion que merecen estudio.

Me he propuesto tratar en el presente trabajo, aunque de una manera deficiente como se comprenderá, de una de las facces importantes relacionadas con la apendicitis.

El distinguido profesor doctor Sierra me sugirió la idea de hacer un breve estudio sobre una cuestion que está a la órden del dia en la discusion de las Sociedades Médicas, i sobre la cual se publican continuamente interesantes observaciones en casi todas las revistas mas importantes.

Las relaciones entre las afecciones del apéndice con las de los anexos i útero será la cuestion que trataré de dilucidar en estas breves pájinas, destinadas a poner de relieve la importancia que tiene para el cirujano, el poseer un criterio seguro para apreciar las alteraciones del apéndice cada vez que intervenga por afecciones jinecolójicas.





aprecia esta concomitancia de afecciones, explicacion que es hoy dia jeneralmente aceptada por diferentes autores.

FRECUCENCIA

Los datos estadísticos referentes a la frecuencia con que se presenta la apendicitis en el hombre y en la mujer, son diversos. Asi, EINHORN mostró que en 18,000 autopsias practicadas en el Instituto Patológico de Munich desde el año 1854, habia 55 por ciento de apendicitis ulcerativas en los hombres, mientras que en las mujeres la proporcion era de 57 por ciento.

KRÜGER estableció que en la clínica de Sonneburg, en los 7 años anteriores a 1897, de 209 casos de apendicitis 127 o sea 59 por ciento, eran de hombres, mientras que 85 o sea 40 por ciento, pertenecian a mujeres.

OCHSNER en el Hospital Augustana, encontró que de 90 enfermos operados de afecciones del apéndice habia 39 hombres i 51 mujeres. Como se ve, hai una diferencia entre estas estadísticas asi, mientras que KRÜGER asegura que la apendicitis es mas comun en el hombre, OCHSNER, afirma lo contrario.

Respecto de la frecuencia con que se ha encontrado concomitancia de afecciones entre el apéndice i anexos i útero, las estadísticas de los siguientes autores i las tomadas en la clínica del profer KÖRNER i en el servicio de ginecología del profesor SIERRA del Hospital San Borja, nos permitirán apreciarla.

MARTIN, refiere que en 171 operaciones de salpingitis enquistadas derechas i 276 dobles solo ha encontrado seis veces adherencia entre el apéndice i el tumor hasta el punto de resecarlo, mientras que en siete casos logró desprenderlo.

DÜRSEN refiere que en 322 laparatomías, en diez casos encontró el apéndice enfermo.

OCHSNER, refiere en el *Journal American Medical Association* que entre 51 casos operados el año 1898 de apendicitis, habia encontrado en quince mujeres afecciones secundarias de los anexos; en trece casos no pudo distinguir si la lesion tenia su origen en el apéndice o en los anexos.

En la Clínica de Ginecología del profesor KÖRNER, desde el año 1901 hasta esta fecha, se ha encontrado diez veces el apéndice enfermo en 175 intervenciones operatorias de afecciones de los anexos.

En veintinueve casos operados por el profesor SIERRA en los años 1903 i 1904, encontramos quince veces coexistencia de lesiones del apéndice i de los anexos, de los cuales once veces coincidia con afecciones inflamatorias i cuatro veces con quistes del ovario.

Haremos notar que estas estadísticas se refieren a los casos en que se ha encontrado alteraciones muy manifiestas del apéndice. Como veremos mas adelante, la frecuencia de la apendicitis es mucho mayor, porque las alteraciones del apéndice no siempre se revelan a la inspeccion, así es que en muchos casos en que se ha creido que no hai apendicitis, habia realmente una inflamacion que no se diagnosticó en el momento de la operacion. Es indispensable examinar cuidadosamente el apéndice en el curso de toda laparatomía hecha con el fin de operar en los órganos pelvianos de la mujer.

PATOJENIA, ETIOLOGÍA I ANATOMÍA PATOLÓGICA

El apéndice puede encontrarse en diversos grados de inflamacion en las diferentes afecciones de los anexos i del útero.

No solo son las inflamaciones sépticas del útero o

los anexos, las que comprometen el apéndice, sino que también lo hacen otras afecciones no inflamatorias.

DELAGENIÈRE ha encontrado alteraciones del apéndice en veintiseis casos de las enfermedades siguientes:

Salpinjítis.....	14
Supuraciones pelvianas.....	2
Kistes multiculares.....	2
Tumor maligno de los anexos jeneralizados.....	1
Cáncer del útero jeneralizado.....	1
Fibroma del útero enclavado.....	1
Retroversion.....	1

Se vé, pues, que sobre veintiseis casos, diez veces la afección útero-anexial no era séptica primitivamente. En estos casos no sépticos, hai que admitir el rol mecánico para explicar el compromiso del apéndice. En todos los casos de inflamaciones sépticas, la cuestión es saber si la infección del apéndice es primaria o secundaria a la de los anexos i útero. Los cortes microscópicos de las diferentes túnicas de la pared de los apéndices estirpados en estas circunstancias, han mostrado que la inflamación de ellos ha ido comprometiendo progresivamente desde la serosa hácia las capas internas. De estos trabajos se desprende que la apendicitis es secundaria a las otras afecciones, opinion que es la mas aceptada actualmente. A esto agregaremos, que en la historia de los enfermos en que se han encontrado coexistencia de lesiones, las perturbaciones anteriores de parte del útero o de los anexos explican el origen de la afección concomitante del apéndice. Las relaciones anatómicas entre el apéndice i los

anexos del lado derecho explican suficientemente el camino que sigue la infección.

CLADO, por primera vez, en el año 1892, estudió i describió la existencia de un repliegue peritoneal que pone en conexión el apéndice con los anexos. Este repliegue ha sido estudiado i descrito por gran número de autores. WALDEYER i MARTIN corroboran la existencia de este repliegue peritoneal que se extiende desde el apéndice hasta el borde superior del ligamento ancho i que envuelve los linfáticos que en él existen, hecho mencionado también por FOWLER. Según este autor, el meso apéndice se pierde en el ligamento ancho; por lo que le ha dado el nombre de ligamento *apendículo-ovárico*. Este ligamento es recorrido por una arteria que ha sido encontrada una vez por MARTIN.

Por los linfáticos que recorren ese repliegue es, pues, que se propaga la infección de los anexos hácia el apéndice.

Además, en todo proceso inflamatorio del útero o de los anexos, de cierta intensidad i duración, se forman procesos de reacción proliferativa del peritoneo, por el cual se establecen adherencias que ponen en contacto directo la trompa i el ovario con el apéndice, sobre todo cuando éste alcanza hasta la pélvis menor.

En las *inflamaciones crónicas* de los anexos encontramos con relativa frecuencia como afección concomitante, una inflamación crónica del apéndice. En algunos casos se observan ligeras i en otros densas adherencias, bandas que unen el apéndice a los anexos, útero, suelo pelviano i asas intestinales. En otros casos, sin embargo, no se presentan estas adherencias, se trata de procesos degenerativos en los cuales el apéndice también se compromete. PETERSON anota en ciento seis casos de inflamación crónica de los anexos, sesenta i dos casos en que és-



Estaban unidos a un apéndice normal i cuarenta i cuatro en que el apéndice mostraba alteraciones pasadas o presentes.

