

SUMMARY

The author reports a personal case of histio-monocytic reticulosis and he revises its symptoms.

He also analyses the pathological aspect of the glands in this disease and he finishes up with a few considerations on the treatment which, in this case, consisted of neosalvarsan, but hardly followed by any degree of improvement.

ZUSAMMENFASSUNG

Auf Grund einer eigenen Beobachtung bringt der Verfasser einen Überblick über die Symptomatologie der histio-monozytischen Reticulose.

Er analysiert auch die pathologische Anatomie der bei dieser Affektion auftretenden Ganglien und endet mit einigen Ansichten über die Behandlung, die in diesem Fall mit Neo durchgeführt wurde und wenig Erfolg hatte.

RÉSUMÉ

L'auteur, à l'occasion de l'exposition d'un cas personnel, passe en revue la symptomatologie de la réticulose histio-monocytaire.

De même il analyse l'aspect anatomopathologique des ganglions dans cette affection et termine avec quelques considérations sur le traitement, qui dans ce cas fut le Neo et dont les résultats furent peu efficaces.

CLINICA QUIRURGICA EN LAS APENDICITIS

F. MARTÍNEZ PÉREZ

Director del Sanatorio Nuestra Señora de la Luz. León.

I

La presente comunicación no tiene otro objeto que continuar los estudios realizados anteriormente, y que tuve ocasión de publicar en el número 3 del mes de mayo de 1947 de la REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA, en sus páginas 206 y siguientes.

El final de las anotaciones nosológicas allí expuestas se ceñía al concepto de los fenómenos ocurridos a través de los cuadros clínicos en las apendicitis agudas, peritiflitis o procesos periapendiculares, con la formación de abscesos a distancia, desarrollándose particularmente en algunos casos con apéndice intacto macroscópicamente.

Los abscesos apendiculares pueden formarse con dos características diferentes, según su localización, es decir, intraperitoneales o extra-peritoneales.

Los primeros, verdaderos focos purulentos de la gran cavidad peritoneal, suelen estar circunscritos por el conglomerado de asas, que intencionalmente acuden en defensa de la invasión patógena microbiana, asociadas al gran epiploon, como rector principal en el ataque defensivo del organismo.

Como liquidación primaria a esta lucha bactericida la presentan clínicamente las asas intestinales, en lo que se refiere a su estado quínico. Ellas presentan un meteorismo timpánico derivado de la flogosis local e infiltración concomitante de sus paredes, manifestándonos con este estado una de las cuestiones clínicas serias que habremos de afrontar. Si la infección logra vencerse y la motilidad se recupera, la expulsión de gases no tarda en aparecer, despejándose en parte el problema planteado, que en el mejor de los casos aboca en la resolución completa.

Por el contrario, cuando el proceso infectivo es muy virulento, se establecen exudados fibrinosos, que en los casos prolongados se reorganizan, construyendo por estas causas adherencias entre unas y otras asas, por lo que las bridas resultantes obstaculizan la progresión del contenido intestinal, llegando, en ocasiones, a obstruirlas por completo, creando por esa causa el sombrío cuadro del íleo mecánico.

Es sorprendente cómo después de una apendicectomía, cerrada la cavidad peritoneal, todo marcha excelentemente, curando el enfermo en pocos días, sin tener complicaciones supurativas, a pesar de ser el proceso bastante séptico. En otros casos, contrariamente, vemos cómo después de haber intervenido, sin haber dejado masas necróticas ni porciones esfaceladas, con un curso excelente, defecando, expulsando gases, apirético, etc., se retornan nuevamente febriles, originándoseles un foco supurativo a cierta distancia del lugar apendicular.

Sírvanos la siguiente historia clínica como dato afirmativo.

E. M., de treinta años, natural de Cubillas de los Oteros, ingresó el 25-VII-48, después de treinta y dos horas de un ataque agudo de dolor de vientre, que se le presentó al final de comer, vomitando varias veces; el dolor más marcado le recaía en el estómago y debajo de las costillas derechas. Temperatura, 38,5; dolor localizado en proyección duodenal, epigástrico. En fosa ilíaca derecha, insistiendo profundamente sólo ligera sensación dolorida sin importancia. Vientre cerrado.

Se interviene, encontrando cavidad abdominal con bastante cantidad purulenta; en ambas fosas ilíacas, mayor cantidad, por el declive. Apéndice ligeramente inflamado, pero sin destrucción de paredes; no hay puntos ulcerados, ni la serosa perdió su tono normal. Se extraen todos los exudados y se elimina apéndice, cerrando cavidad, sin drenaje. A los seis días se levanta sin fiebre, pero se le presenta diarrea, que atribuimos al exceso de bebida debida al calor del tiempo; le prescribimos opio, y desaparece. A los dos días después es dado de alta. A los catorce de operado reingresa con

39,4, después de haber tenido el día antes un dolor muy fuerte en el vientre, con una enorme "rugidera de tripas", no ventoseando. Con una inyección se le calmó el dolor, y después hizo del vientre muy duro, y mejoró mucho. Al ingresar con su estado febril le acompañaban una diarrea mucosa, pulso muy frecuente y con un dolor fijo al lado del "hueso de la cadera izquierda", en la que presentaba una región dolorida e indurada, con zonas limitrofes timpanizadas; al día siguiente, rectorrea y estado febril; más localizada la matidez sobre la porción sigmoidea. Se reinterviene.

