

#360

CONSIDERACIONES ACTUALES SOBRE
ALGUNOS CASOS DE APENDICITIS AGUDA.

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE BACHILLER.

Pre sentada por

Octavio Castañeda.

1925.



APENDICITIS AGUDA

La apendicitis, cuyo estudio en todo tiempo ha sido tema de valiosos e innumerables, trabajos, fue antiguamente englobada dentro del grupo impreciso desíndromes dolorosos del cuadrante inferior derecho del abdomen con las denominaciones de Tiflitis y Peritiflitis, hasta que en 1886 Fitz, hizo una descripción magistral de la enfermedad, e introdujo el término de apendicitis, a la vez que insistió sobre la utilidad e importancia del tratamiento quirúrgico a tiempo.

Contribuyeron poderosamente al mismo objeto, Gastón, en Norte América, Crafft de Lausanne con su interesante estudio monográfico; Murphy el que presentó una memoria a la Chicago Medical Society, después de la observación de ocho casos clínicos que le mereció el siguiente elogio a la operación precoz: "Tenemos el convencimiento de que dentro de pocos años todos los casos que se diagnostiquen de peritiflitis se operarán inmediatamente ligando el apéndice y si es posible amputándolo. Esta operación es la única garantía que puede darse al enfermo de que desaparece el peligro con que le amenaza la enfermedad y de que ésta no puede repetirse" (1).

En esta época la operación tan solo se llevaba a cabo cuando existía un flemón que invadía la pared abdominal, continuando tal estado de cosas hasta 1888 en que Mc. Borney operó un quiste por retención supurada del apéndice (2). Posteriormente modificose tal concepto con los progresos de la Cirujía Moderna que se basa en el diagnóstico precoz de la infección apendicular, antes de que el flemón se haya producido.

Estas ideas han tenido propagandistas en todas partes. En la actualidad la mayoría de los médicos y todos los cirujanos están de acuerdo en

el tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda, la divergencia de opiniones se origina cuando se trata de establecer el momento preciso en que debe intervenir, y en tal sentido son largas y variadas las discusiones que se han establecido: entre los intervencionistas a outrance (Temoín de Bourges entre ellos); los oportunistas, partidarios de la espectación armada (Quenu y Jalaguier), y los contemporizadores mas o menos intransigentes, presentando en cada grupo una serie de argumentos en apoyo de sus respectivas opiniones, que hacen que el médico práctico, espectador de estos torneos académicos quede indeciso ante la conducta terapéutica que debe seguir en un caso determinado.

Ya desde la época de Dieulafoy se sabe que no hay tratamiento médico de la apendicitis, (3) fórmula de un rigorismo absoluto, que fué combatida enérgicamente por médicos de gran valía, estableciéndose desde entonces divergencias y variedad de opiniones que aún persisten en la actualidad; a pesar de que Dieulafoy insistió sobre las "calmas traidoras de la apendicitis" (4), y a pesar de los desastres ocasionados por la abstención, todavía existen cirujanos que se muestran indecisos ante la operación inmediata. Hartmann, Bazy no son intervencionistas: "hay fenómenos de localización, de empastamiento, un plastrón, que se opone a la propagación de los accidentes inflamatorios"

Los profesores Quenu y Jalaguier no admiten una regla absoluta y se deciden en favor o en contra de la intervención de urgencia, basándose únicamente en el estado del enfermo, preconizando la espectación armada. Temoín de Bourges se declara intervencionista sistemático y resuelto cualquiera que sea la forma de la enfermedad y el periodo de su evolución, (5) fundándose en su gran estadística de cerca de tres mil casos de apendicitis operados en caliente.

De todas estas discusiones las conclusiones a que podemos llegar son:

todos están de acuerdo que frente a un caso de apendicitis aguda no cabe tratamiento médico y que el tratamiento quirúrgico se impone. Las discusiones versan sobre el momento en que debe intervenir, sosteniendo unos la necesidad de intervenir tan pronto como el diagnóstico sea hecho, sin tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la iniciación de la enfermedad, y los que creen que si han transcurrido 48 horas desde el comienzo de los síntomas, es preferible la expectación armada, es decir, dejan que la "apendicitis se enfríe" vigilando al enfermo para intervenir en un momento dado si la marcha clínica así lo exige.

Creemos que la mejor manera de zanjar estas dificultades es la de revisar ligeramente las formas clínicas que la enfermedad puede revestir y el modo como ellas evolucionan.

Es indudable que para comprender bien las sintomatología y marcha clínica de una enfermedad, es necesario conocer a fondo la anatomía del órgano atacado y el modo como reacciona a la enfermedad; por esto nos veremos precisados a recordar brevemente las partes de anatomía normal y patológica del apéndice que en nuestra opinión, arrojan luz sobre la clínica de la apendicitis. Entre estos son de importancia capital la situación del apéndice, sus relaciones anatómicas con el peritoneo de la fosa iliaca de recha.

Sabemos que el apéndice es la porción terminal del ciego no desarrollado en el hombre, o como dice Reclus " el divertículo de un divertículo, el ciego de un ciego" (6); su forma es la de un pequeño tubo cilíndrico, de 8 a 10 centímetros de longitud, casi siempre flexuoso, implantado a dos o tres centímetros por debajo del ángulo ilio-secal, generalmente en la cara postero-interna del ciego; es liso, de color gris rosado en estado normal, al estado patológico cambia de consistencia, se pone duro, con abolladuras y ulceraciones, y su color varía al rojo oscuro, violáceo y en ocasiones negro.

En cuanto a la dirección que toma el apéndice es variable, Lafforgue que ha hecho estudios en mas de docientos cadaveres, dá las siguientes cifras:

Apéndice ascendente	13 %
" descendente	41.5 %
" lateral interno	26 %
" Lateral externo	17 %

Poirier dá las siguientes cifras:

Apéndice iliaco interno	20 %
" iliaco externo	19 %
" descendente	20 %

Los cirujanos al hacer las estadísticas operatorias dan cifras distintas, fundándose en que no hay pruebas convincentes de que el apéndice ocupe en el vivo la misma posición que se encuentra en el cadaver, puesto que es un órgano movable; puede ocupar por consiguiente, aún en el mismo sujeto, posiciones diversas, ya sea que él y el ciego estén distendidos por gases o vacíos. Así por ejemplo Fergusson y Kelly hacen ascender el porcentaje de la posición retrocecal a un 37 y 40 % respectivamente.

Esta variedad de posiciones se explicaría en parte por la edad, sexo, raza, movilidad anormal del ciego, etc., y la que puede ser debida a los procesos inflamatorios que contribuyen a fijar el apéndice en posiciones anormales, hallándosele adherido en algunos casos al mesenterio, al peritoneo parietal, al recto, la vejiga o a los genitales internos de la mujer.

Unas veces asciende por el lado interno, por debajo de la porción terminal del ileon, que lo cubre y detrás del mesenterio; otras, va por el lado externo, costea primero el ciego, después el colon, llegando aveces a desaparecer de tras de éstos por las adherencias parieto-ceco-cólicas que se forman, cuando el apéndice se inflama. Vemos pues que en todas estas formas el apéndice se encuentra protegido o recubierto por segmentos del intestino y por el mesenterio, haciendo que las relaciones con la se

serosa peritoneal de inmediato que eran se hagan mediatas o lejanas.

De todo esto resulta el hecho constatado por los cirujanos de que el apéndice en inflamación aguda se encuentra muy frecuentemente situado detrás del ciego, colon, ileon o del mesenterio, lo que equivale a su exteriorización pasajera o permanente de la gran cavidad de la serosa peritoneal.

Otro tanto sucede con los apéndices descendentes, en los que, ya sea por su longitud exajerada o por una implantación baja del ciego, el proceso apendicular se desarrolla en plena cavidad pelviana. Ya sabemos que toda infección de esta cavidad es de marcha tórpida, atenuada; por consiguiente la apendicitis cuya localización sea esta, tendrá en su evolución un doble proceso: Uno de comienzo, lento, silencioso; el otro terminal, agudo, rápido indicando que los gérmenes apendiculares o sus toxinas han invadido la gran serosa peritoneal, que es bastante sensible. Esta es la razón por la cual observamos en la clínica, apendicitis con grandes y avanzadas lesiones del apéndice, en personas de estado general relativamente bueno y que manifiestan pequeños signos de su infección apendicular.

Los cirujanos que han estudiado y controlado estos hechos en el curso de sus operaciones, opinan que es de gran importancia práctica para la evolución clínica de esta enfermedad el conocer aquella posición que se ha convenido en designarla como la exteriorización peritoneal del apéndice.

Por otra parte, observamos en la clínica que la evolución de un apéndice libre en el abdomen, dá su cuadro sintomático clásico: dolores en todo el vientre, con intensidad mayor en la región umbilical, que se localiza después en la fosa iliaca derecha (Mac Burney o Lanz), vómitos, defensa abdominal a predominio derecho, fiebre, constipación, etc. que es muy distinta de la que se desarrolla en un apéndice extraperitoneal, en el que comienza por un cuadro abdominal difuso de dolores vagos y trastornos funcionales poco claros y manifiestos, que los individuos que lo padecen se creen

atacados de pequeñas indigestiones, para lo cual toman purgantes que no les interrumpe en sus trabajos cotidianos, hasta que un mal día estalla, con fuertes dolores en el vientre, vómitos, defensa abdominal, presentán donos un cuadro de gravedad tal que salta a primera vista.

Por el examen constatamos una apendicitis avanzada y mas corrientemente una peritonitis de origen apendicular, corroborándose nuestro diagnóstico en la operación, en la que se halla un apéndice retrocecal o ~~meso-~~^{retro-}mesentérico, esgacelado y perforado, el que ha vertido su contenido séptico en la cavidad abdominal, dando lugar a la peritonitis.

Veamos ahora cuales son las etapas que ha recorrido la infección apendicular, en las diversas formas para llegar al estado peritoneal.

En primer lugar, en la apendicitis aguda que evoluciona en un apéndice libre o intra abdominal, la agudeza de los síntomas, ponen en guardia al médico o cirujano que lo trata contra una posible complicación del peritoneo; hay otros casos en los cuales después de un periodo de acalmia manifiesta, debida al tratamiento, vienen en seguida dolores fulgurantes, con inmovilidad del diafragma, (signo del Delbet) rigidez de la pared abdominal, discordancia entre el pulso y la temperatura, vómitos, leucocitosis abundante y un decaimiento brusco de las fuerzas del enfermo, que nos manifiesta que la complicación peritoneal se ha establecido.

En cambio vemos, cuan distinta es la marcha de una apendicitis, cuyo apéndice es extra o retro-peritoneal, la que avanza de una manera apagada, silenciosa, y progresiva. Como no existe contacto inmediato con el peritoneo parietal o visceral, hace que las reacciones peritoneales no se manifiesten, y el paciente tranquilo y confiado no advirtiendo el gran peligro que le amenaza.

Esta diversidad de cuadros apendiculares es facilmente explicado si tenemos presente la posición del apéndice. Así vemos que en los apéndices extra o retro-peritoneales, el proceso inflamatorio, cuando sigue su curso

progresivo, lo hace en dos tiempos; en el primero es una apendicitis tórpidabanal que evoluciona oculta detras del ciego o del mesenterio, sin relaciones inmediatas con el peritoneo que envuelve la gran cavidad abdominal; debido a esta localización, es que no hay la reacción peritoneal ni se produce los síntomas clásicos de la apendicitis aguda, reduciéndose todo a trastornos vagos y difusos del abdomen que no impiden continuar en sus labores al enfermo que lo padece, el que generalmente insiste con purgantes. En este estado, una de dos cosas puede suceder: que el proceso inflamatorio se detenga, se resuelva, no llegando a producirse la crisis; o que la apendicitis siga su curso que es lo mas frecuente, encerrado el apéndice en su celda o vivienda, en donde se ulcera, se esfacela y se perfora. En estas condiciones las paredes que lo aíslan pueden ser resistentes manteniendo victoriosa la defensa, virtiéndose los productos sépticos en el intestino. Es la excepción. Generalmente ante un proceso inflamatorio tan avanzado la pared limitante sede en los puntos más débiles, el pus hiperséptico se abre paso por entre los puntos de menor resistencia, y llega a ponerse en contacto con el peritoneo abdominal. En este preciso momento es cuando estalla la crisis: dolor brusco e intenso en el vientre, vómitos, fiebre, es la peritonitis mortal con todo su cortejo que invade a un vientre que ratos antes parecía indemne.