No es raro encontrarse con apéndices normales o nó situados en el interior de la pélvis menor. Aunque el apéndice está mucho mas espuesto a ponerse en contacto del lado derecho, es perfectamente posible, como se ha demostrado en casos de enteroptosis o con un ciego mui movable, que el apéndice se coloque sobre la trompa o sobre el ovario izquierdo. Por esto se comprenderá que la lesion del apéndice será mas frecuente cuando la afeccion es del lado derecho, pero tambien se ha observado algunas veces en casos de anexitis del lado izquierdo. Sin embargo, mayor número de veces se encuentran alteraciones del apéndice cuando la afeccion es bilateral.

El apéndice se encuentra dentro de la pélvis menor en un gran número de casos. Se ha hecho una regla estirpar los apéndices largos i libres, sobre todo en las operaciones del lado derecho, porque estos apéndices pueden llegar a adherirse mui fácilmente en alguna parte de la pélvis.

La adherencia del apéndice no es signo seguro de que esté enfermo, así como no lo son tampoco las constricciones, ni las concreciones fecales que pueda contener. Se ha observado, en cierta proporeion, casos en que el apéndice estaba sano i sin embargo estaba adherido; otros en que presentaba constricciones o contenia cálculos fecales. Esto prueba que aun en las enfermedades crónicas de los anexos en que el apéndice está mas espuesto a enfermarse, el solo grueso aspecto del apéndice no es un signo de que esté comprometido. En resúmen, adherencias del apéndice a los órganos vecinos, constricciones de su lúmen, concreciones fecales, aumentos de longitud no significan necesariamente una enfermedad del apéndice.

PETERSON refiere las condiciones del apéndice en ciento seis casos de enfermedad crónica de los anexos:

	Número de apéndices	Id. de adherencias	Id. constricciones	Id. concreciones fecales
Apéndices no inflamados	62	11	7	9
Apéndices inflamados	44	18	14	3

En casos de *fibromas uterinos* adheridos, se han encontrado con cierta frecuencia cambios activos en el apéndice.

En los *quistes del ovario* se ha observado con mas frecuencia el compromiso del apéndice. Se encuentran en estos casos alteraciones inflamatorias variadas, como ser adherencias a la pared del quiste i constricciones. Varios autores han llamado la atencion a la frecuencia con que el apéndice puede estar unido a la pared del quiste del ovario. Tales apéndices adheridos pueden tomar mui bien una inflamacion de la pared quística, así como tambien el quiste mismo puede ser inflamado por la vecindad de un apéndice inflamado.

MAC-LAREN ha llamado la atencion al resultado poco satisfactorio que algunas veces se obtiene con el tratamiento en algunos casos de *dismenorrea*; sujiere la idea de que si algunos de esos casos pueden ser esplicados por la presencia de una apendicitis crónica, que se manifiesta por ataques de cólico agudísimo en los períodos menstruales, cuando hai una conjestion activa de los anexos. Cita al respecto varios casos ilustrativos. Numerosos hechos han comprobado la opinion de este autor. Es una causa que debe ser tomada en cuenta en la etiología de la dismenorrea, principalmente en las vírjenes cuyos órganos pelvianos parecen normales. Esta apreciacion se deduce al observar que, cuando el



apéndice es el sitio de una inflamación crónica, la proporción de casos en que ha habido fuertes dolores menstruales, es mucho mayor que cuando el apéndice se ha encontrado normal.

Recientemente GUINARD ha llamado la atención a ciertos ataques de dolores abdominales en la mujer, a los cuales ha designado con el nombre de *apendicaljia*. Según él, estos dolores se atribuyen comúnmente a otra afección, i la laparotomía revela despues que eran debidos a una apendicitis crónica que ha evolucionado de una manera latente. Según la opinión de este autor, en muchos de los casos de tumores del ovario o del útero, de salpinjitis, de oforitis, de metritis, el síntoma dolor no reside principalmente ni en los anexos ni en el útero, sino que es la manifestación de una apendicitis crónica que se muestra en esa forma. En consecuencia, la extirpación del apéndice traerá como resultado la cesación de esos dolores.

Todas estas afecciones así analizadas del útero o de los anexos, preparan la apendicitis por los ataques peritoneales que ellas provocan, por las adherencias que con ellos se forman i que predisponen al éxtasis de las materias fecales en el intestino. Estos procesos favorecen la propagación de la inflamación al apéndice, dejándolo en condiciones mejores de receptibilidad para la infección. En las afecciones no inflamatorias del útero, como fibromas, los accidentes intestinales son consecutivos a la compresión del recto.

En los quistes del ovario, la supuración de la pared quística puede explicar el desarrollo de la apendicitis.

Exámen de las alteraciones macro i microscópicas del apéndice.

Siempre que no haya contraindicaciones especiales, es opinión corriente i aceptada por gran número



de cirujanos, que el apéndice debe ser extirpado, cuando al hacer una laparotomía, aunque sea por otras afecciones pelvianas, se le encuentre enfermo. La cuestión es, entónces, que el cirujano tenga la habilidad necesaria para comprobar, por la palpación i por la inspección, las alteraciones del apéndice. Si éste está engrosado o unido a anexos enfermos, presentando manifestaciones evidentes de anomalía, es natural que no puede discutirse siquiera su extirpación. Pero si, por el contrario, no presenta a la inspección ninguna alteración, ¿podrá considerarse como sano?

Y si presenta solo una pequeña alteración, como constricción de su lumen; ¿estará enfermo?

Todos estos puntos será importante conocerlos, i solo el exámen atento i microscópico de los apéndices extirpados, nos dará una concepción clara para apreciarlos en su justo valor.

Un hecho interesante se ha anotado al comprobar por el exámen microscópico, que apéndices extirpados i juzgados normales por su aspecto físico en el momento de la operación, revelaron mas tarde, al ser examinados microscópicamente, encontrarse enfermos.

Teniendo el cirujano conocimiento de estos hechos, se verá obligado cuando opere por otras afecciones pelvianas, o a cerrar el abdomen, despues de terminada su intervención, convencido de que abandona a su suerte una proporción considerable de apéndices enfermos i que el exámen macroscópico le mostró que estaban sanos; o a extirpar todos los apéndices sin tomar en consideración lo que le revele el aspecto físico. La experiencia muestra de que muchos enfermos siguen sufriendo de afecciones apendiculares despues de la cura quirúrgica de afecciones de los anexos o del útero, por no haber tenido el cirujano la prevision de extirpar el apéndice.



Los estudios i observaciones sobre este importante punto han sido variados, i llevados a cabo por diferentes autores que han ilustrado i dilucidado claramente la materia.

Entre estos trabajos el de PETERSON merece llamar nuestra atencion. Este autor sometió a un detenido exámen microcópico los apéndices estirpados en doscientos casos de intervenciones operatorias por distintas afecciones de los anexos o del útero, e hizo la siguiente clasificacion de los resultados obtenidos.

1.° Casos *negativos*, comprendiendo aquellos en que no se encuentran alteraciones de ningun jénero en la mucosa, sub-mucosa, muscular i serosa del apéndice.

2.° Casos de *inflamacion crónica*, que comprenden aquellos apéndices con signos evidentes de inflamacion catarral activa o con ulceracion de la mucosa, de los tejidos linfadenóideos o de la muscular, asociados con formacion de tejido cicatricial.