Por la misma incisión de la intervención anterior se llega a ciego, que se encuentra muy poco rubefacto, pero desplazable y sin exudación. Deslizándose a ciegas sobre la región iliaca izquierda, denudando el presunto foco purulento salen oleadas de pus, de un tono amarillo, no muy fluido, de alguna fetidez; deslizándose la mano hacia abajo, se introduce un dedo por un orificio ya labrado a través de la serosa, con dirección al espacio retrorrectal, lugar elegido por el organismo para evacuar su enorme acúmulo purulento, que calculo en más de un litro. Se drenó y fué dado de alta a los quince días en franca curación.

Estos fenómenos ocurren, sin duda, por la contaminación linfático-ganglionar, es decir, por la linfadenitis supurativa, de etiología apendicular. Razón ésta por la que han de tenerse presentes las linfadenopatías relacionadas con el proceso apendicular, a fin de dar un concepto patológico cierto en los procesos postoperatorios, tanto en los casos agudos como en los crónicos.

Las adenopatías las hemos comprobado en las distintas formas clínicas. En las agudas, los ganglios suelen ser de pequeño tamaño. En las crónicas, por el contrario, su tamaño suele adquirir enormes dimensiones. No obstante la abundante corriente linfática y el rosario ganglionar mesentérico, es poco frecuente el hallazgo de dichas adenopatías. Dentro de esta escasa frecuencia, son más corrientes en los procesos crónicos que en los agudos.

Las figuras 1 y 2 presentan un apéndice y uno

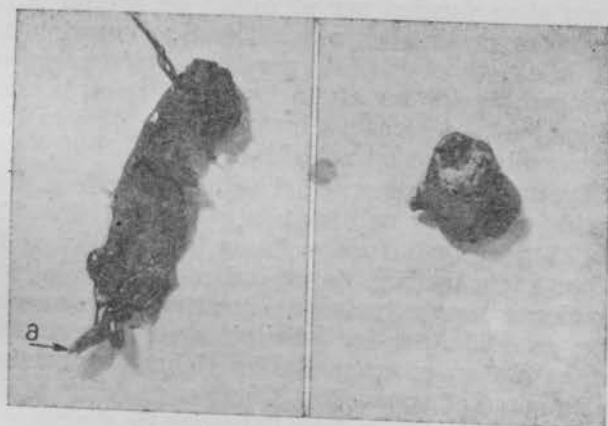


Fig. 1.

Fig. 2.

de sus ganglios. El apéndice, de 5 cm. de longitud, es de grosor relativamente pequeño; sus paredes no delatan macroscópicamente que en él hubiesen signos inflamatorios e infiltrativos.

El mesoapéndice, sin embargo, se presenta tumefacto e indurado, y, como puede verse en el vértice (fig. 1), se precisan restos de una ad-

herencia despegada de la pared lateral. Todo el apéndice carece de la lisura y brillantez del órgano sano.

La figura 2 es el mayor de los ganglios extraídos, y que acompañaban, siguiendo el proceso infectivo, con reacción periadenítica. Los

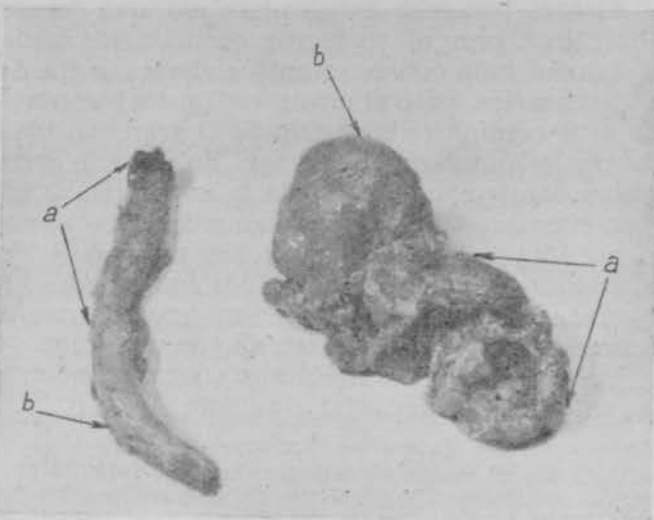


Fig. 3.

Fig. 4.

restantes eran más pequeños; unos contenían sustancias oscuras de aspecto sebáceo, y otros eran duros, esclerosados. Uno de ellos estaba completamente calcificado.

El historial clínico de la enferma es el siguiente:

E. C. C., de veinte años, natural de Villanueva del Condado. Siempre sana; sólo dolor de vientre y estómago desde que tenía diez años; menarquias irregulares. Hace más de dos años tiene dolores de vientre en el lado derecho; le sube hasta la cintura y le quita el respirar. No tiene tos. El dolor de vientre siempre le queda algo en el lado derecho, que algunas veces se extiende también hacia la ingle y al medio; cuando come, se pone peor y le duele mucho más; lo que come le sienta bien.

Puntos apendiculares y región renal, dolorida. Urología, negativa. Radioscopia, positiva de apendicopatía.

Después de operada, en octubre de 1947, hasta la fecha, no ha vuelto a tener molestias, y se encuentra perfectamente bien.

Las figuras 3 y 4 son igualmente apéndice y sus ganglios satélites de una enferma operada en cronicidad.