Lo que sucede en estos casos, es que el proceso apendicular, se inicia progresa y forma el pus, fuera de la gran cavidad peritoneal, la que no puede defenderse de la irrupción brusca del pus en el vientre, no dándole lugar para ello.

El examen anatómo-patológico de apéndices extirpados precozmente confirman nuestras aceveraciones; así vemos que en los casos de apendicitis, en apéndices intraperitoneales de 24, 36, 48 horas de evolución en los

cuales el comienzo, como ya hemos dicho, se establece claramente por el dolor inicial, en completo estado de salud; las lesiones anatómicas apendiculares están limitadas a una marcada congestión y turgencia del apéndice, mucosa inflamada, roja, edematosa y con puntillado hemorrágico, a veces algo de serocidad en el vientre, y, en los de más de 40 horas, ligeras adherencias del apéndice o del epiplon; lesiones estas que están en relación con el tiempo de evolución clínica.

En cambio nos encontramos frente a otros casos que operados después de 20, 30 o 48 horas del periodo inicial aparente del apendicitis, muestran apéndices que nos sorprenden por las avanzadas lesiones que presentan, hallándoseles recubiertos, adherentes, perforados y aún esfacelados y gangrenados, casi siempre acompañados de peritonitis difusa y con pus colectado en la pelvis. Tratando de precisar el instante fijo en que comenzó esta apendicitis, nos encontramos que corresponde al tiempo indicado por el enfermo, es decir, 24, 36 o 48 horas, con la particularidad de que días antes su estado general no era bueno, sentía ligero malestar, presentando un cuadro difuso al que el paciente no le daba ninguna importancia. Estos casos corresponden a apéndices extraperitoneales.

El por que de estos hechos, al parecer ilógicos, de lesiones apendiculares en relación unas veces con el tiempo de evolución clínica, y otras no, lo encontramos claramente en lo que la Anatomía nos enseña respecto a las relaciones del apéndice con la gran cavidad peritoneal.

El profesor Pratt, está pues en lo justo al dividir el tiempo de evolución de las apendicitis en "horas anatómicas y horas clínicas". (X)

En efecto, una apendicitis que para el enfermo tiene 24 o 48 horas de evolución (horas clínicas) puede tener tres, cuatro, cinco días desde su iniciación (horas anatómicas) que han pasado desapercibidas, debido a la

vaguedad y benignidad de los síntomas, por el estado de latencia con que verifican su evolución; por tal razón no es contradictorio el hallar lesiones perforantes o de esfacelo, en apendicitis al parecer de pocas horas de evolución. Así nos explicaríamos el hecho anormal que nos causaba sorpresa, : no era que se tratase de apéndices que se perforan y gangrenan los unos mas pronto que los otros, ni tampoco gérmenes mas virulentos que explicasen esa rapidez en el proceso de desintegración anatómica, cosa factible, sino que eran apendicitis de evolución anatómica, por estar recubiertas por el intestino o mesenterio, manifestándose tardíamente cuando llegan a ponerse en contacto con el peritoneo.

Por otra parte, no conocemos ninguna ley formal que pueda regular los fenómenos clínicos como una ecuación matemática, puesto que aquellos pueden sufrir cambios rápidos en pocos momentos; del tal suerte que frente a una crisis apendicular, nada se podría predecir sobre su evolución, apendicitis que al parecer benignas en su comienzo se comportaban con una gravedad terrible y viciversa.

Vemos que en todo esto influye de una manera saltante el factor posición, que es el que nos explica la marcada diferencia en la marcha clínica de la apendicitis, aún en aquellas que al parecer tenían el mismo periodo de evolución, de allí es que muchas de ellas verifican una evolución latente por estar recubiertas por víceras abdominales, siendo así que su primera manifestación sea el estallido brutal de la peritonitis.

Estos hechos han sido comprobados en el curso de las operaciones, en las que se han operado apendicitis que se creían de 48 horas, encontrándose lesiones anatómicas de perforación o de gangrena. Resulta de esto que sin quererlo y confiados en los datos suministrados por los enfermos

se operan apendicitis, de 3, 4 o mas dias de evolución anatómica, prolongándose así de esta manera el tiempo señalado por el precepto clásico,:

" Toda apendicitis dagnósticada durante las 48 primeras horas de la crisis, debe ser inmediatamente operada" .(8)

No es una cuestión de horas solamente, son las lesiones anatómicas las que deben guiar nuestra conducta, pudiendo estas lesiones permanecer intraapendiculares, durante 3,4,5 dias y aún más, lo cual justifica la operación inmediata.

Por otra parte, el acto quirúrgico, en estas apendicitis de 4,5, o mas dias, no ha resultado mas difícil ni mas grave, que las de las primeras 48 horas; vemos pues que generalmente se operan apéndices de mas de tres dias de evolución con un estado pos-operatorio excelente, autorizándonos esto para preconizar, en todo caso de apendicitis aguda, la intervención inmediata.

HISTORIAS CLINICAS.

MARGARITA QUISPE.-Natural de Arequipa, de 24 años de edad, soltera, empleada; ingresa al servicio el 14 de noviembre, en la mañana.

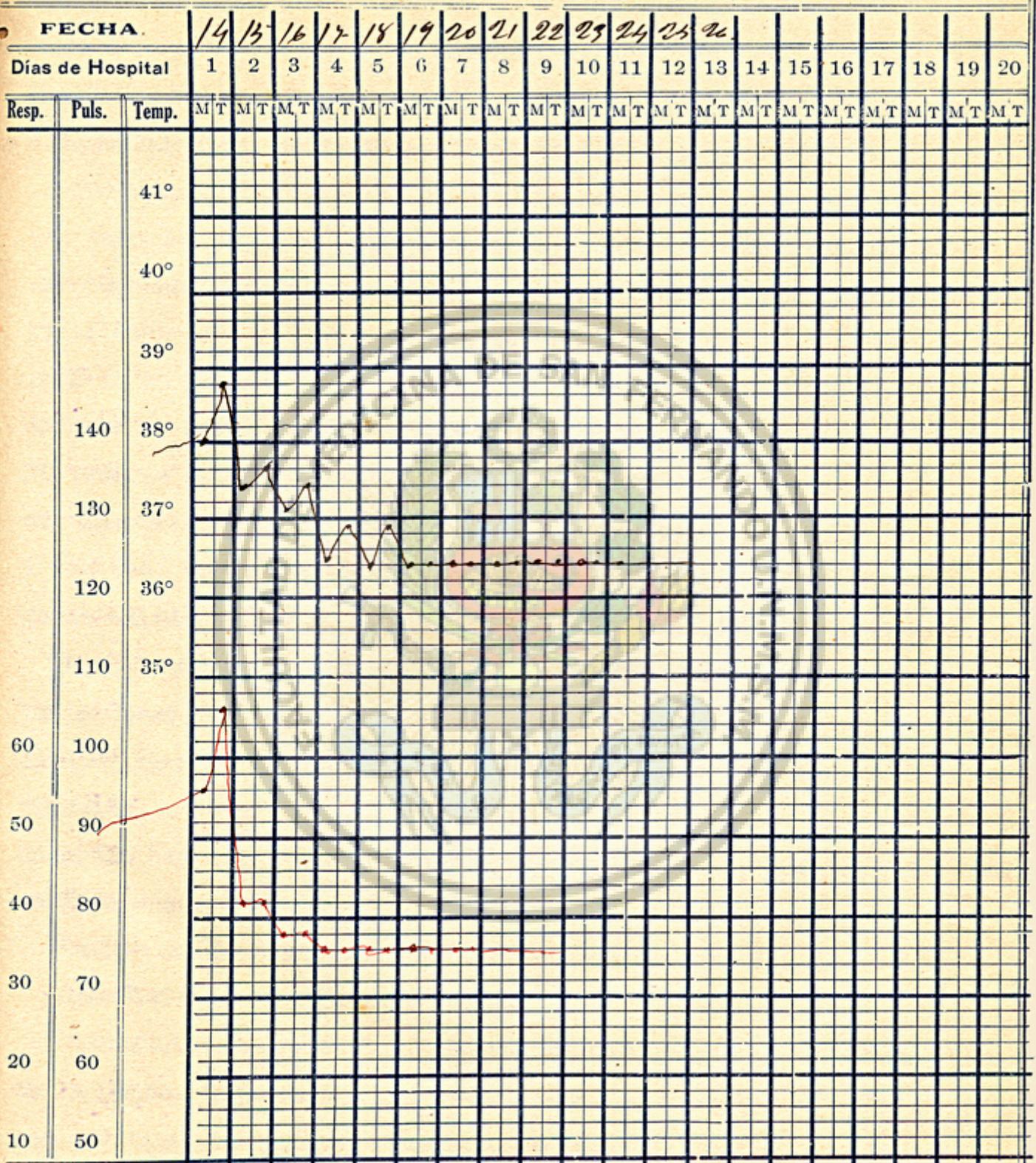
Refiere que en pleno estado de salud, hace dos días tuvo un fuerte cólico en todo el abdomen, y que le impedía la respiración, acompañado de vómitos, fiebre; que al cabo de una hora le pasó el dolor intenso, pero siempre lo sentía atenuado y un tanto más manifiesto en el cuadrante inferior derecho del abdomen.

EXAMEN.-Hábase una persona de contextura fuerte, con abundante pániculo adiposo, de estado general algo intranquilo, con 38 de temperatura, 96 pulsaciones, piel y conjuntivas subictéricas, lengua húmeda, saburral, ligeramente disneica, con 24 respiraciones al minuto; vientre parece un tanto colchonado en la fosa iliaca derecha; el diafragma tiene sus movimientos muy limitados; en la zona del apéndice se nota que la pared abdominal no se mueve a la respiración; por la palpación se pone de manifiesto la defensa muscular más marcada en los puntos de Mac Burney y Lanz, en donde se despertó un vivo dolor por la presión. En sus demás órganos y aparatos, nada anormal.

DIAGNOSTICO.-Apendicitis aguda, intraperitoneal. Se hizo este diagnóstico por el dolor localizado en los puntos de Mac Burney y Lanz y en la zona umbilical y por el estallido brutal con que comenzó.

OPERACIÓN.- Incisión Mac Burney. Abierto el peritoneo se encuentra un apéndice grueso como un dedo, muy congestionado, con la mucosa de color rojo oscuro, casi negra, con erociones, conteniendo en su interior una sustancia espesa, fétida y negruzca.

ENFERMO..... *M. D.* EDAD *24* AÑOS, PROFESIÓN..... *empalador*
 NATURAL DE..... *Perú* PROCEDENCIA..... FECHA DE ADMISIÓN..... *14 abr 1924*
 TIEMPO DE ENFERMEDAD..... *2 días* FECHA DE SALIDA Ó DEFUNCIÓN..... *1º abr 11*



Orina en 24 horas
 Deposiciones
 Iny. de.....
 Iny. de.....
 Iny. de.....

AURORA CA NALES DIA Z .- De 22 años de edad, natural de Arequipa, soltera. Ingresa a la clínica el 22 de julio de 1923, en la tarde. Sus periodos catameniales se verifican con regularidad, desde la edad de 14 años; ha tenido sarampión, "viruela loca" de la que conserva una que otra huella. Del lado del aparato digestivo no ha sufrido ningún trastorno serio, a no ser pequeñas indigestiones muy rara vez, cuando tomaba *algún* alimento de difícil digestión (camarones, ostras) que le desaparecía del todo con la acción de un purgante.