3.° *Significacion dudosa*, inclúyese aquí apéndices caracterizados por hiperplasia del tejido linfadenóideo, dilatacion o contriccion del lúmen, hiperplasia del tejido conjuntivo de la sub-mucosa, atrofia jeneral o local de la muscular, sin manifestaciones concluyentes de inflamacion. El significado de estos diversos cambios es desconocido.

4.° Casos de *inflamacion primitiva*, comprendiendo aquellos casos que manifiestan una obliteracion parcial o total del lúmen, formacion de tejido cicatricial en las distintas capas del apéndice, sin signos activos de inflamacion.

5.° Casos de *inflamacion aguda*; se incluye aquí los casos que muestran una inflamacion activa o ulcerativa sin procesos proliferativos.

6.° Casos de *inflamacion peri-apendicular*, comprende aquellos que muestran una inflamacion pu-

rulenta de la serosa, del meso-apéndice o de la muscular, con la mucosa no alterada o envuelta en el proceso, secundariamente.

Los casos se dividen, segun esta clasificacion, como sigue:

1.° Negativos.....	65 casos	32.5%
2.° Inflamacion crónica.....	57 »	28.5 »
3.° Significacion dudosa.....	41 »	20.5 »
4.° Inflamacion primitiva....	28 »	14.0 »
5.° Id. aguda.....	6 »	3.0 »
6.° Id. peri-apendicular.	3 »	1.5 »

Juntando los casos de significacion dudosa con los negativos, tenemos 106 casos, en los cuales no se encontró evidencia de enfermedad en el apéndice; miéntras que en los 94 restantes los apéndices estirpados, en el curso de operaciones hechas con otras intenciones, mostraban signos claros de inflamacion.

Estas observaciones son concluyentes i nos muestran la frecuencia con que se encuentra comprometido el apéndice en las distintas afecciones pelvianas. El exámen microscópico es el único que nos permite conocer las alteraciones que ha sufrido o sufre el apéndice; el exámen macroscópico es insuficiente para ello.

PETERSON, igualmente, ha hecho estudios completos sobre las manifestaciones macroscópicas que pueda presentar el apéndice, en el sentido de lo que ellas significan, para dar a conocer el estado de este órgano.

Así, respecto de *adherencias apendiculares*, un exámen atento mostró que en un gran número de casos el apéndice revelaba enfermedades presentes o pasadas; miéntras que en otros se conservaba completamente normal.





Los diferentes *cambios de forma* que puede presentar el apéndice, como dilatación de su extremidad, contricciones o acodaduras, no son un signo seguro para apreciar que esté alterado. Muchos apéndices presentan esos cambios de forma; i si embargo el microscopio nos los muestra normales.

Las *concreciones fecales* que, según algunos autores no se encuentran en apéndices normales, no parece ser un signo de valor para juzgar del estado del apéndice.

PETERSON, en 146 apéndices estirpados, encontró 12 veces concreciones fecales; sometidos éstos al exámen microscópico, cuatro de ellos revelaron cambios inflamatorios, mientras que los ocho restantes estaban normales. La presencia o ausencia de cálculos fecales no puede, pues, ser tomado como criterio para resolver un caso de apéndice enfermo.

Sin embargo, la estirpación de un apéndice que tenga una o mas concreciones en su interior, es perfectamente lójica; porque la presencia de ellas es una fuente de peligros que coloca al apéndice en un estado de predisposición para enfermarse.

SINTOMATOLOGÍA I DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La apendicitis ordinaria se caracteriza por crisis mas o menos violentas que sobrevienen casi siempre bruscamente. Interrogando con cuidado al enfermo, se descubren casi siempre antecedentes gastro-intestinales; pero la crisis misma presenta signos importantes para hacer el diagnóstico: dolor vivo al lado derecho, punto de Mac-Burney, i los síntomas de reacción peritoneal. Se acostumbra denominar este ataque ordinario de apendicitis con el nombre de *cólico apendicular*. Las perturbaciones son a veces localizadas por el paciente; pero es amenudo difícil

apreciar estos síntomas en su verdadero valor i, sobre todo, cuando faltan otros síntomas objetivos para diferenciarlos de otras enfermedades que muestran un cuadro clínico semejante. El cólico apendicular es, sin embargo, raro; de manera que en el diagnóstico diferencial, no hai que tomarlo tan en cuenta como el ataque típico de apendicitis simple, el que se desarrolla bajo el cuadro clínico siguiente i por el cual somos capaces de hacer el diagnóstico. Los ataques dolorosos, que ordinariamente tienen su asiento en la fosa ilíaca derecha, pasan, a veces, sin influenciar el estado jeneral. Principian con dolores irradiados a todo el abdomen, acompañados de diarrea i vómitos, a veces hai fiebre de corta duración.

El paciente no hace sin embargo la impresion de un enfermo grave i solo el dolor es a veces capaz de mantenerlo en cama. El dolor aparece al principio en la rejion umbilical i el estómago, i solo mas tarde se localiza en la fosa ilíaca derecha.

A veces sucede que en los primeros dias, a consecuencia de una irritación jeneralizada del peritoneo, aparece un meteorismo intenso, siendo el abdomen doloroso a la palpación. A consecuencia de este meteorismo no es posible precisar el punto doloroso.

Mui amenudo el meteorismo desaparece, presentándose entónces signos claros de inflamación del apéndice, que se pueden apreciar desde el principio. Si no hai meteorismo los signos inflamatorios de la rejion iliocecal pueden traducirse por una resistencia tendinea que es debida a la inflamación apendicular.

En jeneral, el apéndice engrosado no es palpable durante los ataques agudos, pero puede serlo en el intervalo de los ataques.

Posteriormente, en la apendicitis simple, se puede



constatar la presencia de una resistencia mas o menos limitada, casi un tumor

De las afecciones jenitales en la mujer que se prestan a confusion hai que considerar las *pelviperitonitis* con sus inflamaciones localizadas, como las *perimetritis* agudas, las *perisalpinjitis* i las *perioforitis*.

Es mui comun el error de confundir una *perimetritis* i *anexitis* derechas con una *apendicitis*; porque los dolores producidos por la presion en el bajo vientre son referidos al apéndice i, sobre todo, cuando hai constipacion, que casi nunca hace falta en ninguna afeccion jinecológica.

Sin embargo, el error es a veces inverso, i se confunde la *apendicitis* con afecciones de los jenitales.

La diferencia entre las dos enfermedades con una anamnesis i exámen minucioso, es característica, de tal manera que se puede hacer el diagnóstico diferencial.

En la *pelviperitonitis* e inflamaciones localizadas, nos mostrará la anamnesis que desde un tiempo mas o menos largo hai pérdidas de humor amarillento, irritante i hai ardor en la miccion; amenudo la defecacion es dolorosa. Los dolores abdominales, que a veces van acompañados de vómitos e hipo, aparecen tambien repentinamente, pero tienen otra colocacion que en la *apendicitis*. Se localizan mas profundamente en la vecindad del ligamento de Poupert.

Si existen dolores en ámbos lados, o son mas intensos en el izquierdo, son debidos a una afeccion pelviana jenital.

Al tacto vaginal se encuentra una sensibilidad aumentada del peritoneo, que tambien se puede producir moviendo el útero.

Raras veces se constata desde el principio la presencia de un tumor. Si este existe se encuentra jene-

ralmente en el fondo del *Douglas* i se estiende desde ahí.