El apéndice está turgente e infiltrado, con ligera rubefacción en sus dos tercios basales (figura 3 a). Esta porción apendicular se hallaba incrustada y pegada a la pared lateral del abdomen y cubierta por el ciego, con el que igualmente contraía adherencias más laxas, por cuya disposición no era accesible a la inspección ocular más que en su tercio apical (fig. 3 b). Así que, por esta adopción, daba la impresión de ser un apéndice rudimentario, cuando en realidad resultó, después de denudarlo y extirparle, de 9 cm. de longitud. El distinto colorido de las dos porciones, a y b, es debido a que en la última no existía reacción inflamatoria, como pue-

de verse en su apéndice, limpio y sin rugosidades.

Al terminar la intervención acostumbro a inspeccionar las regiones ganglionares antes de cerrar el peritoneo. Pero en el caso de este apéndice no creía que sus ganglios pudieran alcanzar semejantes dimensiones (fig. 4).

Al tocarles, creí, en un principio, que fuesen coprolitos, pero al no lograr desplazarlos hacia la luz del tubo cólico, intenté aislarlos, a fin de identificarlos, pero el primero (fig. 4 a) se abrió en esta maniobra, brotando de él gran cantidad de pus e inundando el campo. Su aspecto irregular, como mamelonado, da la impresión de tejido fungoso. El otro ganglio contiguo (b) se extirpó intacto, de configuración esférica y de contenido purulento semifluido; sus paredes internas eran como el anterior, irregularmente mamelonado, ambos de tamaño de una nuez.

Estas dos piezas anatómicas corresponden a la enferma del historial siguiente:

E. C. R., de veinte años. Ingresó el 16-III-48, de profesión estudiante. Natural de Cuba, residente en La Bañeza. Sin antecedentes familiares; con frecuencia, amigdalitis; siempre sana; hacia un año venía padeciendo de algunas molestias de estómago. Un día esas molestias bajaron al vientre y al lado derecho, donde el dolor era de mayor intensidad, sin fiebre ni vómitos; guardó cama dos días, porque con los dolores se le presentaban náuseas. A los tres meses le volvieron a repetir, más flojos; le pasaban en seguida, pero siempre le quedaba dolorida la parte derecha del vientre al hacer presión sobre ella o al realizar algún esfuerzo. Súbitamente notaba como si dentro le dieran punzadas, sentía constantemente estado de disgusto y con frecuencia dolor de cabeza. En la exploración, ninguna otra particularidad que puntos apendiculares doloridos. Aspecto general, bueno.

En contraposición a estos cuadros clínicos, correspondientes a estados evolutivos, propios o considerados en sí de las apendicitis crónicas, oponemos otros de estado agudo, con crisis dolorosísimas, sin darnos el apéndice señal de responsabilidad flogística. A este respecto describo el siguiente historial:

T. F., de San Martín del Camino, ingresa en estado febril y dolor localizado en fosa ilíaca derecha, irradiado a reborde costal derecho, región cística. Después del hemograma nos decidimos por la apendicectomía, encontrando al abrir peritoneo con un exudado claro, poco abundante, un apéndice ridículo, de unos 2 cm. de longitud, pegado por medio de una brida que partía de su vértice a la desembocadura del ileon; a los ocho días es dada de alta por curación. A los pocos meses, crisis dolorosas de cólicos hepáticos.

Ejemplos de esta naturaleza son bastante frecuentes, pues es obvio poder encontrar apéndices intactos a simple vista enmascarando cuadros apendiculares, tanto agudos como crónicos, siendo lo más sorprendente que una vez operados desaparecen todas las molestias.

Las adenopatías pueden dar abscesos intra-abdominales por reblandecimiento y supuraciones periadeníticas. Por tanto, en toda interven-

ción quirúrgica deben ser exploradas las regiones ganglionares, pues de esa forma evitaremos supuraciones postoperatorias a la vez que trastornos adenolinfáticos, ileítis terminales o tiflitis tardías, testigos de la infección latente, acantonada en los ganglios por algún tiempo, y que por una intervención quirúrgica incompleta recidivar las dolencias en tiempos postoperatorios más o menos tardías.

Otras causas de abscesos tardíos pueden darnoslas los plastrones que quedan en los operados tardíamente, como puedo testimoniar con varios casos. Estos plastrones, extendidos a bastante distancia del foco drenable, formados por exudados fibrinosos y de aspecto lardáceo, al acentuar su reblandecimiento, sin una simultánea reabsorción, terminan formando verdaderas colecciones purulentas. Por ello, apartándome del clasicismo de la era preantibiótica, vengo realizando amplios desbridamientos, procurando conseguir la mayor limpieza posible de todas las formaciones, tanto plásticas como defensivas, que la naturaleza creó durante el ataque infectivo, continuando, naturalmente, con la medicación sulfamido-penicilina.

En los historiales de apendicitis es corriente precisar en la vida del enfermo afecciones de faringitis o amigdalitis. Esta interdependencia u organotropía específica de los gérmenes infectivos ya fué señalada por ROSENOW y EVANS, llevado al terreno experimental por DORSAY inoculando gérmenes extraídos de las amígdalas infectadas, provocando con ello la infección del apéndice. ¿Esta correlación infectiva amígdala-apéndice, señalada por varios autores, hace adoptar como medida de tratamiento preapendicular, intervenciones sobre amígdalas? O en aquellos casos en que delatan actividad amigdalina después de las apendicectomías, someterles igualmente a la intervención quirúrgica, pues ellas pueden ser el punto de origen para provocar crisis abdominales de tipo apendicular sin la existencia de éste por la reacción ganglionar establecida en algún lugar del rosario adenítico mesentérico, por propagación directa del foco amigdalino en actividad.