ENFERMEDAD ACTUAL.-Refiere que estando en su casa sintió en la mañana del 21 fuertes dolores al vientre, con mas intensidad al rededor del ombligo, que la obligaron a recostarse en su cama; poco despues, le llamó a nauseas y vómitos, arrojando el desayuno mezclado con bilis. Tomó en seguida un purgante salino el que lo arrojó inmediatamente produciéndole mas vómitos.

Por el examen, constatamos una persona de estado general bueno, tranquila, a pesar de tener 38 grados de temperatura y 110 pulsaciones, con pulso lleno y fuerte; hay limitación en los movimientos del diafragma a la respiración, cuando esta se hace profunda despierta dolor en la fosa iliaca derecha; hay defensa de la pared abdominal bien marcada en esta zona, que está dolorosa a la presión.

En los demás aparatos no se encuentra nada anormal.

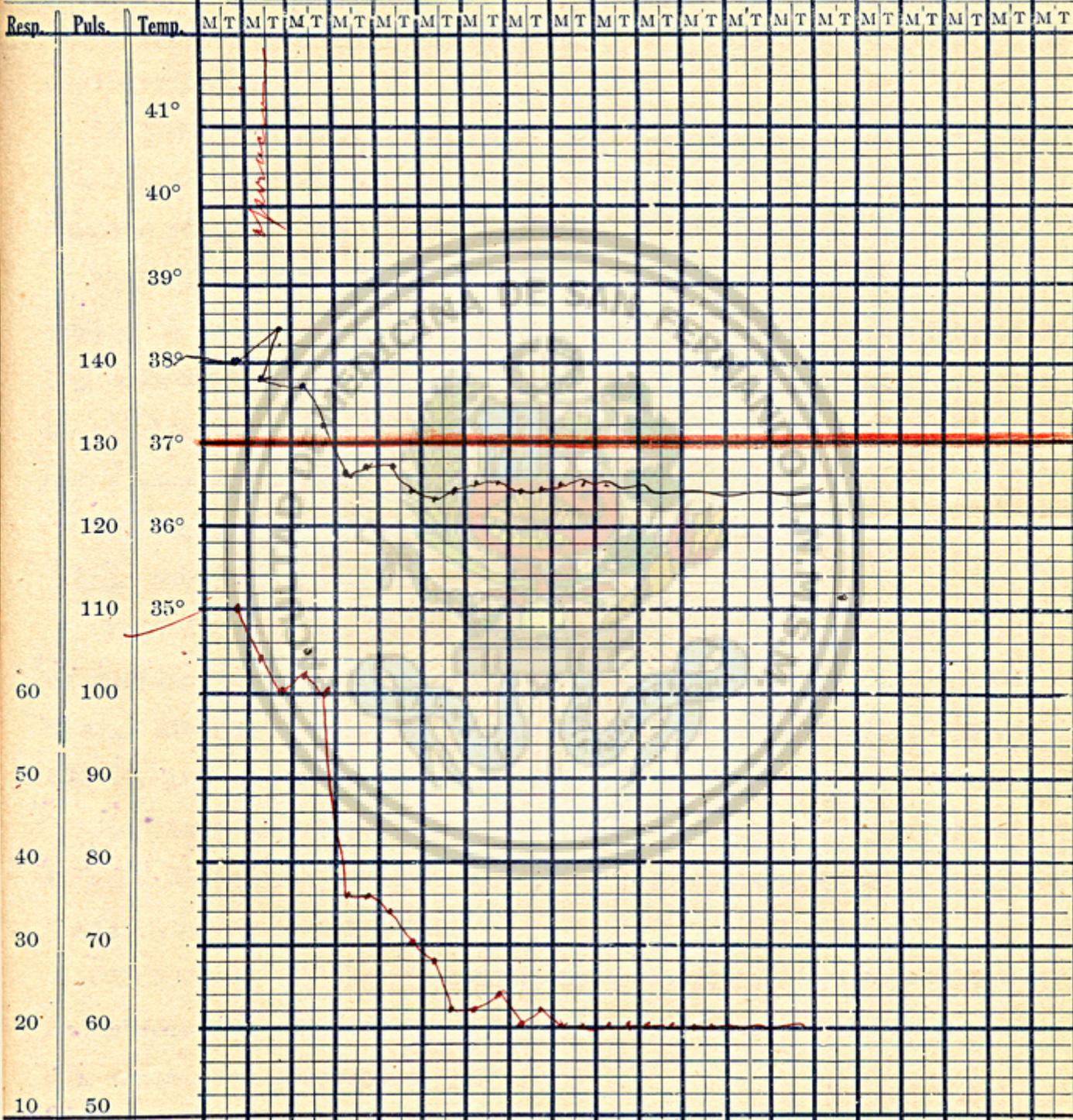
DIAGNOSTICO.- Apendicitis aguda.

OPERACION.- Incisión Mac Burney. Apendice pequeño, rechoncho, doblado en la punta, inflamado y adherente. Heha la autopsia del apéndice encontramos que tiene una mucosa gruesa, congestionada, de color rojo oscuro y con teniendo una sustancia espesa y fétida.

Vemos que estas lesiones anatómicas del órgano enfermo están en relación con el periodo de evolución clínica de la apendicitis aguda.

ENFERMO..... *P. C. D.* EDAD..... *22* AÑOS, PROFESIÓN..... *Indicador*
 NATURAL DE..... *Peru* PROCEDENCIA..... FECHA DE ADMISIÓN..... *22 julio 1924*
 TIEMPO DE ENFERMEDAD..... *dos días* FECHA DE SALIDA & DEFUNCIÓN..... *8 agosto "*

FECHA	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1°	2	3	4	5	6	7	8	9	
Días de Hospital	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20



Orina en 24 horas
 Deposiciones
 Iny. de.....
 Iny. de.....
 Iny. de.....

ZA CA RIAS GONZALEZ.- De 26 años de edad, de profesión joyero, natural de Arequipa, casado, tiene dos hijos sanos. Sin antecedentes patológicos de importancia.

ENFERMEDAD ACTUAL.- Refiere que dos días antes en pleno estado de salud fue sorprendido por un fuerte dolor en el epigastrio, acompañado de náuseas vómitos escalofrío y fiebre.

EXAMEN.- Persona de constitución fuerte, con la facies tranquila, 38 grados de temperatura, 100 pulsaciones, al minuto, estado general bueno; los movimientos del diafragma están limitados; hay defensa muscular en todo el vientre, con predominio en la fosa iliaca derecha; puntos Mac Burney y Lanz dolorosos.

Síntoma predominante dolor en la zona apendicular.

DIA GNOSTICO.- Apendicitis aguda.

OPERACION.- Incisión de Jalaguier. Abierto el peritoneo se encuentra un apéndice erecto, en posición anterior, grueso, muy congestionado, sin muchas adherencias, no ofreciendo dificultad su extracción. La apendisectomía se hizo con hundimiento del muñón.

Resultado operatorio inmediato satisfactorio. Se le dió de alta a los 15 días de estadía en la clínica, no habiendo tenido durante su convalecencia ninguna complicación.

CONSIDERACIONES que nos merece esta historia.- Los antecedentes de este enfermo nos pone de manifiesto no haber sufrido en otra ocasión de ningún cuadro doloroso abdominal.

La forma súbita como se inició su enfermedad actual, el dolor localizado en los puntos de Mac Burney y Lanz, los fenómenos reflejos que le acompañaban nos hacía pensar en que se trataba de una apendicitis aguda de localización intraperitoneal, suposiciones que fueron confirmada en el acto operatorio.

GERARDO CORNEJO.- De 47 años, abogado, natural de Arequipa, sin antecedentes patológicos.

Refiere que en el día anterior a su ingreso a la clínica " Goyoneche" , en la tarde sintió malestar y dolores al abdomen, que se creyó atacado de indigestión por el estado de llenura que sentía su estómago, pero pocos momentos después los dolores se acentuaron y le vinieron acompañados de náuseas y vómitos, arrojando parte de los alimentos aún no digeridos; después ya no tuvo más vómitos, pero si el dolor persistía con mayor intensidad en el epigastrio, al rededor del ombligo y en la fosa iliaca derecha, por lo cual se vio precisado a llamar a su médico, quien le hizo el diagnóstico de apendicitis, llamando en junta al cirujano para confiarle los destinos del enfermo, indicándole éste la urgencia de la intervención,

Pasó la noche en su casa, experimentando gran alivio con el tratamiento médico (morfina, hielo, dieta absoluta) . En la mañana del siguiente día se sintió tan bien que se levantó de la cama, vacilando si debía decidirse por la operación, la que se llevó a cabo debido a los sagaces consejos dados por el cirujano, haciéndole ver el peligro a que se exponía al no ser operado.

EXAMEN.- Por el examen constátase una persona de constitución fuerte, no desnutrida, de regular panículo adiposo, en excelente estado general, con 37.5 grados de temperatura, 90 pulsaciones, 20 respiraciones; a la exploración del vientre nótase que el diafragma se moviliza, en cambio hay limitación de los movimientos de la pared abdominal en el cuadrante inferior derecho, a la respiración, cuando esta se hace profunda existe dolor espontáneo en esta zona; con la palpación que la verificamos comienzan desde por la fosa iliaca izquierda, donde el dolor y la defensa abdominal son nulos, y llegando a la fosa iliaca derecha en donde existe defensa marcada y dolor aguda a la presión; la decompresión brusca es todavía más dolorosa.

rosa. En los aparatos circulatorio, respiratorio, renal, nada anormal.

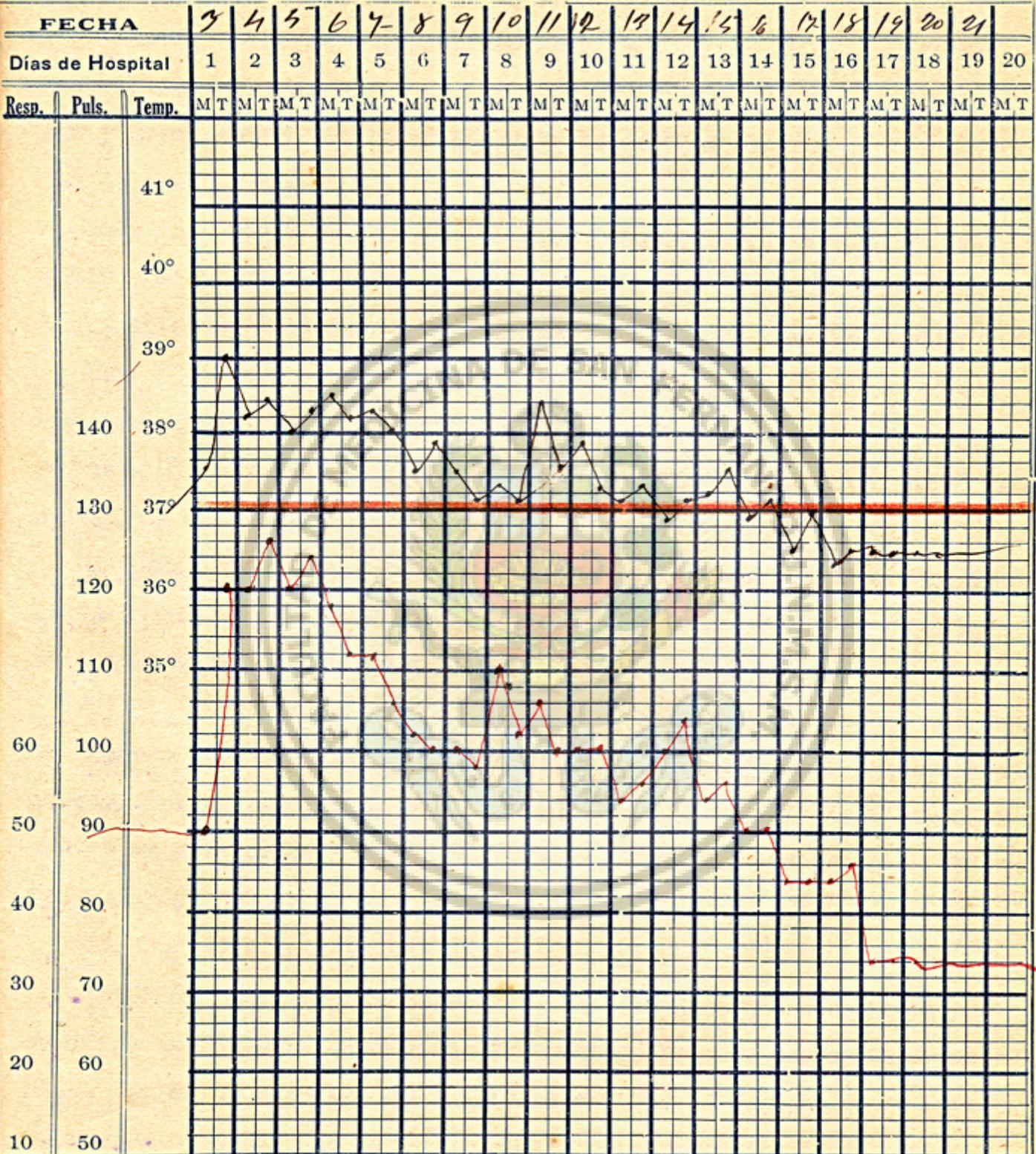
OPERACIÓN.-Incisión de Mac Burney. Abierto el peritoneo y en la busca del apéndice dá salida a una pequeña cantidad de líquido seropurulento, fétido, hallandose el apéndice en posición retrocecal ascendente, cubierto de adherencias que con dificultad se le extrae; rómpese al cojerlo con la pinza de corazón, pero se logra hacer su extirpación completa; el mesoapendice así como la arteria apendicular al pinzarla se deshace como una papilla y no sangra, por tal razón no se hace su ligadura.