Mas difícil es el diagnóstico diferencial si hai meteorismo i sensibilidad jeneralizada a todo el abdómen. Este síntoma es mas comun en la *apendicitis* que en la *pelviperitonitis*. Puede explicarse esto por los diferentes agentes infectantes que hai que considerar. El *bacillus colli* que hai que tomar en cuenta, sobre todo, en la *apendicitis*, produce una irritacion difusa de todo el peritoneo; mientras que el *gonococcus*, que en la *pelviperitonitis* desempeña un papel sobresaliente, produce casi siempre irritaciones i *peritonitis purulentas localizadas*.

Ayudan al diagnóstico preciso los datos que indican el comienzo de la enfermedad, i la presencia de exudado, muchas veces constatado por la percusion en la *apendicitis*.

En estos casos de *apendicitis* nada avanzamos con constatar por el tacto vaginal la sensibilidad del peritoneo pelviano, porque es posible encontrar por la irritacion estensa del peritoneo una sensibilidad del útero i anexos, como suele encontrarse en la *apendicitis simple purulenta*. Aun se puede constatar la presencia de una resistencia o tumor cuando el apéndice llega hasta la *pélvis menor*, i esto, sabemos ya, sucede con cierta frecuencia en los apéndices largos i libres.

Así, encontró *RICHELOT* en una mujer de 18 años, vírjen, que desde hacia 18 meses sufría de dolores intensos del abdómen al principio, durante sus reglas, i que posteriormente se hicieron continuos, habiendo fiebre a veces. A la palpacion, en la fosa iliaca derecha i anexos del mismo lado, dolor intenso; a la izquierda poco pronunciado, a pesar de encontrarse en este lado un pequeño tumor móvil.

El tacto rectal demostró en el borde derecho del útero una masa dura. No habia perturbaciones in-



testinales. La laparatomía mostró el ovario derecho sano i en el izquierdo un quiste; el epiplon estaba adherido junto con el apéndice a la trompa derecha.

Esta estaba sana i el apéndice transformado en un tumor cilíndrico i fluctuante, pero no estaba perforado. Resección del apéndice i curación radical.

RICHÉLOT llega a la conclusión de que en los casos dudosos la situación mas superior del tumor i dolor en el lado derecho hablan en favor de una lesión del apéndice i en contra de una afección de los anexos.

Conviene agregar que lo que se desprende de los cuadros clínicos antes descritos, es que los datos que nos suministra la anamnesis i el período inicial de la enfermedad, són auxiliares preciosos para el diagnóstico diferencial.

La apendicitis catarral simple puede por su aparición repetida hacerse crónica, pero en cada caso estos ataques se desarrollan bajo el cuadro clínico antes descrito.

Al lado de las diferencias características entre la apendicitis aguda i la pelviperitonitis, que tambien son válidas para las formas crónicas, hai otros datos que facilitan su distinción.

La pelviperitonitis recrudescer con las reglas, produce la esterilidad o por lo ménos dificulta la concepción, i no es raro que vaya acompañada de un catarro uterino o del cuello.

Sucede a menudo que a la apendicitis perforante preceden ataques típicos de apendicitis simple, dato que nos suministra la anamnesis. Si ahora es invadido de repente un trozo de peritoneo ya predispuesto por partículas estercoráceas, por mucosidades i pus, se deducirán sin dificultad las perturbaciones intensas que se producirán, perturbaciones que bien caracterizadas nos posibilitan el diagnóstico.

La enfermedad se inicia bruscamente con síntomas febriles. Dolor abdominal intenso en plena sa-

lud o habiendo solo un ligero malestar, muchas veces sin causa precisa; aparece al principio en todo el abdómen, localizándose al poco tiempo en el lado derecho; a continuación aparecen vómitos i diarrea en unos casos i constipación en otros.

Los vómitos que acompañan a la perforación son mas frecuentes i continuados i aumentan con la ingestión de alimentos. El pulso es pequeño i frecuente, la fiebre asciende rápidamente i se inicia comunemente con escalofríos. Hai timpanismo claro, el estado jeneral bastante deprimido, a veces hai ligera cianosis i sudores.

En la rejion del foco morbozo se constata una resistencia clara, que es limitada en los primeros dias i que es ménos sensible a la presión que el exudado seroso de la apendicitis simple.

La fiebre es atípica, hai alzas notables de temperatura i un pulso mui frecuente; la fiebre dura a veces algunos dias para descender llegando a ser normales las temperaturas de la mañana.

Nueva alza de la temperatura indica otra poussée. Si ésta descende no quiere decir que el descenso es debido a complicaciones; pero hai que sospecharla cuando la temperatura no corresponde al pulso mui frecuente.

El exámen jinecológico demuestra condiciones normales, a no ser que haya una afección concomitante, caso que se presenta con frecuencia.

El recto está a menudo repleto con excrementos endurecidos.

Con síntomas semejantes puede iniciarse una *parametritis* despues del parto, pero en este caso la anamnesis nos fijará nuestro diagnóstico, siendo mui característico el estado jeneral bueno o poco alterado, a no ser por los dolores. Faltan signos de peritonitis difusa i meteorismos i la parte superior del abdómen no es sensible a la presión.



El sitio del exudado tambien es diferente del de la apendicitis perforante. El exudado en el tejido celular pelviano se constata por la palpacion bimanual.

Si la enfermedad es de cierta duracion, el exudado se estiende desde la parte inferior del ligamento ancho hácia su parte superior de manera que es perceptible a la inspeccion. Sobrepasa apenas el estrecho superior pelviano de modo que queda una zona libre entre él i el sitio típico del exudado apendicular.

En algunos casos sin embargo a causa del volumen del exudado el alon anterior del ligamento ancho es rechazado hácia arriba, apareciendo el exudado aplicado contra la pared abdominal anterior por encima del ligamento de Poupart en donde se percute.

Los abscesos producidos por el apéndice pueden variar segun su situacion, i pueden aun variar por procesos inflamatorios anteriores que han provocado adherencias, i en fin porque el absceso puede situarse a diferentes alturas, en el apéndice de una longitud a veces considerable.

Aun en estos casos en que la palpacion no nos dá datos mui claros, nos dan la anamnesis i algunos sintomas clínicos ciertos puntos de referencia para poder distinguir las dos enfermedades.

La pelviperitonitis derecha que hai que considerar en el diagnóstico diferencial, no comienza nunca de un modo tan brusco como la apendicitis supurada. En la historia de la enferma no encontramos datos que nos demuestren la existencia de dolores que no estén relacionados con la menstruacion i situados en el lado derecho del bajo vientre; pero sabremos por los datos, que la enferma ha tenido pérdida de humores desde algun tiempo atras, de color amarillento, irritantes i que actualmente aun existen,

o que ha sufrido una intervencion del lado de los jenitales.

La enfermedad comienza a veces con dolores intensos en todo el abdomen que despues de algun tiempo se localizan al lado derecho, pero situados mas profundamente que en la apendicitis.

Hai constipacion como en casi todas las afecciones ginecológicas, la miccion no está perturbada o hai a veces tenesmo vesical. Pero faltan ante todo las perturbaciones bruscas características de la apendicitis supurada.

En la pelviperitonitis aparecen, cuando mas, fenómenos localizados que se traducen por meteorismo ligero, a veces vómitos, hipo, con o sin fiebre.