La reacción general del tejido linfoide a distintos estímulos es bien conocida por todos. En las clínicas pediátricas se llama la atención de la hiperplasia linfoide del apéndice durante las infecciones respiratorias o digestivas. No es menos conocida por los puericultores la apendicitis aguda en el curso de las fiebres eruptivas, tales como el sarampión. Como caso de reacción linfoide se explican esas llamadas de diagnóstico diferencial de que nos hablan los tratados de Medicina de las apendicitis con otros procesos, tales como neumonías, colecistitis, perivisceritis, etcétera, presentando todos ellos en su comienzo el cuadro de una apendicitis aguda, cuando en realidad no es más que una reacción linfoide inicial al cuadro patológico que empieza a desencadenarse a bastante distancia del lugar en que el apéndice está emplazado.

II

Los abscesos extraperitoneales se originan cuando el órgano inflamado se hace retrocólico, o forma cuerpo con las paredes cólicas o pélvicas; en este último caso, con destrucción "in situ" del peritoneo parietal.

Las apendicitis retrocólicas, después de varios días de curso, el ciego o porción inferior del colon ascendente, tienden a enguantar el apéndice, como si quisieran deglutirle. A expensas de sus propias paredes le forman una mortaja o lecho, que en algunos casos le recubren totalmente, siendo, por tanto, inaccesible a la exploración ocular en el acto quirúrgico; al denudarles, colon o ciego, dan el aspecto como si se les hubiese hecho un fruncido a lo largo de su trayecto.

En otra porción de casos el apéndice libre que no llegó a contraer adherencias intensas con el ciego, logra, no obstante, fijarse por su vértice, como una estaca clavada en la pared posterior o pélvica. En este punto de enclavamiento logra destruir totalmente el peritoneo de revestimiento. Otras veces, en las que la dirección del apéndice es posterior y descendente, el peritoneo pélvico se repliega hacia arriba, recubriéndola totalmente, de tal manera, que al seguir la serosa desde abajo a arriba, en dirección ascendente hacia el colon, da el aspecto de una anomalía constitucional.

De todas formas, en unos y otros casos, en las distintas modalidades de fijación, el objetivo principal del organismo es la extraperitonización del apéndice.

La evolución clínica de estos casos suele ser bastante variada; al paso que unos presentan sequedad de mucosas y signos tóxico-febriles, otros, por el contrario, dan un aspecto de bienestar en medio de un timpanismo febril e indoloro. En cambio, hay otros casos que ni fiebre ni molestias siquiera acusan sólo una sensación vaga de disgusto, y la fórmula alta hacen poner interés en el enfermo.

Las historias que a continuación exponemos nos bastan para la comprensión de las modalidades que acabamos de dejar señaladas.

Enferma S. G., de veintitrés años, natural de Montrodo (León), ingresa febril el 18 de abril, con mal estado general, palidez, taquicardia, etc. En región suprapúbica, un abombamiento indoloro; no hay rigideces abdominales, ni facies peritonítica. La prominencia suprapúbica es mate, rodeada de zonas timpánicas. Trae estudio radiográfico de absceso pélvico y "mandada intervenir de urgencia".

Hacia tres años había tenido un ataque febril, con dolores de vientre; después de varios días de cama, le supuró por "bajo" (vagina). Así continuó con molestias de vientre bastante tiempo, por lo que en varios reconocimientos médicos le dijeron padecía de los ovarios.

En la intervención quirúrgica, realizada por pared abdominal, sin abrir peritoneo, haciéndolo por espacio retrovesical extraperitoneal, se elimina enorme cantidad purulenta. Es dada de alta a los diez días, con la consiguiente advertencia de nuestra suposición de que el absceso en cuestión fuese de procedencia apendicular.

El 7 de noviembre, o sea, ocho meses después, habien-

do estado en ese intervalo completamente bien, ingresa en la clínica nuevamente en estado febril, con fuertes dolores de vientre y "muchas ganas de vomitar". En la exploración se puede precisar en zona iliaca derecha una pastosidad dura y profunda, con limitada rigidez de paredes y zonas limitrofes timpanizadas; la fórmula leucocitaria da 15.500, con 82 neutrófilos y 17 linfocitos.

En la intervención, al incidir peritoneo, hay porciones epiploicas adheridas a pared anterior. Se resecan. Una asa del ileon tenía adherencias planas con pared anterior; fueron liberadas. En el ciego no era fácil su identificación; un mazacote de exudados y neoformaciones carnosas daban su porte exterior; se logró liberar, en sentido descendente, excluyendo todos esos productos arribados, en cuya maniobra salta un chorro de pus; en medio de todo ello, unas concreciones oscuras, cuya justificación de su naturaleza nos lo atestigua el sentido del olfato; eran coprolitos. En el punto de implantación cecal del apéndice había como única señal de él un orificio, que comunicaba con la luz intestinal. Limpiado el campo, cerrado el orificio apendicular del ciego, damos por terminada la intervención; al ir en pos de presuntos ganglios retrocólicos, topamos con una masa dura, a unos 5 cm. de distancia del ciego e independiente de él y recubierta por la gran serosa. Es decir, era una masa dura extraperitoneal. Al principio, por su configuración, se tomó por una dilatación aneurismática de la iliaca, pero la falta de pulsabilidad desechó este concepto. Labrado un túnel subseroso a partir del ciego, extrajimos la masa, que representamos en la figura 5.