Hecha la apendicectomía se procedió a cerrar el vientre en tres planos como se acostumbra, dejando sí, en el caso presente, un dren. Por el examen macroscópico que de él hicimos nóñanse los caracteres siguientes: grueso, turgesente, de contenido espeso, oscuro y fétido; con su mucosa negra, es facelada, presentando el aspecto total como el de una hoja muerta.

CONSIDERACIONES.-En el acto operatorio se pudo comprobar que se trataba de un apéndice extraperitoneal, con algunas adherencias a sus partes vecinas, disposición esta que guarda íntima relación con la sintomatología clínica que el enfermo presenta. En los primeros momentos hizo pensar en que se trataba de un trastorno pequeño del aparato digestivo, y fue necesario esperar el trcurso de unas horas para que la sintomatología se encuadrara a la de una apendicitis aguda, a exigencias del enfermo, perdiéndose por lo tanto la oportunidad operatoria. La operación vino a demostrar que a las 20 horas de haberse iniciado el proceso el apéndice presentaba todos los caracteres de una apendicitis gangrenosa.

Salió curado a los treinta días, a pesar de haberse presentado en el octavo día como complicación una perforación intestinal, revelada por sus signos clínicos.

ENFERMO..... 264 EDAD 47 AÑOS, PROFESIÓN abogado
 NATURAL DE Peru PROCEDENCIA..... FECHA DE ADMISIÓN 3 de Agosto 1924
 TIEMPO DE ENFERMEDAD 20 hrs. FECHA DE SALIDA ~~6 de Agosto~~ 3 de Agosto '11



Orina en 24 horas uremia de tipo
 Deposiciones
 Iny. de.....
 Iny. de.....
 Iny. de.....

MARIA J. VALDIVIA.- Natural de Arequipa, de 19 años, costurera;. Ha menstruado con irregularidad, cada tres o cuatro meses, con bastante dolor y gran cantidad de sangre los primeros días, a la vez que sentía fuertes dolores de cabeza.

Hace tres meses que viene experimentando algunos trastornos digestivos, dolores de estómago, acidez, pesadez después de los alimentos y frecuentes indigestiones. Constipada, exonera su vientre cada tres o cuatro días.

Hace 15 días que sintió un fuerte dolor al estómago con vómitos, fiebre, localizándose posteriormente dicho dolor en la fosa iliaca derecha. Permaneció tres días en cama, después de los cuales le repitió el cólico durándole tan solo pocas horas.

El último cólico que la obligó a hospitalizarse fue el de la tarde del 14 de julio, que le sobrevino con dolor fuerte en el epigastrio y en la zona apendicular, sin náuseas ni vómitos y con fiebre .

EXAMEN.- Verificase este el 15 en la mañana, encontrándose una enferma de aspecto tranquilo con 38.8 grados de temperatura, 110 pulsaciones al minuto, lengua saburrada, vientre depresible con dolor localizado en los puntos de Mac Burney y Lanz, con ligera defensa muscular a la palpación profunda; la decompresión brusca de esta zona es todavía mas dolorosa.

DIAGNOSTICO.- Apendicitis aguda.

OPERACIÓN.- Incisión de Jalaguier. Abierto el peritoneo se encuentra el apéndice en posición retrocecal ascendente. Este es largo, grueso, adherido, con su meso engrosado, de color oscuro, lardaceo. En su interior se encuentra materias fecales con un enterolito cerca de la punta.

Como vemos en este caso los datos que mas llaman la atención son el pulso y la temperatura, en cambio el aspecto del vientre y su estado general son engañosos.

Esta enferma atendida por los partidarios de la espectación armada, hubiera corrido el asar perdiendose por lo tanto un tiempo importante para el beneficio de una intervención oportuna.

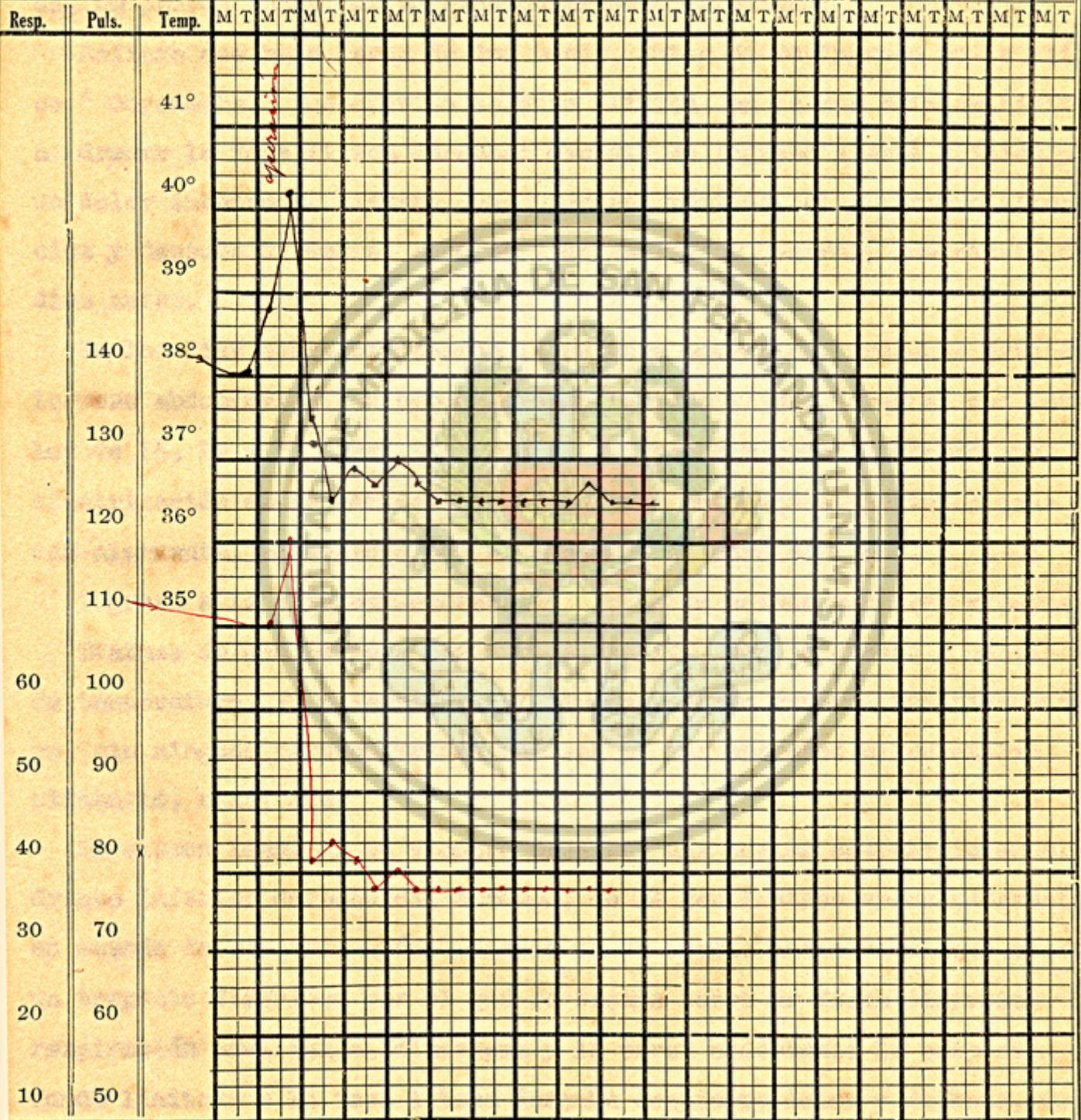
El periodo posoperatorio fue excelente, saliendo curada a los dieciseis dias.



ENFERMO. *Maria J. V* EDAD. *14* AÑOS, PROFESIÓN *Costurera*
 NATURAL DE *Peru* PROCEDENCIA..... FECHA DE ADMISIÓN *14 julio 1924*
 TIEMPO DE ENFERMEDAD *13 horas de la cini* FECHA DE SALIDA *6* DEFUNCIÓN *31* " " "

FECHA *14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31*

Días de Hospital 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20



Orina en 24 horas
 Deposiciones
 Iny. de.....
 Iny. de.....
 Iny. de.....

VICTOR PAREDES.- Natural de Tambo, de 36 años de edad, labrador, casa do, de padres sanos, ha sufrido únicamente paludismo.

Refiere que hace cerca de dos meses, antes de su ingreso en la clínica " Goyoneche" fue operado en otra clínica, en la que solo se limitaron a drenar la fosa iliaca derecha; decidió su ingreso a ésta clínica por un dolor intenso al vientre, con nauseas, vómitos, al principio alimenticios y despues biliosos, sudores y un malestar general, que sintió dos dias antes.

En los dias subsiguientes de la primera operación, presentó crisis de lorasas abdominales con predominio en la fosa iliaca derecha, con intervalos de 15, 10 y 30 dias; alarmado el enfermo por estos síntomas, por la no cicatrización de la herida operatoria, por su desgaste orgánico cada dia mas alarmante, se decidió por el concurso de otro cirujano.

Ingresa a la clínica Goyoneche donde se le somete a nuevos exámenes.

Tratase de una persona desnutrida, pálida, con 36 grados 4 centígrados de temperatura, 70 pulsaciones al minuto, estado general relativamente bueno, sin ninguna particularidad anormal en sus aparatos circulatorio, respiratorio, renal etc.

El examen local de su vientre presenta una herida operatoria en el cuadrante inferior derecho del abdomen, de 14 centímetros aproximadamente, en estado de cicatrización, excepto en su tercio medio en el que existe un trayecto fistuloso por el que se escapa heces de forma diarreica. La respiración moviliza el diafragma y la pared abdominal; la palpación profunda limitada a la fosa iliaca derecha despierta dolor y defensa, notándose se sin embargo una tumuración en el sentido longitudinal de la herida.

Se hace el diagnóstico de una fístula estercorácea cuyo tratamiento quirúrgico permitirá determinar su localización, a la vez que la ablación del apéndice que no fue hecha en la primera intervención.

OPERACIÓN.- Se traza la incisión rodeando los bordes de la primera herida operatoria, fijando a la pinza los bordes fibrosos de la fístula.

Abierto el peritoneo se hace difícil reconocer al ciego, el que ha perdido su posición anatómica normal por la gran cantidad de adherencias que se han formado, las que se liberan de las partes vecinas con las debidas precauciones; se aísla el ciego y por el tacto se reconoce un cordón grueso, duro que asciende detrás del ciego cuyos caracteres y topografía corresponden al apéndice; se hace su ablación y esta maniobra nos permite reconocer la perforación del ciego cerca de la base del apéndice.