El exudado pelviperitonítico se encapsula las mas veces en el Douglas siendo el útero rechazado hácia la pared pelviana anterior, de manera que se toca la porcion vaginal inmediatamente por debajo de la sínfisis.

El exudado se aplica contra la pared posterior del útero i está en íntima relacion con la pared anterior del sacro, alcanzando las paredes laterales de la pelvis solo cuando su volumen es considerable. Su consistencia es al principio fluctuante.

La mucosa rectal está a veces edematosa, produciendo un mucus espeso.

En caso de no ser suficiente el resultado de la palpacion en la pelviperitonitis supurada, i por poder encontrarse el absceso de origen apendicular en un sitio anormal, entónces la historia de la enfermedad nos dará datos para el diagnóstico.

Puede suceder que la apendicitis simple evolucione al estado latente, i pueden haber alteraciones profundas del apéndice sin que haya síntomas manifiestos.

Si consideramos ahora que el apéndice puede dar lugar a perturbaciones crónicas que son mal inter-



pretadas, i que afectan personas que por su ocupacion no pueden preocuparse de ellas, entónces nos explicaremos el alcance de estas formas aparentemente latentes.

En estas formas la primera manifestacion de la apendicitis es la *perforacion*.

En estos casos, como en los de absesos periapendiculares que se han formado despues de varios ataques sucesivos, o en casos de formacion de pus en los órganos jénitales, que es debida a una infeccion mista i no solo al gonococcus, aparece el cuadro clásico de la peritonitis séptica despues del vaciamiento en la cavidad peritoneal.

Establecer el diagnóstico del oríjen de la peritonitis es solo hasta cierto punto posible con los datos que pudiera suministrar el paciente.

SIEGEL, refiere uno de estos casos en que se hizo el diagnóstico de una apendicitis perforante, demostrando despues la intervencion que se trataba de la ruptura de un absceso del ovario.

Por su accion perturbadora sobre los jénitales, pueden confundirse los focos purulentos antiguos, enquistados, consecutivos a la apendicitis supurada con afecciones pelvianas, como ser: procesos de parametrítis, piosalpinx i oforítis.

WINTER, llama la atencion a la dificultad que presenta a veces el diagnóstico diferencial en estos casos.

Este autor dice que es fácil confundir los exudados paramétríticos con los absesos apendiculares sobretodo cuando son antiguos, ya que éstos pueden descender hácia el ligamento ancho, acercándose al útero.

Debemos saber tambien que los exudados paramétríticos que por arriba se han extendido hácia la fosa ilíaca interna, pueden por reabsorcion perder

sus relaciones con el útero i semejar, por lo tanto, a los absesos apendiculares.

Sin embargo, habla en favor de un exudado apendicular, el hecho de que su mayor parte reposa sobre la fosa ilíaca interna. Mientras que la parte media del ligamento ancho está enteramente libre i blanda.

Los exudados apendiculares, separados por el ciego de la pared abdominal, se distinguen por su contorno blando i poco claro i por su sub-macidez a la percusion.

No hai que tomar solo en cuenta los exudados paramétríticos sino tambien los exudados perimetéricos i los piosalpinx.

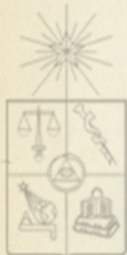
En estos casos el tacto vaginal nos puede suministrar datos que nos hagan pensar en una apendicitis, ya que no es tan raro que el apéndice llegue hasta la pélvis menor, i se forme un absceso periapendicular palpable desde la vajina. FOWLER cree que en estos casos el diagnóstico solo es posible despues de la laparatomía.

Sin embargo, para el diagnóstico de tumor tubario, es un signo importante la existencia de una cuerda gruesa, que se palpa desde el ángulo del útero hácia el tumor, así como tambien el período inicial de la enfermedad.

La concomitancia de lesiones del apéndice con los anexos o útero, tiene su importancia especial en el diagnóstico diferencial de estas afecciones. Como sabemos, esta concomitancia se esplica por la existencia del ligamento apéndice-ovárico ya estudiado.

Son de especial interes los casos en que hai procesos crónicos i concomitantes, que muchas veces son la causa de perturbaciones graves.

El apéndice en estado de inflamacion crónica está espuesto por las adherencias a recidivas. Esta apen-



dicítis crónica en el ovario, normalmente sensible, de origen andolores intensos durante la menstruación, en la que aumenta la circulación, dolores que a veces se hacen insoportables. La cantidad de sangre menstrual será mayor que ántes.

Muchas veces estas perturbaciones se consideran de origen jénital i como tales se trata. Sucede a veces que se hace un largo tratamiento paliativo i despues al hacer una anamnésis i exámen completo o durante la operacion, se descubre la verdadera causa de la afeccion, desapareciendo, entónces, con la estirpacion del apéndice todas las alteraciones. Tales son los casos que ha estudiado GUINARD i que los describe con el nombre de apendicaljia. Un caso ilustrativo en este sentido describe KÜMMEL. Se trata de una enferma con un piosalpinx del tamaño de un huevo de gallina, que habia sido tratada por diferentes médicos en el trascurso de varios años. Uno consideraban que la afeccion tenia su origen en la trompa, constatando la existencia de un tumor en la venticidad del útero, miéntras que otros sostenian que se trataba de una apendicitis típica. Al exámen minucioso se vió que las dos opiniones emitidas tenian fundamento verdadero, porque a la palpacion se encontró un apéndice mui engrosado i un tumor al lado del útero.

Por la operacion se estirpó un apéndice que contenía un cálculo estercoráceo i el piosalpinx.

Segun KÜMMEL, para estas formas el apéndice engrosado constituye el diagnóstico mas importante, i los datos que suministra la anamnésis i el cuadro clínico traducen la lesion de uno de los órganos en cuestion.

SMITT cita un caso que se refiere a una mujer jóven a la cual se le estirpa, por dolores intensos en el flanco derecho i reglas mui abundantes, los anexos del lado derecho, que estaban aumentados



de volúmen. Los dolores disminuyeron; pero poco despues se forma una resistencia al lado derecho del útero i tambien se afectó el ovario izquierdo, el cual fué estirpado seis meses i medio mas tarde. En la operacion se encontró que el muñon del anexo derecho i el apéndice estaban íntimamente adheridos al ciego, i solo despues de desprendidas las adherencias i estirpado el apéndice desaparecieron los dolores.

De estos casos, como de nuestras propias observaciones, que espondremos mas adelante, se desprende claramente que existiendo afecciones concomitantes de los anexos i del apéndice, es a veces imposible llegar a un diagnóstico seguro, i solo en casos en que obran circunstancias mui favorables puede hacerse, como pasó en el caso de KÜMMEL.

Por lo tanto, muchas veces solo se hará el diagnóstico de la afeccion concomitante durante la intervencion operatoria.

Se hace sobretodo difícil el diagnóstico de la afeccion doble por el hecho de que las perturbaciones intensas que produce uno de los órganos afectados hace disminuir o desaparecer la del otro.

La anamnésis nos dará en estos casos datos que se refieren a la lesion de uno de estos órganos; así como tambien el principio i cuadro clínico evolucionarán como si fuera único el órgano afectado. En las observaciones que espondremos, veremos los casos en que se han encontrado relaciones directas o indirectas entre el apéndice i órganos jénitales femeninos.