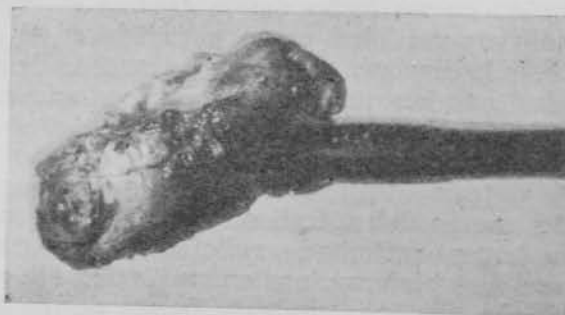


Fig. 5.

Es un apéndice mutilado y desplazado subserosamente del lugar normal por el proceso infectivo. La particularidad de ello es que el proceso séptico ha tenido como localización el espacio subseroso o retroperitoneal, y el pus formado venía acumulándose en cavidad pélvica por este trayecto, adquiriendo volúmenes tan considerables, sin que la enferma tuviera cuadro clínico tan alarmante, como si ello hubiese tenido lugar en la gran cavidad, con participación del peritoneo general.

Otro desplazamiento subseroso nos lo explica perfectamente el siguiente historial:

Enferma C. G., de veintiséis años, soltera, natural de Vegas del Condado. Hacia un año le dió un fuerte dolor de vientre, que le pasó en seguida; no le dió fiebre; tuvo vómitos amargos. Desde entonces tiene constantemente ligeros dolores de vientre, que se irradian hacia la parte baja y lado derecho. Un ginecólogo le dijo que tenía un tumor junto a la columna vertebral.

Dos horas antes de su ingreso en el Sanatorio, 11-XII-1947, tiene fuertes dolores de vientre, que cada vez se agravan, con muchos vómitos y aguas amargas. Dolor en fosa iliaca derecha, muy difuso e irradiado hacia el ombligo; ligero timpanismo, no fiebre, pulso normal.

En la intervención, al ir en busca del ciego, creemos encontrarnos ante una anomalía constitucional, pues el

intestino grueso, en su porción cecal, desaparece en la profundidad, como si quisiera llevar la dirección que le correspondería al asa sigmoidea, pues la serosa pélvica formaba un pliegue hacia arriba pegándose a la pared del colon ascendente, como una cortina que oscurecía lo que detrás de ella existía. La desembocadura del ileon tampoco nos era dable identificarla; asas ileares que se cogían, en el acto abandonábamos; ninguna de ellas nos llevaba al ángulo ileo-cólico que deseábamos.

La maniobra ideada fué proseguida, empezando a denudar intestino grueso, a partir del ángulo cólico-hepático, muy descendido; casi ocupaba él la fosa ilíaca, con un ascendente excesivamente corto.

A medida que se liberaban fragmentos, la porción cólica ascendente iba recobrando las dimensiones normales. Parte del colon y ciego se desplazaban hacia adentro y atrás, hasta llegar a la pared lateral de los cuerpos vertebrales, en donde se replegaban en forma de semiespiral o más bien gorro frigio, para terminar en una masa dura, de sensación tumoral, que, liberada prudentemente de las múltiples adherencias resistentes, se pudo ver con todo detalle la configuración de un apéndice, fijo, por una parte, a la pared abdominal posterior, extraperitonizado y pegado en un lecho donde abunda el tejido conjuntivo; por otra parte, encajado en el colon; éste le disponía un canal a expensas de sus paredes, con las que contraía íntimas adherencias. En este conglomerado, como dijimos, abundaba el tejido conjuntivo, o, con más verosimilitud, el tejido inflamatorio de reparación: la configuración del apéndice, ya extraído, era la de un órgano inflamado, rubefacto, grueso, con formaciones blanquecinas en su vértice, sin pus.

Y, para terminar con esta faceta de los desplazamientos apendiculares, resumiremos brevemente el siguiente caso clínico:

Enferma S. Ll., de veintisiete años, soltera, natural de Villamayor del C., que ingresa con el diagnóstico de oclusión intestinal por bridas procedentes de procesos fímicos recidivantes (Dr. MANGAS). La intervención fué un tanto laboriosa, pues no era accesible el asa obstruida, ni había asas timpanizadas. La enferma tenía el vientre flácido, pero no le cesaban los vómitos, por cuyo motivo fué intervenida.