El examen macroscópico del apéndice pone de manifiesto los siguientes caracteres: ser friable, esfacelado en algunos puntos y conteniendo un cálculo estercoral.

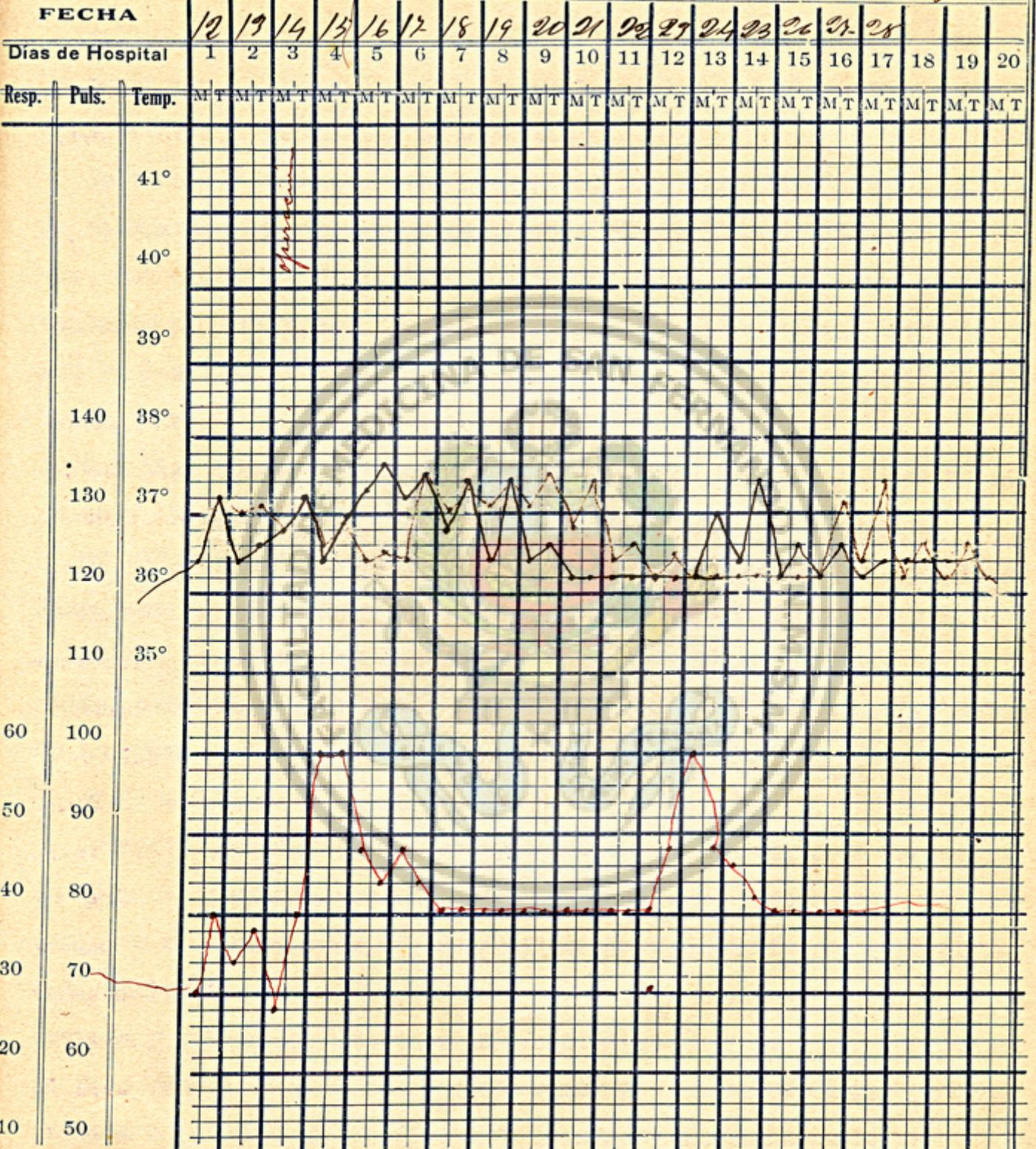
El éxito operatorio inmediato fue satisfactorio. Las condiciones de la herida permitieron dejar un drenaje, y la cicatrización se hizo a los cuarenta días.

CONSIDERACIONES.- Se trataba de un apéndice extraperitoneal, demostrado por el acto operatorio; esta disposición anatómica se sospechaba por el cuadro clínico que presentó el enfermo.

Operado a las 48 horas de evolución clínica, las lesiones anatómo-patológicas eran avanzadas y en período de desintegración.

El presente caso nos pone de manifiesto que debe procurarse en todo lo posible, extirpar el apéndice; se evita así nuevos pusés o complicaciones que pudieran sobrevenir, con reducción del tiempo en su curación, optándose ésta de un modo radical.

ENFERMO V. L. EDAD 36 AÑOS, PROFESIÓN Agricultor
 NATURAL DE Yumbura PROCEDENCIA..... FECHA DE ADMISIÓN 12 de bro 1924
 TIEMPO DE ENFERMEDAD 2 meses y días FECHA DE SALIDA Ó DEFUNCIÓN 24 abiego 11



Orina en 24 horas

Deposiciones

Iny. de.....

Iny. de.....

Iny. de.....

Arterio, cloroformo

ELOISA TORRES, Natural de Arequipa, de 22 años de edad, profesora. Ha menstruado con regularidad, desde la edad de 13 años; desciende de padres sanos y a ha sufrido de viruela.

Refiere que hace cerca de tres meses que viene sufriendo trastornos en el aparato digestivo: acidez, sensación de llenura después de las comidas, con digestión difícil. No ha tenido nunca cólicos; pero sí dolores ventosos algunos días; constipación por periodos de dos a tres días en los cuales tenía que recurrir a enemas y a laxantes para corregir su estreñimiento.

Dos días antes de su ingreso al hospital es atacada de dolores agudos en todo el abdomen sin nauseas ni vómitos.

EXAMEN.-La enferma es de estatura pequeña, no desnutrida, un tanto pálida, con 88 pulsaciones, 36.8 de temperatura; el vientre se mueve con libertad. En la respiración profunda existe un poco de dolor en la fosa iliaca derecha, a la presión hay dolor en el Mac Burney; no hay defensa de la pared abdominal, la decompresión ^{brucea} provoca dolor en la misma zona.

DIAGNOSTICO.-Apendicitis aguda.

OPERACIÓN.-Incisión Mac Burney. Abierto el peritoneo se encuentra con un apéndice pequeño, grueso como el dedo pulgar, empotrado en el ciego, cubierto de adherencias, de donde hubo que esculpirlo con gran dificultad. Hecha la necropsia del órgano enfermo se encuentra una mucosa gangrenada y fétida, conteniendo un cálculo estercoral.

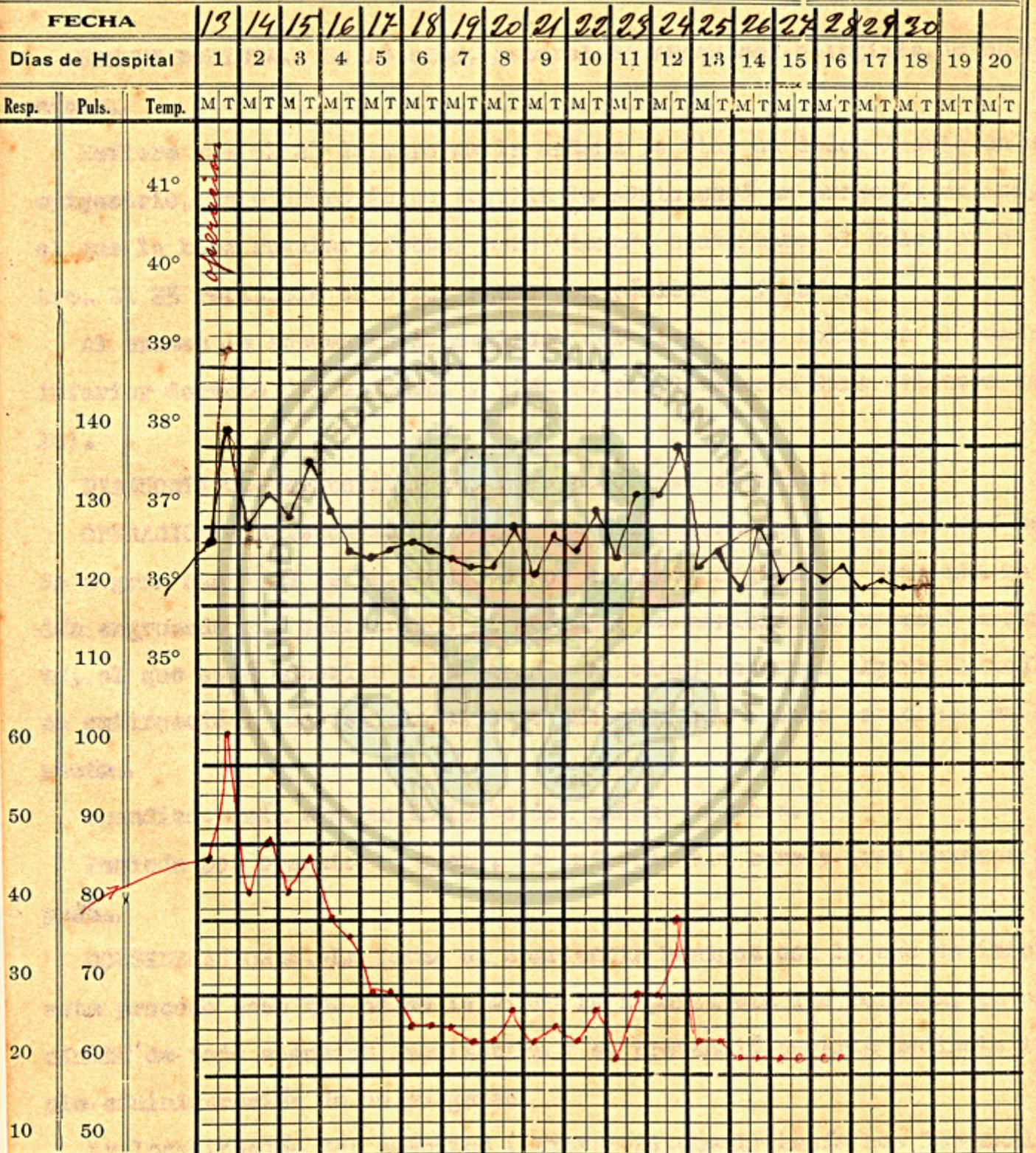
Este caso, dado a su buen estado general y a los síntomas poco manifiestos o alarmantes, hubiera sido sometido al enfriamiento por los partidarios de la espectación armada, haciendo correr al enferma un gran peligro por la inminencia en que se hallaba de propagar su infección apendicular al peritoneo, y perdiendo por lo tanto un tiempo precioso para el

mayor éxito de la operación.

Ciustrzación per-primun; curación sin complicaciones. Salió a los diecinueve días de su ingreso.



ENFERMO. *E. F.* EDAD. *22* AÑOS, PROFESIÓN *Profesora*
 NATURAL DE *Puequijuan* PROCEDENCIA..... FECHA DE ADMISIÓN *13 octubre 1928*
 TIEMPO DE ENFERMEDAD..... FECHA DE SALIDA Ó DEFUNCIÓN..... *30 in in*



Orina en 24 horas
 Deposiciones
 Iny. de.....
 Iny. de.....
 Iny. de.....

Anestesia. Cloroformo.

ESTHER NORIEGA.- De 14 años, natural de Arequipa, colegiala, de padres sanos.

Refiere que el 23 de mayo en la mañana le vino un dolor fuerte en el epigastrio, un miembro de su familia le administró un purgante salino, el que le hizo regular efecto; pero siempre continuaba el dolor en el vientre. El 25 repitió el dolor agudo con vómitos y fiebre.

Al examen se encuentra inmovilidad del diafragma, dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen, y vientre completamente duro (vientre de palo).