TRATAMIENTO

La apendicitis en las afecciones de los anexos i del útero constituye una mala complicacion. La apendicitis pide la intervencion en todas las circuns-



tancias; las enfermedades de los anexos concomitantes no hacen mas que precisar dicha indicacion, añadiendo una razon mas para intervenir.

El único tratamiento es el quirúrgico, que consistirá en una laparatomía infra-umbilical, mediante la cual se dé acceso a la pélvis i a la fosa ilíaca. Ella permite estirpar el útero, los anexos i el apéndice.

La frecuencia de la apendicitis en las salpingítis i oforítis, constituye un buen argumento en favor de la intervención por la via abdominal en estas enfermedades.

APENDICECTOMÍA SECUNDARIA

Es muy importante i necesaria la exploracion de la cavidad abdominal cada vez que se incinda el peritoneo, en el curso de una laparatomía hecha para atacar diferentes afecciones ginecológicas.

Se hará esto siempre que no haya contraindicaciones especiales, como ser que el estado del paciente no lo permita. Esta exploracion debe dirigirse principalmente sobre el apéndice.

El apéndice, salvo raras escepciones debidas a un mesociego estremadamente corto o a adherencias, puede ser arrastrado a la línea mediana con mucha facilidad.

La banda blanca (white band) del ciego sirve como el mejor guia para la localizacion del apéndice. La mano se pasa lijaramente por debajo de la pared abdominal hasta la fosa ilio-cecal, hasta que el índice localice la banda. El apéndice i ciego, despues de examinados, serán envueltos con gasa hidrófila con el objeto de precaverse contra posibles contaminaciones fecales. Si el apéndice se quiere estirpar, se le reseca el muñon, se toca con ácido fénico puro i

se hunde despues por medio de una sutura peritoneal que envuelva el muñon.

La estirpacion del apéndice asiento de inflamacion crónica hecha secundariamente en el curso de otras operaciones pelvianas, no aumenta la mortalidad de éstas.

La estirpacion del apéndice, siempre que se abre el abdómen con otros propósitos, ha dado lugar a gran diverjencia de opiniones.

Actualmente la gran mayoría de los cirujanos está porque se debe estirpar el apéndice siempre que se aparte lo mas mínimo de la normal. Pero hemos visto ya que en todos los casos crónicos i latentes, es muy difícil juzgar por el solo aspecto macroscópico si el apéndice está enfermo o nó.

El cirujano no puede solo por lo que ve a la inspeccion decir si un apéndice está alterado o nó.

Hemos visto tambien que, en cierta proporcion un poco crecida apéndices estirpados i en apariencias absolutamente normales, revelaron despues al exámen microscópico ser el sitio de una inflamacion.

Por esto, teniendo presente la dificultad de diagnosticar una inflamacion crónica del apéndice, i teniendo en cuenta la observacion anterior lo mejor será estirpar siempre el apéndice.

La forma crónica i latente de la apendicitis con sus frecuentes exacerbaciones da lugar a dolor i a una desagradable delicadeza en el lado derecho del bajo vientre.

Muchas veces despues de la ablacion completa de los anexos i del útero por enfermedades purulentas, los dolores abdominales que siguen atormentando a la enferma no son tan frecuentemente de adherencias como se ha supuesto.

Mas bien en esos casos esos dolores son debidos a inflamaciones crónicas del apéndice consecutivas a las afecciones de los anexos o del útero.



Esto ha sido demostrado en los casos en que se ha estirpado el apéndice en esas condiciones, observándose entónces que los dolores han desaparecido.

Por esto muchos cirujanos estirpan sistemáticamente el apéndice siempre que hacen una laparotomía con otros propósitos.

Esto se puede hacer siempre que no haya contra-indicación especial. Si con prolongar un poco mas la operacion para reseca el apéndice, se pone en peligro la vida del enfermo, debe abandonarse tal pretensión.

La apendicectomía secundaria en el curso de otras operaciones, no aumentará ni debe aumentar mas la mortalidad de la laparotomía en manos de un cirujano experimentado.

El cirujano se sentirá lójicamente impulsado, siempre que no haya contra-indicaciones, a estirpar el apéndice cada vez que tenga oportunidad.

De otra manera en un número crecido de casos, cerca del 50 por ciento, según PETERSON, abandonará a su suerte un apéndice enfermo. Las operaciones serán incompletas i las enfermas sufrirán las consecuencias correspondientes.

Otro argumento importante en favor de la estirpacion del apéndice como operacion concomitante de las intervenciones pelvianas por la vía abdominal, es la presencia ocasional de una enfermedad maligna del apéndice.

Los casos de *carcinoma primario* están aumentando a medida que los apéndices estirpados son sometidos al exámen microscópico.

CLARK ha relatado recientemente un caso de carcinoma primario del apéndice en una serie de 120 laparotomías por afecciones pelvianas con estirpacion concomitante del apéndice.

A. O. J. KELLY refirió en 1900 tres casos de carcinoma primario del apéndice en un exámen de 706

apéndices estirpados por DEEVER. En estos tres casos indudables de carcinoma, los tumores eran de tamaño microscópico, i no fueron diagnosticados sino despues de un exámen microscópico mui atento i minucioso.

PETERSON refiere otro caso de carcinoma primario, el que despues de un año de estirpado no habia dado signo alguno de recidiva.

Tenemos cinco casos de carcinomas primarios bien estudiados en cerca de 1 000 apendicetomías, todos reconocidos al microscopio.

Por esto se vé, pues, la importancia de la estirpacion sistemática del apéndice.

OBSERVACIONES

OBSERVACION NUM. 1

Celinda Galdames, viuda, de 42 años. Ingresó al servicio del profesor KÖRNER el 13 de Julio de 1903. Salió de él el 13 de Noviembre.

Anamnesis.—*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Siempre ha tenido mui buena salud.

Partos.—Diez partos, uno de ellos gemelar. En uno de sus embarazos hubo necesidad de provocar el parto a los seis meses por tener una hemorragia intensa. Por los datos que dá la enferma, se le hizo, probablemente, una version, hace a la fecha dieciocho años. El último parto tuvo lugar hace trece años, i durante este embarazo tenia continuamente pérdidas de sangre.

No ha tenido abortos.

Menstruacion.—Regló a los trece años, abundantemente. Eran regulares, de ocho dias de duracion, pero con muchos dolores en la fosa ilíaca izquierda. Pero desde hace ocho años son irregulares, mui es-

casas, duran dos dias i son bastante dolorosas. Ha tenido hemorragias intermenstruales. La última el 12 de Julio.

Enfermedad actual.—Desde su último parto, hace trece años, ha perdido un humor espeso, i a veces, sanguinolento. Se hizo un ligero tratamiento.

Actualmente siente mucho dolor en la fosa ilíaca derecha, dolores en las caderas acompañados de una sensacion de calor. Sensacion de peso en el bajo vientre.

Exámen objetivo.—Vulva cerrada.

Vagina ancha, lisa.

Anexos: ámbos anexos un poco aumentados de volúmen i sensibles a la presion.

Útero: lijeramente aumentado de volúmen, poco movable.

Síntomas jenerales i reflejos.—Sueño i apetito disminuidos.

Orina i miccion normales.

Intestino.—Funciona bien.