Abierto el peritoneo, toda la porción del colon, así como asas delgadas, estaban sembradas de un sin fin de granulaciones del tamaño de las semillas de las flores o más pequeñas; su número era tal, que no dejaba traslucir el brillo de la serosa; podría decirse, valiéndose del símil, que era un intestino "lijado". No había exudados peritoneales, ni asas amercilladas, ni rubefactas. Desilusionados en nuestra tentativa de encontrar el obstáculo mecánico, en una nueva tentativa descendente a partir del yeyuno, a pocos centímetros, en la proyección umbilical, encontramos un asa diminuta agatillada por dos puntos extremos de un cordón duro al tacto; al separarla de ambos extremos, sus bridas eran tan fuertes y fijas, que fué preciso peritonizar el lugar de fijación. De primera intención, por el repliegue que sobre sí tenía el asa obstruida, nos hizo pensar, dado el aspecto oscuro y de cordón redondeado que tenía la brida, se trataba de una tromboflebitis o una anomalía arterial, pero tras la observación atenta y la disección anatómica postoperatoria, pudimos cerciorarnos con perfecta claridad que el cordón en cuestión era el apéndice desplazado, con un vértice intacto y base amputada. La región cecal no fué posible examinarla, pues estaba sin-

fisada con tanta solidez a pared lateral, que sería vano intento aislarla sin detrimento de su integridad. El apéndice de vértice intacto, paredes sin solución de continuidad, no infiltradas, contenía en su interior una sustancia oscura, solidificada y endurecida, de aspecto hemorrágico. En todo su conjunto no había zonas necróticas en cuanto a la observación macroscópica se refiere.

La siguiente historia es más elocuente en cuanto a la formación purulenta extraperitoneal de origen apendicular.

F. A., de dieciséis años, natural de Genestacio; ingresa el 22-VII-47, después de doce días de comienzo, con vientre timpanizado; no acusa zonas específicamente doloridas; sólo, insistiendo profundamente, dolorimiento general; temperatura de 38, no hay facies peritoneal, ni sequedad de mucosas; fórmula, 12.800; neutro, 82; linf., 16.

En la intervención comprobamos apéndice empotrado en pared abdominal posterior, retrocólico; al desprender éste, brotan oleadas de pus de olor muy fétido. Extruido apéndice, queda una oquedad en el lugar de fijación que, al introducir el dedo en ella, parecía como una cueva labrada por el pus, canalizada en dirección descendente, todo ello subseroso. Antes de desbridar el ciego no aparece en gran cavidad derrames, ni serosos, ni purulentos; sólo formaciones fibrinosas, sólidas, blanquecinas, fácilmente desprendibles al rozamiento superficial de la gasa. Asas ileas rubefactas y timpanizadas. Apéndice en su base de aspecto normal en unos 2 ó 3 centímetros; el resto (5 cm.), muy inflamado, friable, perforado en su vértice, de aspecto achocolatado, parecido al barro sucio y de un olor fecaloide. Hecha la ablación del órgano y la "toilette" del lugar, previa sulfamidación, cierro peritoneo sin drenaje; al cuarto día cesa totalmente la temperatura; al sexto día se torna nuevamente febril, al mismo tiempo que en la región suprapúbica se forma un abombamiento. El enfermo hacía deposiciones, no perdió el apetito y no daba el aspecto de malestar. Sensorio despejado y sin molestias; al octavo día, máxima temperatura, de 39,8, el enfermo empezaba a sentirse inquieto, molesto y sin apetito, con imperiosos deseos de defecar a cada instante, acentuado tenesmo, expulsión por el recto de mucosidades y secreción serosa. La rectorrea era lo más molesto del momento. Ante este cuadro nos decidimos a reintervenirle.

Por la misma incisión hecha anteriormente logramos llegar a ciego, colon y proximidades; allí nada anormal ocurre; asas ileares habían recobrado el tono perdido en la intervención anterior. En la oquedad o lecho correspondiente a la implantación apendicular, tampoco presentaba anormalidades. Procediendo hacia abajo, al perforar peritoneo pélvico, salen verdaderas oleadas purulentas, cuya cantidad superaba al litro. Sin la perforación de la serosa pélvica no hubiese tenido acceso a la colección supurativa, pues, como digo, estaba fuera de la cavidad intestinal, en plena cavidad pélvica.

Este pus ha tenido lugar, sin duda, a partir del túnel labrado desde el punto de fijación apical vermiforme, desde el cual progresó el proceso infectivo por el tejido celular pélvico, el cual fué el que mantuvo posteriormente la pioeisis, acumulándose en la cavidad pélvica por acción de la gravedad, sin que retornara hacia cavidad peritoneal por la rapidez de cicatrización que tienen las serosas, máxime que en la intervención se cuida siempre, el peritonizar minuciosamente.

En virtud de ello, en estos casos, en vez de cerrar totalmente sin drenaje, nosotros lo efectuamos en pelvis un tanto semejante al de la técnica de los abscesos del psoas. El enfermo fué dado de alta quince días después, con una fistula, que cicatrizó al poco tiempo.

Como final a este capítulo, la siguiente historia nos servirá para aclarar y fijar conceptos.

Enfermo J. J., de San Miguel de Escalada. Hacia el doce día antes de su ingreso, 4-IX-47, le empezó un fuerte dolor de vientre por la mañana, con vómitos y temperatura. Las molestias cada vez eran mayores. En la exploración, zona de pastosidad iliaca derecha, que se extiende hacia abajo a región pública, con prominencia mate y zonas limitrofes timpanizadas. Fórmula, 17.000; 88 neutrófilos; linfocitos, 12. Buen estado general. En la intervención se comprueba apéndice enguantado por ciego y epiplón, que le cercan con una funda; su vértice, clavado como una estaca en pared posterior. Hay un trayecto obstruido en dirección descendente, por el que no se evacua nada de pus. En las maniobras de desprendimiento, se perfora ciego por la friabilidad de sus paredes. Cerramos peritoneo, pero antes de ocluir el resto de las paredes disecamos éstas, hasta penetrar en pelvis extraperitonealmente; al llegar a ella, de la cavidad mencionada brotan oleadas purulentas en cantidad abundantísima; drenaje extraperitoneal, sutura del resto de los planos, músculos, aponeurosis y piel. Alta a los ocho días, quedándole una fistula, que cerró poco tiempo después.