DIAGNOSTICO.-Peritonitis por perforación del apéndice.

OPERACION.-Incisión Mac Burney. Una vez abierto el peritoneo dió salida a gran cantidad de pus. Guiado por el tacto digital se constata un cordón engrosado que corresponde al apéndice en posición retrocecal ascendente, el que está adherido a la pared y al ciego costando alguna dificultad su extirpación. Una vez extraído se encontró que estaba perforado en la punta.

Apendisectomía sin hundimiento del muñón. Drenaje.

Periodo pos operatorio bueno. La enferma sale curada tres semanas después.

CONSIDERACIONES.-La forma en apariencia benigna con la que se inicia este proceso hace que no se le diera la importancia que merecía, se prescindió de toda atención facultativa y se pretendió curarla mediante la simple administración de un purgante.

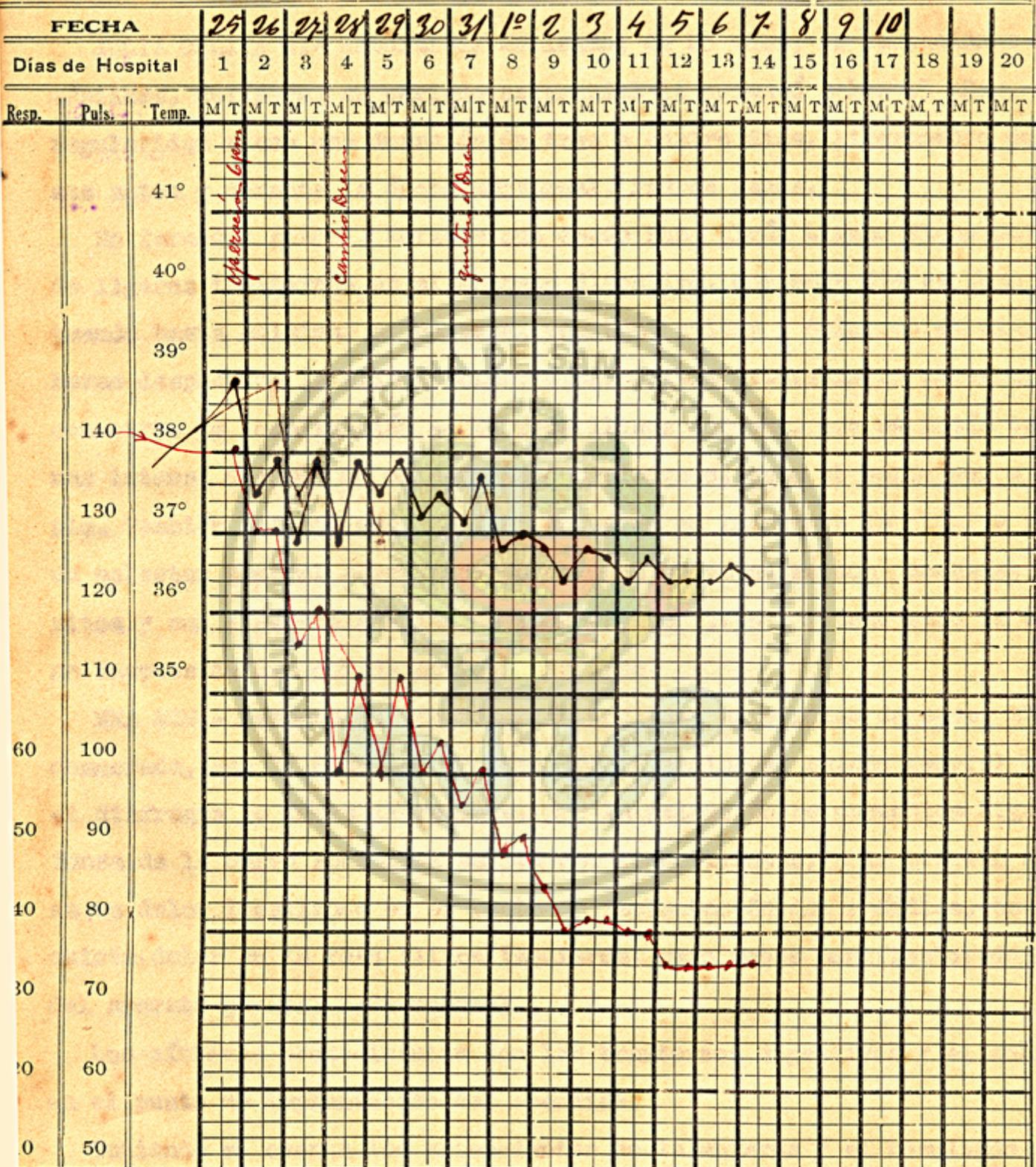
La localización del apéndice (Extraperitoneal) hacía que las manifestaciones clínicas se presentaran un tanto oscuras; en estos casos hay que pensar en una apendicitis, cuando se quiere hacer el diagnóstico oportuno, es decir cuando las manifestaciones anatómo-patológicas están en su primera fase, a lo que Temoin denomina estado apendicular.

La operación fue hecha cuando la enferma presentaba la sintomatología de una peritonitis por perforación apendicular.

La enferma salió completamente curada a las cuatro semanas de su ingreso.



ENFERMO... *Cather Narieza* EDAD... *14* AÑOS, PROFESIÓN... *colegiala*
 NATURAL DE... *Preguiza* PROCEDENCIA..... FECHA DE ADMISIÓN... *25 mayo 1925*
 TIEMPO DE ENFERMEDAD... *2 días + 1/2* FECHA DE SALIDA 6 DEFUNCIÓN... *20 junio ix*



Urina en 24 horas *Amestuin Coque*
 Deposiciones
 y. de.....
 r. de.....
 de.....

JULIA OBLITA S.- Natural de Mollendo, de 23 años, de ocupaciones domésticas, nulípara, su periodo catamenial le comenzó a los 13 años, con regularidad y con una duración de tres a cuatro días, ligeramente dolorosos antes y durante la época menstrual. Padres sanos.

En fermedad actual. Refiere que desde hace algún tiempo viene sufriendo de ligeros trastornos en el aparato digestivo, que cada día se iban acentuando hasta culminar en náuseas, vómitos, acidez y dolor en el vientre, horas después de la alimentación; estas crisis dolorosas se alternaban con otras de localización en la fosa iliaca derecha, que se hacía tanto más intensa después de un ejercicio prolongado, como el baile por ejemplo. También refiere que dos días antes de su ingreso a la clínica sufrió un malestar general acompañado de dolores abdominales con náuseas, vómitos y con ligera elevación de temperatura (37.5) ; todo esto le sobrevino después de una comida copiosa que hizo.

EXAMEN.- Persona de constitución mediana; ha perdido de peso, algo demacrada, con 37.8 de temperatura, 60 pulsaciones, estado general bueno; el diafragma se mueve libremente, por la palpación se encuentra ligera densidad de la pared abdominal en las dos fosas iliacas; a la presión acusa un dolor localizado en el punto de implantación del apéndice, también existe dolor en la fosa iliaca izquierda, pero menos manifiesto; de lado del aparato genital nada anormal.

Los síntomas predominantes son los trastornos digestivos y el dolor en el punto de implantación del apéndice.

Teniendo en cuenta los antecedentes de la enferma y el resultado del examen clínico, nos hace pensar en "apendicitis aguda", no obstante la particularidad de existir dolor en las dos fosas iliacas, se piensa que eso depende quizá de particularidades anatómicas del ciego y disposición

anormal del apéndice.

OPERACIÓN.- Incisión Jalaguier. Abierto el peritoneo, se procedió a reconocer el ciego en su sitio de elección, siendo de resultado negativo por encontrarse ubicado en la fosa iliaca izquierda, se le reconoce y se vé que su meso es largo, permitiéndole al ciego y colon ascendente una amplia movilidad en toda la cavidad abdominal. Se hace la apendicectomía con hundimiento del muñón, la que no ofrece dificultad por tratarse de un apéndice libre.

Verificase también la colopexia por el procedimiento clásico.

El resultado operatorio inmediato fue satisfactorio. Cicatrización perprimaria. Sale curada a los 21 días.

El exámen macroscópico del apéndice nos demuestra tratarse de un apéndice que sobrepasa las dimensiones normales, delgado y con placas de esclerosis.

COMENTARIOS que nos sugiere este caso.-Las pusés a repetición hicieron perder la oportunidad de hacer el diagnóstico exacto y rápido y lo que determinó la operación fue la última crisis francamente apendicular.

Por tratarse de una apendicitis extraperitoneal el cuadro sintomático era un tanto oscuro, parecía mas bien tratarse de un trastorno a localización gástrica; pero como resultado de la operación los dolores gástricos desaparecieron, las funciones intestinales se regularizaron, el apetito renació y el aumento de peso se inició.

BERTA MALAGA.- De 20 años de edad, Natural de Arequipa, soltera, sin antecedentes patológicos de importancia.

Refiere que hace seis meses tuvo un cólico fuerte que le produjo dolor en todo el vientre con nauseas y algo de fiebre, esta crisis le pasó al cabo de cinco días durante los cuales estuvo a dieta; después de este tiempo ha venido sufriendo algunas molestias del lado del aparato digestivo como acidez, constipación y dolores lentos en el cuadrante inferior derecho del abdomen.

Ingresa a la clínica a las 82 horas de haber experimentado un fuerte dolor al vientre con nauseas y dolor en la fosa iliaca derecha; en vista de que este dolor persistía se vió precisada a llamar al cirujano.

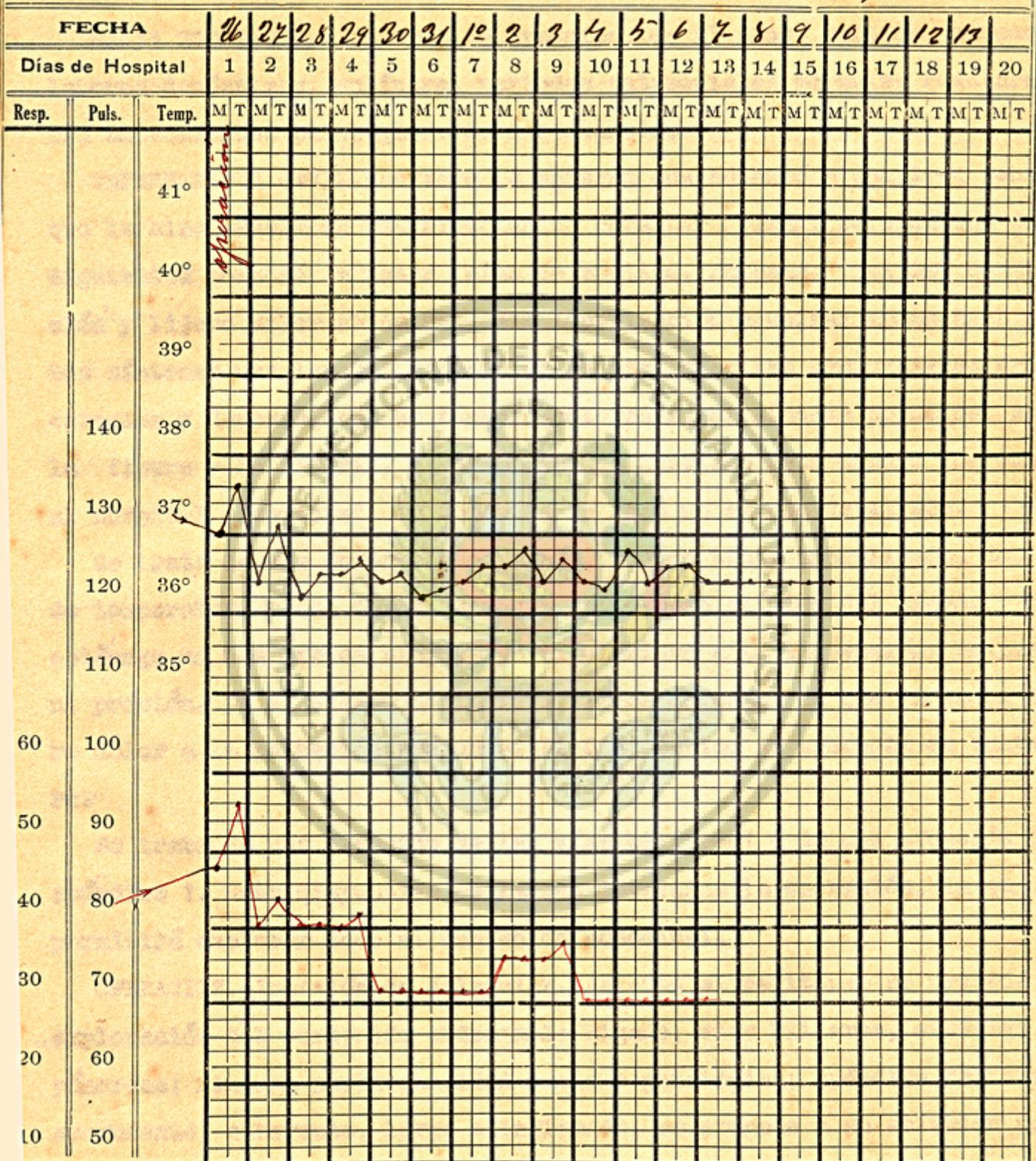
EXAMEN.- La enferma es alta, delgada, pálida, con 37 de temperatura, 88 pulsaciones, estado general bueno, su vientre se moviliza con la respiración, existe ligera defensa en la pared abdominal en el cuadrante inferior derecho del abdomen donde existe dolor a la palpación profunda y a la decompresión brusca. En sus otros aparatos no se encuentra nada que llame la atención.