Diagnóstico.—Metritis crónica, oforítis doble.

Operación.—Laparotomía. Salpingooforectomía doble. Apendicectomía.

Abierta la cavidad abdominal se encontraron los anexos bastante inflamados i aumentados de volúmen. Se estirparon ámbos.

El apéndice se encontró tambien un poco indurado i engrosado; se le estirpó.

OBSERVACION NUM. 2

Lutgarda Alvarez de P., de 20 años de edad, casada. Ingresa al servicio en Noviembre de 1902.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Siempre ha sido mui sana.

Partos.—Uno de siete meses, hace cuatro meses, que vivió solo seis horas.

No ha tenido abortos.

Reglas.—La primera la tuvo a los 14 años; regulares, abundantes, de ocho a diez dias de duracion i dolorosas, pero desde que se casó, hace año i medio, son sin dolor. La última a fines de Octubre.

Síntomas subjetivos.—Recuerda que desde mui pequeña ha tenido un fuerte dolor en la fosa ilíaca izquierda. A la edad de cuatro años comenzó a tener hematurias que se repetian dos o tres veces por semana i que desaparecieron unos siete meses despues. Desde el parto ha quedado perdiendo un humor verdense, espeso, i de mal olor.

Sensacion de peso en el bajo vientre.

Vulva i vagina normales.

Anexos.—Tanto el izquierdo como el derecho, lijeramente aumentados de volúmen i dolorosos.

Síntomas jenerales i reflejos.—El apetito bueno; no duerme bien a causa de que el dolor la molesta mucho.

Constipacion habitual, solo obra usando lavados.

Orina bien.

Operacion.—Laparotomía lateral. Apendicectomía. Abierta la cavidad abdominal se encontró el apéndice engrosado i endurecido, libre de adherencias. Los ovarios estaban lijeramente adheridos i fácilmente se desprendieron. Se reseco el apéndice.

La operacion duró media hora. Curacion per primam.

OBSERVACION NÚM. 3

Aurora Allende, de 32 años, casada. Ingresó al servicio el 20 de Junio de 1904.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Igualmente sin importancia.

Partos.—Seis, el último hace dos meses.

Abortos.—Ninguno.

Menstruacion.—La primera a los 14 años, regulares, de 5 dias de duracion, abundantes i dolorosas.
Enfermedad actual.

Sintomas subjetivos.—Desde hace dos meses despues del último parto, sufre de dolor al vientre mas intenso al lado derecho, picadas en la region ilíaca izquierda, i pierde un poco de humor.

Exámen objetivo.—Abdómen flácido, con estrías de la preñez.

Vulva cerrada.

Vagina ancha i lisa.

Utero en posicion normal i fijo.

Anexos.—A la derecha del útero se palpa un tumor duro, fijo, de forma irregular, un poco menor que una cabeza de feto, i que parece formado por el anexo de este lado.

Diagnóstico.—Salpingooforítis derecha; pelviperitonítis.

Tratamiento.—Laparatomía. Salpingooforectomía derecha; apendicectomía.

Abierta la cavidad abdominal se encontró a la derecha i por detras del útero un tumor formado por un conglomerado de adherencias entre la cara posterior del útero, el apéndice i ciego, i el anexo derecho aumentado de volúmen.

Se desprendieron las adherencias, se estirpó el anexo derecho i el apéndice. Se dejó un drenaje de gasa iodada por el abdómen. Sutura de la pared abdominal en tres planos con catgut.

La operacion fué larga i laboriosa por la firmeza de las adherencias.

OBSERVACION NÚM. 4

Rosalía Pérez, de 20 años, casada. Ingresa al servicio el 30 de Marzo de 1903. Fecha de salida el 13 de Junio del mismo año.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Hace dos años sufre de reumatismo auricular.

Partos.—Uno hace tres meses.

Abortos.—Ninguno.

Menstruacion.—La primera a los 14 años, no da datos exactos respecto a ellos. A los veinte dias despues del parto estuvo perdiendo sangre durante siete dias.

Enfermedad actual.

Sintomas subjetivos.—Despues del parto, hace tres meses, empezó a sentir dolores (punzadas) mui fuertes en la fosa ilíaca derecha i en las caderas. Hace un mes han aparecido tambien dolores en el lado izquierdo. Dolores en el cóxis, sobre todo al defecar.

Exámen objetivo.—Vulva cerrada.

Vagina ancha i lisa.

Utero, un poco aumentado de volúmen, poco movable.

Anexos.—Al lado derecho del útero, íntimamente adherido a él, se palpa un tumor duro del tamaño de una naranja.

Sintomas jenerales.—Sufré de constipacion tenaz, pasa 4 o 5 dias sin obrar, i su constipacion solo se corrije con purgantes.

Orina normal.

Diagnóstico.—Salpingooforítis derecha.

Tratamiento.—Laparatomía. Salpingooforectomía derecha; apendicectomía, desprendimiento de adherencias.

Abierta la cavidad abdominal se encontró el útero i anexos íntimamente adheridos a las asas intestinales i al apéndice. Este estaba bastante engrosado i congestionado.

Despues de bastante trabajo se logró aislar el anexo derecho que estaba bastante aumentado de volúmen i se le resecó. En esta operacion se rompió la trompa i dió una pequeña cantidad de pus, que se recojió con compresas.





El ciego i el apéndice tenían adherencias con varias asas intestinales que formaban un paquete, el cual, a su vez, adhería al anexo derecho. Se desprendieron estas adherencias i se estirpó el apéndice. Se colocó un drenaje por la vagina. Sutura pared abdominal en tres planos. La herida abdominal supuro i cicatrizó lentamente.

OBSERVACION NÚM. 5



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Antonia Vera, de 22 años, casada. Ingresó al servicio el 23 de Abril de 1903. Salió el 25 de Mayo.

Antecedentes hereditarios i personales.—Sin importancia.

Partos i abortos.—Ninguno.

Menstruacion.—La primera a los 12 años; siempre se atrasan, apareciendo a los cuarenta días o mas tarde. Son escasas i solo duran dos días. La última la tuvo el 8 de Abril i le duró dos días. Había pasado antes un mes sin su menstruacion.

Enfermedad actual.

Síntomas subjetivos.—Al poco tiempo despues de haberse casado, hace 7 años, empezó a sentir dolores i fuertes punzadas en el vientre, sobre todo al lado derecho i en las caderas. Sus reglas tambien se hicieron mui dolorosas. Tiene una pérdida constante de un humor blanquizco i espeso.

Exámen objetivo.—Abdómen tenso.

Vulva cerrada.

Vagina, rugosa.

Útero.—En retroversion i movable.

Anexos.—Ovario derecho un poco aumentado de volumen i fijo hácia atras.

Síntomas generales.—Desde que se inició su enfermedad ha tenido con frecuencia vómitos despues de las comidas i dolor de estómago. Constipacion tenaz i solo obra con lavados.

Orina normal. Duerme mal.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Diagnóstico.—Perioforítis derecha i perimetritis.
Tratamiento. *Laparotomía.*—Desprendimiento de adherencias; apendicectomía.

Abierta la cavidad abdominal se encontró adherencias entre el apéndice i el anexo derecho. Se desprendieron estas adherencias. El anexo estaba normal; el apéndice era el sitio de una inflamación crónica i se le estirpó. Sutura abdominal en cuatro planos.