Con los casos anteriormente expuestos, queda patente la importancia que debemos dar al drenaje, pues la colocación de éste no es indiferente para cada caso. Así, pues, en las apendicitis libres, aun con abundantes exudados, tanto serosos como séptico-puoémicos, cuando no hay zonas necróticas, a veces el drenaje no es necesario, pues, al contrario, puede perjudicar, ya que con serosa cerrada el vientre se defiende mejor. Pero la experiencia me ha hecho rectificar la conducta en los casos supurativos con apéndice fijo a paredes y extraperitonizado. En éstos el drenaje, colocado incluso como corrientemente, en un lugar cualquiera de la incisión, puede ser ineficaz e insuficiente, pues si la colección purulenta se acumula en pelvis, es fácil comprender que la distancia de ésta, colocada a un nivel inferior de la pared abdominal anterior, es más que sobrada para que el pus no pueda fluir por el drenaje y éste resulte ineficaz, máxime teniendo en cuenta la fuerza de la atracción de los cuerpos por acción de la ley de gravedad, que, en este caso, buscaría por este efecto el punto más declive. Este punto declive podemos buscarle por la misma incisión, ampliándola hacia abajo, colocando el tubo un poco por encima del pubis y por fuera del peritoneo. Ahora bien, teniendo en cuenta los abscesos tardíos y a distancia en los casos muy sépticos, en los que se teme la linfadenitis apendicular, al hacer el drenaje de esta misma forma, siguiendo la vía del psoas, al llegar a la duplicatura peritoneal pélvica, en el mismo fondo de saco, se perfora el peritoneo, y por el orificio se hace pasar un tubo en T de ramas muy cortas y colocarlas por ese lugar dentro de la cavidad general, y a la vez que drena ésta, drena al mismo tiempo la cavidad pélvica, por si en ella se acumulasen exudados puoémicos formados extraperitonealmente, como ya hemos dicho en otro lugar.

De cómo el drenaje a través del peritoneo anterior es insuficiente, nos dará idea el siguiente caso:

Enferma D. A., de doce años de edad, natural de Pobladura de Somoza. Hace doce días de su ingreso, 17-II-48, le empezó un dolor de vientre, la purgaron dos veces y no le pasaron las molestias. Cada vez su estado empeoraba, encontrándola en el siguiente, al llegar a nosotros: vientre muy dolorido y timpanizado, pulso blando y muy frecuente, facies peritonítica, sequedad de mucosas. T., 38,2; lengua, saburral. Fórmula, 17.000; 87 neutrófilos, linfocitos, 13. V. S. a la hora, 60.

La intervención da una intensa inflamación, extendida a una porción de asas ileales, que se presentan muy rubefactas y amorcilladas. Otras asas más próximas al ciego forman un conglomerado alrededor de él asociadas al gran epiplón, muy grueso, duro y unido a ellas firmemente. No hay ni una muestra de exudados líquidos; sin embargo, abundan extraordinariamente los acúmulos blanquecinos, como coágulos de leche cortada (exudado fibrinoso), cuyas membranas son fácilmente desprendibles por la gasa. El apéndice, muy rojizo, estaba envainado por su propio meso, al que le daba unas dimensiones o grosor extraordinario. En estas condiciones fué preciso amputar apéndice y meso en masa. Al tirar del fleón, que sirvió de ligadura al apéndice, sale éste de su envoltura, como un sable de su vaina. Este apéndice se conservaba limpio en sus paredes, sin rugosidades, ni aspecto inflamatorio; sólo en su vértice le delataba una masa necrótica y perforada. A pesar de no haber exudados líquidos, ante el cuadro tan séptico, y por la abundancia de exudados sólidos, drenamos con un Mikulicz, que quitamos a los tres días en vista de la buena marcha, el restablecimiento de las disposiciones y, sobre todo, por la falta de supuración. A los seis días se torna con fiebre alta y empieza a abombarse el vientre en la porción suprapúbica; después de tres días sin remitir el cuadro, cuando nos disponíamos a intervenir, una derivación espontánea por vagina aclaró el cuadro, restableciéndose en dos días, siendo a los cuatro dada de alta.

El drenaje por Douglas, es muy plausible en las mujeres multíparas, pero en el hombre y en las niñas es bastante enojoso. En éstas por ser en vagina y en hombre por ser en recto. Así que, nosotros, optamos antes de recurrir a esta forma de drenaje en estos casos a la que dejamos asentada anteriormente por la vía del psoas.

III

Otro aspecto que presentan las apendicitis en su diagnóstico diferencial es con la anexitis.