DIAGNOSTICO.- Apendicitis aguda.

OPERACION.- Incisión Jalaguier. Abierto el vientre se halla el apéndice en posición retrocecal ascendente con adherencias que dificultan su extracción; ^{largo} 18 centímetros, dilatado en su punta y con un cálculo fecal en ^{su} inminencia de romperse; mucosa esfacelada; su meso engrosado, lardáceo y de color rojo escarlata.

Período posoperatorio bueno. Salio curada a las tres semanas.

ENFERMO B.B. Malaga EDAD 20 años, PROFESION en su casa
 NATURAL DE Arequipa PROCEDENCIA..... FECHA DE ADMISION 26 Mayo 1924
 TIEMPO DE ENFERMEDAD..... FECHA DE SALIDA 6 DEFUNCION 16 Julio 11



Orina en 24 horas Unicristal teloriforme
 Deposiciones
 y. de.....
 y. de.....
 y. de.....

MARIA RODRIGUEZ.- Natural de Arequipa, de 23 años, soltera, ocupación labores domésticas, nulípara, periodos catameniales normales regulares; sin antecedentes patológicos de importancia.

ENFERMEDAD ACTUAL.-Refiere la enferma que comenzó a sentirse febril, que le hizo pensar en una afección de carácter gripal, pero en los días siguientes comenzó a notar falta de apetito, náuseas, vómitos, constipación y ligero dolor abdominal, sin localización precisa; acompañaba a estos síntomas una ictericia marcada en la piel y en las conjuntivas; orina cargada y deposiciones un tanto decoloradas. El síntoma principal era la fiebre y la ictericia. A los 8 días de iniciado este cuadro ingresa al hospital "Goyoneche" en donde se le hace un examen detallado.

Se trata de una enferma adelgazada, con un tinte amarillento, con 37.5 de temperatura y con 60 pulsaciones. El examen clínico del hígado y del estómago no nos ofrece ninguna particularidad a la inspección, palpación ni presión. Es el examen de la fosa iliaca derecha, la que acusa un ligero dolor a la palpación profunda. El diagnóstico se presenta un tanto oscuro.

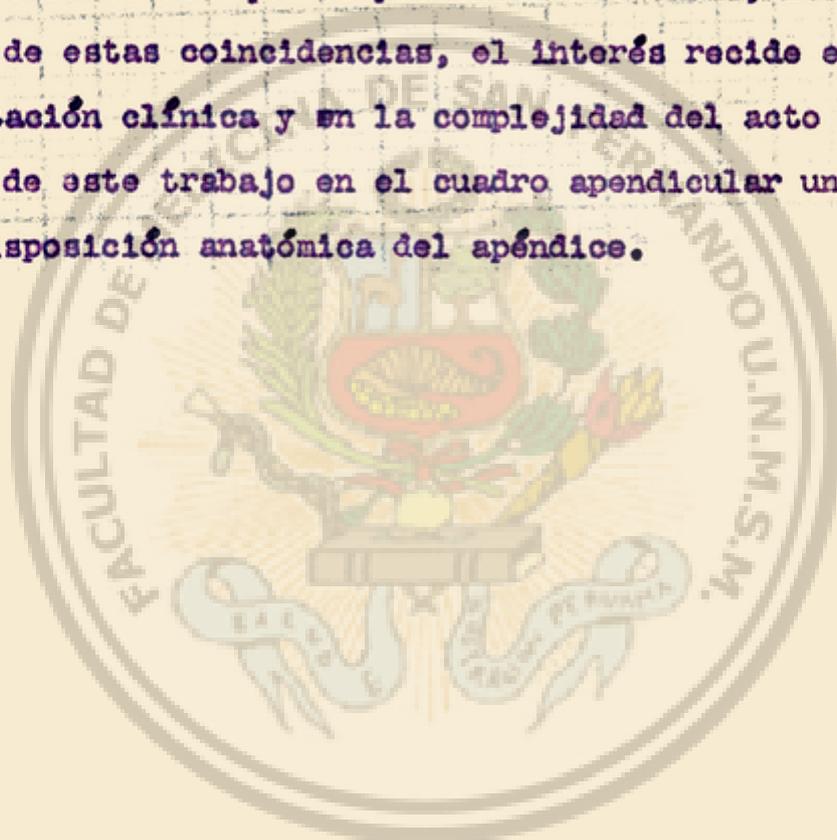
Se trata de una afección de las vías biliares? o de una afección del apéndice ?. Esta disyuntiva es la que determina la operación, la que nos permitirá explorar todo el contenido abdominal.

OPERACION.-Incisión de Jalaguier. Abierto el peritoneo se procede a la exploración del contenido abdominal: hígado, vías biliares, estómago y páncreas; ninguna particularidad anatómo-patológica; apéndice retrocecal ascendente, adherente, largo e inflamado, se procede a su ablación por vía retrógrada y se termina la operación con el cierre de la pared abdominal en tres planos.

Resultado operatorio inmediato satisfactorio. Curación sin complicación

nes, dándosele de alta a las cuatro semanas de su ingreso.

COMENTARIOS.-Ya algunos observadores habían emitido su opinión respecto a estas coincidencias, admitiendo que la infección apendicular era mas frecuentemente consecutiva a la infección biliar, pasándose en el hecho de que son las manifestaciones biliales las que abren la escena, siendo los síntomas apendiculares los que se presentan mas tarde; sea cual fuere la interpretación de estas coincidencias, el interés recide en la dificultad de la interpretación clínica y en la complejidad del acto operatorio, y para el objeto de este trabajo en el cuadro apendicular un tanto oscuro, quizá por la disposición anatómica del apéndice.



HERNAN de ROMANA.- Natural de Arequipa, de 15 años de edad, estudiante, sin antecedentes patológicos de importancia.

Refiere que hace cuatro días sintió dolores en todo el abdomen acompañados de vómitos; la familia creyó que se trataba de una indigestión. El médico que lo atendió le administró un purgante el que no le produjo gran efecto ni ninguna mejoría. Al día siguiente le repitió el purgante, dando por resultado el aumento del malestar, obligándole a recurrir a los servicios de otro profesional, el que le hizo el diagnóstico de una apendicitis aguda tóxica.

Ingresó a la clínica el primero de marzo, después de cuatro días de enfermedad.

EXAMEN.-La impresión que nos produce el enfermo es la de una persona profundamente intoxicada, con facies pálida, terrosa, disneico, ansioso, con dolor generalizado a todo el vientre, defensa de la pared abdominal con predominio en el cuadrante inferior derecho, muy sensible a la simple presión, inmovilidad del diafragma, lengua seca, 40 grados de temperatura, 140 pulsaciones, 38 respiraciones, ictericia conjuntival y parpebral, también existe en la piel tinte icterico.

DIA GNOSTICO.-Apendicitis aguda tóxica, la que se opera inmediatamente, practicándose antes un lavado de estómago e inyecciones tónicas cardíacas, suero etc. Anestesia local a la novocaina, completándose ésta con unas cuantas inhalaciones de éter.

OPERACION.-Practicóse la incisión de Jalaguier. Abierto el vientre salió a una serocidad purulenta, fétida. Apéndice y epiploon esfacelados, gangrenados; aquel con dos perforaciones; cálculo fecaloide libre. La situación del apéndice es láterocecal ascendente que va hasta cerca del hígado, encontrándose en la extremidad distal del pus colectado. Apendicec

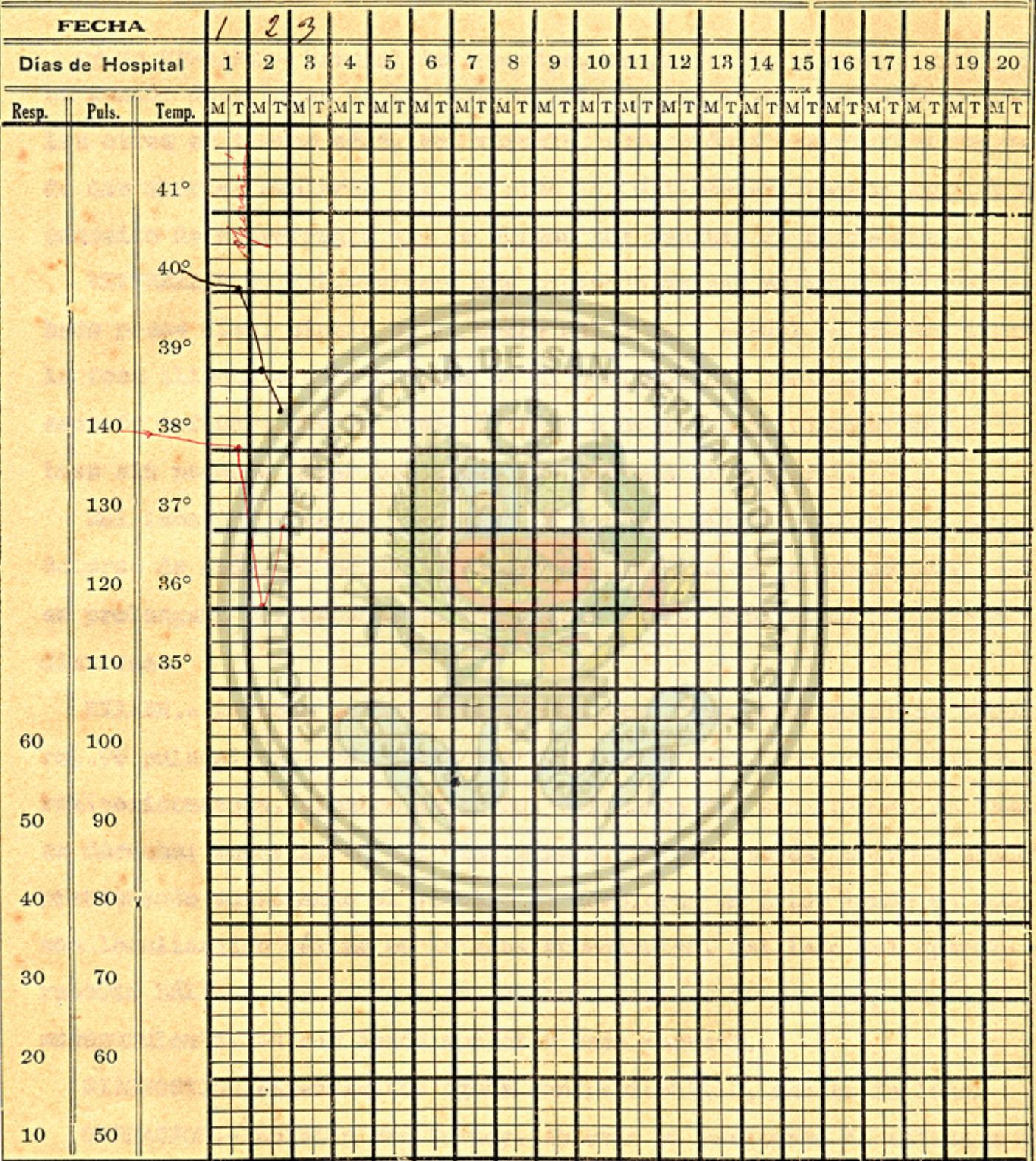
tomía; drenaje.