OBSERVACION NÚM. 6

Celinda Reyes, de 22 años de edad, casada. Ingresó al servicio en Octubre de 1904.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Alfombrilla a los 7 años, amigdalitis flegmonosa a los 10, neumonia a los 16. Hai estigmas de lúes.

Ha tenido siete hijos; tres han muerto en la primera infancia, de cólera infantil; de los vivos uno es epiléptico.

Menstruacion.—La primera a los 14 años i le duró doce días, mui dolorosa. Hasta hace cinco meses fué siempre regular, dolorosa, abundante i de cuatro a cinco días de duracion. En esa época se suspendió durante dos meses, apareciendo despues en mayor cantidad, de mas duracion i mas dolorosa. Desde entónces, a continuacion de las reglas tiene pérdidas constante de sangre pura i últimamente, hace tres meses, mezclada con humores. La última hace dos meses.

Partos.—Siete de término, dos de ellos fueron de larga duracion. El último hace un año i dos meses.

Despues del primero tuvo fiebre puerperal.

Abortos.—Tres, uno de cuatro meses i los otros de dos.

Enfermedad actual. Síntomas subjetivos.—Desde hace cinco meses se queja de intenso dolor en las



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



caederas i vientre, principalmente en la fosa iliaca derecha, con sensacion de ardor i con irradiaciones.

Ultimamente, tambien siente dolor en la fosa iliaca izquierda. Tiene pérdida diaria de humores amarillentos i espesos,

Anorexia, cefalalja, constipacion de hasta cinco a seis dias de duracion.

Exámen objetivo.—Abdómen, flácido con estrías de la preñez.

Vulva, cerrada.

Vajina, ancha i lisa.

Útero.—Un poco aumentado de volúmen, mui poco movable.

Anexos.—El derecho aumentado de volúmen, fijo i doloroso, el izquierdo bastante sensible.

Diagnóstico.—Salpingooforítis derecha, oforítis izquierda, pelvipertonítis.

Tratamiento.—Laparotomía.

Abierta la cavidad abdominal se encontraron múltiples adherencias entre el útero, los anexos i asas intestinales. La trompa derecha estaba bastante engrosada; entre el pabellon i el ovario habia un cuerpo esférico, semejante a un coágulo i del tamaño de una nuez, probablemente un embarazo extrauterino. Se desprendieron las adherencias i se estirpó el anexo derecho. El ovario izquierdo estaba un poco aumentado de volúmen, se reseco la mitad.

El apéndice estaba engrosado i adherido al anexo derecho, tambien se estirpó

Sutura pared abdominal en tres planos.

En las observaciones números 2 i 5 vemos que se confundió una apendicitis con una afeccion de los anexos. En las otras observaciones la apendicitis solo se diagnosticó en el momento de la operacion.



CONCLUSIONES

De todos los hechos i observaciones estudiadas así suscintamente, podemos deducir algunas conclusiones que espondremos a continuacion:

1.º En gran número de apéndices estirpados en el curso de operaciones por afecciones pelvianas i examinados al microscopio, se han encontrado señales de inflamacion aguda o crónica o restos de inflamaciones primitivas.

2.º Los dolores menstruales pueden ser debidos o agravados por la presencia de un apéndice en estado de inflamacion crónica. La conjestion, que coincide con la menstruacion, aumenta la inflamacion i da lugar a ataques de cólico apendicular.

3.º Es estremadamente difícil distinguir entre dolor debido a lesiones pelvianas i dolor debido a apendicitis crónica.

4.º El apéndice está adherido mas frecuentemente en aquellos casos en que el exámen microscópico muestra afecciones pasadas o presentes. Sin embargo, una cierta proporcion de apéndices adheridos se encontraban al microscopio perfectamente sanos.

5.º El apéndice es el sitio en cierto número de casos de cálculos fecales. Su existencia no indica que el apéndice esté enfermo.

6.º En un gran número de enfermos que tenian

enfermedades agudas o crónicas de los anexos se ha encontrado una afeccion concomitante del apéndice.

7.º Esta inflamacion se produce, o por infeccion que camina del anexo enfermo al apéndice a traves de los linfáticos que recorren el ligamento apendículo ovárico i que une dichos órganos, o puede ser el resultado de un contacto directo entre el apéndice con el anexo inflamado.

8.º En las afecciones crónicas de los anexos, en gran número de casos, hai adherencias al apéndice i el examen microscópico revela que éstos están enfermos. En una corta proporcion, sin embargo, el apéndice a pesar de estar adherido se encuentra sano.

9.º En enfermedades crónicas de los anexos, los apéndices con terminacion dilatada, constricciones o cálculos fecales no están necesariamente enfermos.

10. Con cierta frecuencia, en casos de fibroma uterino así como en casos de quistes del ovario, se encuentra una enfermedad concomitante del apéndice.

11. El diagnóstico diferencial entre pelviperitonitis supurada debida a afecciones del útero o anexos con apendicitis aguda supurada, puede hacerse mediante una anamnesis i un examen objetivo atentos.

12. El diagnóstico diferencial de afecciones concomitantes de los anexos i del apéndice es mui difícil hacerlo ántes de la intervencion.

13. La incision mediana abdominal infra-umbilical basta ámpliamente para la estirpacion del apéndice.

14. Tal estirpacion no aumentará la mortalidad ni prolongará la convalescencia.

15. Ya que es imposible para el cirujano por solo las grandes apariencias físicas determinar que apéndice está enfermo, i toda vez que en gran número de casos en que el apéndice ha sido estirpado al ser abierto el abdomen por otros motivos, se le ha encontrado enfermo al microscopio, es obligacion del cirujano, en ausencia de contra-indicaciones,



estirpar el apéndice en todos los casos. De otra manera abandonará apéndices enfermos, de lo que puede resultar una fuente de sufrimientos para la enferma.

16. Exámenes sistemáticos de series de apéndices estirpados muestran la presencia ocasional de carcinomas primarios, en tal estado de desarrollo, que no habian podido ser descubiertos por la inspeccion en el momento de la operacion. La estirpacion en este período significa probablemente la no recidiva i la salvacion de una vida. Aunque esto no sea mui frecuente, es un fuerte argumento a favor de la apendicectomía secundaria en el curso de otras operaciones pelvianas.





BIBLIOGRAFIA

KRÜGER, *Appendicitis und ihre Beziehungen zu den weiblichen Genitalorganen*, DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FÜR CHIRURGIE. Tomo 45. Año 1897.

PETERSON. *The relation of the Appendix to the Pelvic disease, based upon a clinical and microscopic study of 200 cases*. THE AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS. Año 1904.

Otto FALK. *Beitrag zur Bedeutung der Appendicitis für den Geburtshelfer und Gynäkologen*. CENTRALBLAT FÜR GINAEOLOGIE. Año de 1900.

Henri DELAGÉNIÈRE. (Mans). *De l'appendicite dans les affections de l'uterus et des annexes, ou appendicitis folliculaires cancéreuses et tuberculeuses d'origine annexiale*. ANNALES DE GINÉCOLOGIE. Año de 1900.

GULNARD. *Douleurs d'origine appendiculaire*. BULLETINS ET MEMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS. Año 1904.

KELLY A. O. J. *Tumors of the Vermiform Appendix*. UNIVERSITY MEDICAL MAGAZINE. Año 1900.