TRATAMIENTO posoperatorio.-Posición de Fowler, suero ^{intravenoso} ~~intravenoso~~ y rectal y tónicos cardiacos.

Falleció 48 horas después, profundamente intoxicado en colapso cardiaco.



ENFERMO *H. de B.* EDAD *15* años, PROFESIÓN *estudiante*
 NATURAL DE *Peru* PROCEDENCIA..... FECHA DE ADMISIÓN *1.º marzo 1925*
 TIEMPO DE ENFERMEDAD *3 días* FECHA ~~.....~~ DEFUNCIÓN *3 " "*



Orina en 24 horas *Musterin. Noel*
 Deposiciones
 Iny. de.....
 Iny. de.....
 Iny. de.....

IN ES VERGARA.- Natural de Arequipa, de profesión plazera, múltipara, ha tenido doce hijos de los cuales solo cuatro viven, habiendo muerto los otros en tierna edad, con viruela, sarampión o escarlatina; ha tenido dos abortos ovulares que han sido los últimos embarazos; también ha padecido de metrorragia que le duraba por espacio de quince días.

ENFERMEDAD ACTUAL.-Refiere que habiendo estado enferma con tos desde hace pocos días, sintió en la noche del 2 de 1 actual un fuerte dolor en la fosa iliaca derecha, despues en el ombligo, con vómitos, fiebre y de seos de defecar; que le impidió salir a su trabajo, pasando así en día tres sin poderse mover hasta que fue llevada al hospital.

Del lado del aparato digestivo ha sufrido con trastornos alimenticios, dolores de stómago, acidez, despues de una hora de los alimentos, que se prolongaba por espacio de dos a tres horas; constipación alternada con diarreas.

EXAMEN.- Persona de constitución mediana, con treintaocho de temperatura, 96 pulsaciones, 28 respiraciones, lengua seca, saburrosa, estado general semicomatoso, vientre balonado, doloroso, mas sensible en la fosa iliaca derecha; inmovilidad del diafragma a la respiración, defensa abdominal; presionando suavemente el vientre se despierta un dolor agudo en todo él con localización máxima en la zona apendicular, Del lado del aparato respiratorio hállase una bronquitis catarral con tos frecuente y expectoración mucopurulenta. En sus demás aparatos nada anormal.

DIAGNOSTICO.-Apendicitis aguda con peritonitis, Anestesia local

OPERACION.-Incisión Mac Burney. Abierto el peritoneo dá salida a una gran cantidad de líquido purulento (caldo sucio) de olor fecaloide. El apén dice está situado hacia abajo y adentro, hacia la pelvis, es decir, es descendente interno pelviano; es largo, grueso, adherente en su extremidad distal, costando cierta dificultad el extirparlo, extraído encuéstrasele

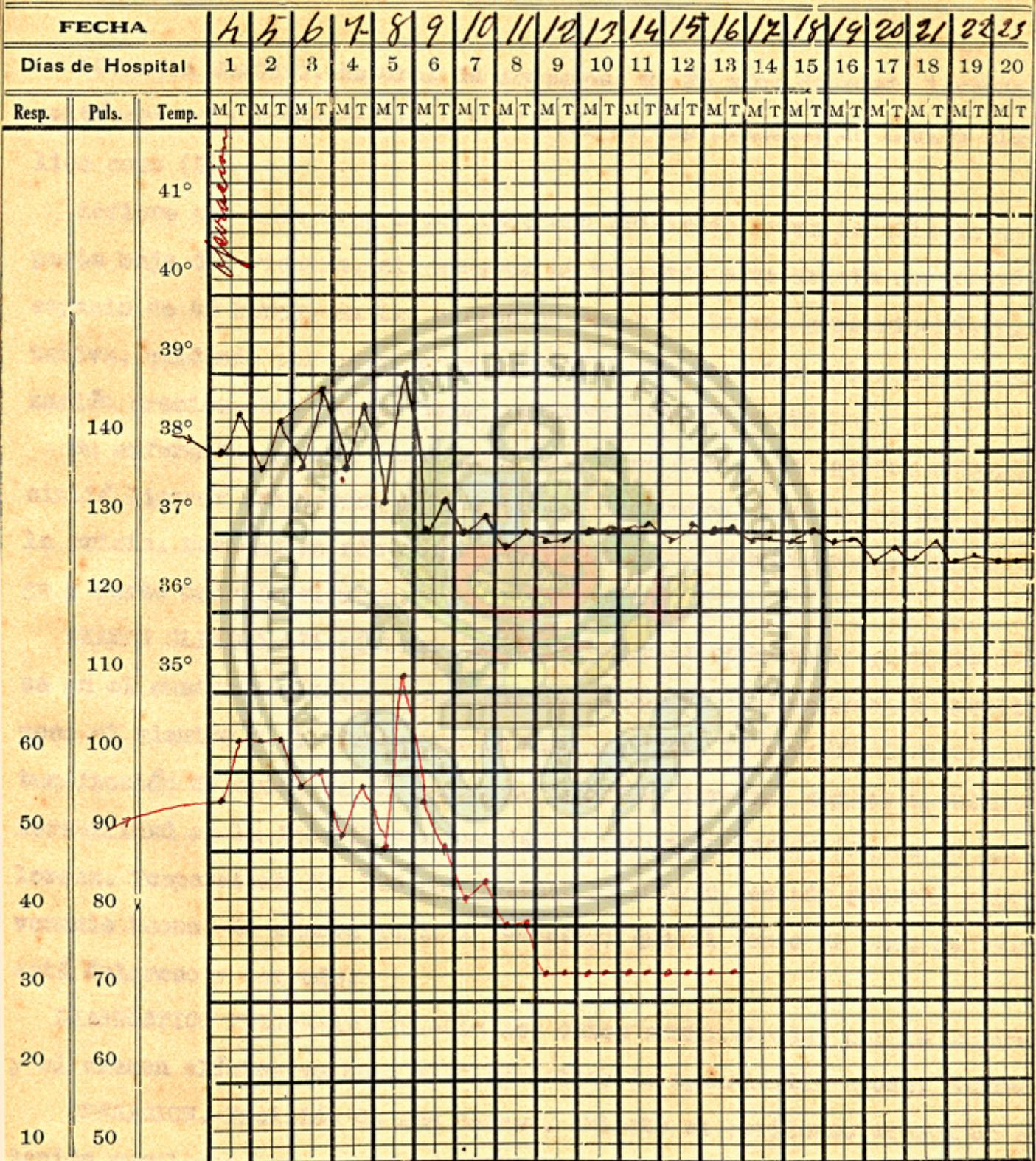
gangrenado con dos perforaciones, conteniendo en su luz un grueso cálculo estercoral del tamaño de un garbanzo con su mucosa esfacelada.

Apendicectomía con hundimiento del muñón y drenaje.

Salió curada, sin complicaciones, el 27 de abril de 1925.



ENFERMO... *José Vergara* EDAD... *100* años, PROFESIÓN... *placero*
 NATURAL DE... *Perú* PROCEDENCIA..... FECHA DE ADMISIÓN... *4 abril 1924*
 TIEMPO DE ENFERMEDAD... *38 horas* FECHA DE SALIDA... *6 DEFUNCIÓN* *27 in in*



Orina en 24 horas

Anestesia local

Deposiciones

Iny. de.....

Iny. de.....

Iny. de.....

LUCRECIA MOSCOSO.-Natural de Arequipa, de 26 años de edad, lavandera, múltipara, sin antecedentes patológicos de importancia, de hábito alcohólico como (2).

Refiere que hace tres meses tuvo una crisis dolorosa localizada en la parte baja del vientre, sin náuseas ni vómitos, esta crisis persistió por espacio de 48 horas, en las cuales no recibió ninguna prescripción facultativa, quedando por espacio de ocho días con pequeños dolores sin localización precisa, los que le desaparecieron completamente.

Su enfermedad actual data desde hace tres días, en los dos primeros sintió ligeros trastornos dolorosos en el vientre, y en el tercero estalló la crisis, haciéndose más acentuada y con localización precisa en el ombligo y parte baja de vientre.

EXAMEN CLINICO.-El síntoma dominante en esta enferma es el dolor y defensa en el cuadrante inferior derecho del abdomen; la respiración moviliza poco el vientre y al efectuarse la hace en bloc. La presión descubre una tumefacción dolorosa en el cuadrante inferior derecho; existe también dolorabilidad en la fosa ilíaca izquierda; la decompresión brusca es muy dolorosa. Temperatura 38; 120 pulsaciones al minuto, estado general relativamente bueno. El examen genital demuestra que el fondo de saco de Douglas está doloroso y ocupado.

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO.-Con los datos suministrados por la enferma y el examen clínico se hace el diagnóstico de apendicitis aguda, supurada.

OPERACION.-Incisión de Mac Burney. Abierto el peritoneo escapa un contenido purulento, cremoso y fétido; el apéndice y el epiploon se encuentran adheridos al peritoneo, la liberación del apéndice a sus partes vecinas no hace difícil.

Apendicectomía (sin hundimiento del muñón). Fondo de saco de Douglas, ocupado por contenido purulento. Drenaje.

El éxito operatorio inmediato fue satisfactorio. A los catorce días subsiguientes a la operación hubo expulsión por el recto de gran cantidad de pus. El examen rectal descubre una comunicación entre el fondo de saco de Douglas y el recto.

El examen macroscópico del apéndice enfermo nos muestra puntos de esfacelo en su superficie con dilataciones ampulares y conteniendo un grueso cálculo estercoráceo.

CONSIDERACIONES.-El cuadro alarmante que constatamos en la clínica nos hace pensar en una apendicitis aguda de localización intraperitoneal, y en nuestro concepto la enferma ha debido ser operada en su primera crisis cuando las lesiones anatómo-patológicas del apéndice recién se iniciaban.

Habiendo pues la enferma ingresado en su segunda crisis, cuando ya las lesiones anatómo-patológicas del apéndice estaban avanzadas, como se pudo sospechar en el examen clínico y comprobado por el acto operatorio.

, Salio completamente curada al mes y medio de su ingreso al hospital.

CONCLUSIONES.

1a.- La localización del apéndice con relación al peritoneo es un factor importante en los procesos apendiculares.

2a.- En las apendicitis extraperitoneales el cuadro sintomático es muy discreto.

3a.- En las apendicitis intraperitoneales el cuadro nosológico desde su iniciación lleva los caracteres de gravedad.

4a.- En los estados apendiculares agudos durante las primeras horas es muy difícil encontrar exactamente el dolor localizado en los puntos de Mac Burney y Lanz, siendo más fácil encontrarlos en aquellos que sufren de apendicitis crónica.

5a.- En nuestro concepto, toda persona que presenta una apendicitis debe ser operada dentro del término máximo de doce horas a partir de la iniciación del proceso.

6a.- En toda intervención llevada a cabo después de este periodo de tiempo el cirujano debe poner a salvo su responsabilidad profesional.

7a.- Se debe hacer una propaganda en pro de la apendicectomía, señalando los peligros de la apendicitis aguda, del mismo modo que se hace para otras dolencias, como el paludismo, la tuberculosis, el cancer, etc.

8a.- La mayor parte de los casos de apendicitis aguda que terminan de un modo fatal son debidos al retardo del acto operatorio.

Lima, setiembre de 1925.