Sabemos cuán corriente es su confusión, a la vez que muy frecuente el hallazgo de los dos procesos aparejados. Por parte del apéndice es muy dable observar la contaminación de trompas y ovarios; en cambio, éstos no contaminan con esa facilidad el órgano apendicular. La exploración radiológica es un excelente auxiliar para poder inclinar el diagnóstico. En nuestras estadísticas hemos podido darnos cuenta de enfermas sometidas a prolongado tratamiento por diversos ginecólogos, no teniendo otra cosa que apéndice inflamado y que la exploración ginecológica daba signos anexiales y tan sólo la exploración radiográfica descubría el apéndice patológico. Veamos el siguiente historial resumido:

Enferma M. P., natural de Foiedo; ginecológicamente, dolor localizado en fondo lateral derecho y puntos ováricos doloridos; deslizamiento del cuello doloroso, irradiado hacia abdomen; varios tratamientos ginecológicos, sin resultado. Exploración radiológica: apéndice parcialmente lleno de papilla y pegado a ciego (fig. 6 a), con marcado estasis de ileon (fig. 6 b). Intervención: apéndice con adherencias a ciego, duro, macizo y esclerosado en los dos tercios medios; en base, la cavidad intacta; en vértice, una masa líquida, transparente, a punto de estallar. Un mucocèle apendicular.



Fig. 6.

Estos mucocéles no son corrientes, y parece que su presencia no coincide con cuadros agudos de apendicitis, pues he tenido ocasión de ver un apéndice de 9 cm. de longitud y todo él lleno de una serosidad transparente, un "serocèle" que, al estallarse, quedaban sus paredes de una sutileza como si realmente ellas fueran sólo la serosa la que persistía.

En contraposición a este cuadro, poco llamativo de la clínica apendicular, es frecuente ver signos de ambos procesos, que luego la intervención pudo comprobar.

Veamos el historial siguiente:

Enferma E. M., natural de Sahechores, de veintiocho años, casada. Siempre sana. Padres, sanos. No ha tenido familia. Alguna vez, anginas; hacía un año tuvo un ataque muy fuerte de vientre, que la retuvo doce días en cama; de ellos, cinco con muchos dolores en todo el vientre, vómitos secos; desde entonces perdió el apetito; hace cuatro meses le repitieron los dolores de vientre, y desde entonces los tiene diariamente. En la exploración ginecológica, dolor en fondo lateral derecho, con marcada pastosidad de trompa, fosa iliaca derecha, dolorida, especialmente en puntos apendiculares e irradiados a zona paraumbilical izquierda. Fórmula, 8.700, con 75 Neutro. B., 0; linfocitos, 22; monocitos, 2. V. S. a la hora, 56; a las dos horas, 92; hematíes, 4.780.000. V. Gl., 87. Hlg., 13. Diagnóstico: apendico-anexitis.

Intervención.—Se comprueba apéndice pequeño, incrustado en pared pélvica, recubierto por delante y hacia adentro por ciego, que le recubría, contrayendo con él sólida fijación hacia abajo; peritoneo pélvico formaba una arruga, desde la cual se extendían adherencias, que venían a fijarse al apéndice. Ovario derecho abultado, poliquístico. El quiste mayor, del tamaño de una nuez, y su contenido de color achocolatado. Los demás quistes, más pequeños; su contenido, de aspecto transparente. El tejido anexial revelaba signos inflamatorios, especialmente trompas, engrosadas y duras.

El curso postoperatorio fué bastante anormal; a los dos días de operada 39° de temperatura; durante los tres primeros días fué tomada por fiebre de reabsorción por el líquido ovárico derramado en el campo operatorio. En este espacio, una fórmula nos desecha la idea de supuración: leucocitos, 5.900. Neutro, 70. Linfocitos, 17. Mon, 4. V. S. a la hora, 46; a las dos horas, 88. En vista de ello, se repite a los catorce días, y da la siguiente: Leuco, 5:100; N., 58. E., 0. B., 0. Linfocitos, 43. Mon, 2. V. S. a la hora, 57; a las dos horas, 72. La aglutinación tífoparatifica, negativa; a los dieciséis días cesó la fiebre para reaparecer a los dos días en su domicilio, y así continuó con régimen, calcio y vitamina C. Al mes de llevar ese persistente estado febril se radiografía tórax, apareciendo una intensa granulía fina, imperceptible a la pantalla radioscópica. Esta granulía, diseminada en ambos pulmones, puso fin a la enferma a los dos meses de operada.

Cabe preguntar, a la vista del caso anteriormente expuesto: ¿Si la apendico-anexitis hubiese sido de carácter fímico, sería capaz la intervención quirúrgica de provocar una granulía capaz de llevar al éxitus? Por mi parte, no creo en ello, ya que casos semejantes a estos hemos tenido lugar de intervenir sin que nos haya sorprendido semejante complicación. Es posible que nos hayamos visto en un caso de coincidencia de la intervención quirúrgica con el comienzo de la infección tuberculosa pulmonar, agravado por el estado depauperado de la enferma e incrementado por el acto quirúrgico. Condiciones creadas por la persistencia de la infección apendicular. Bien sea uno u otro el motivo causal, la enseñanza que puede hacernos este caso desgraciado ha de ser para atenernos a algún dato clínico, absteniéndonos de intervenir en semejantes condiciones. Para ello, la velocidad de sedimentación ha de servirnos de pauta, y por mi parte, tengo la norma de no operar casos crónicos con velocidad alta. No pretendo hacer de esto una doctrina, pues he tenido ocasión de operar apendicitis crónicas con velocidades altas en plena actividad de un proceso pleural, sin que haya tenido fatales consecuencias, pero el caso desafortunado que he señalado es digno de tener en consideración.

Que es inofensiva la intervención quirúrgica en las anexo-apendicitis y la utilidad diagnóstica radioscópica nos lo prueba el siguiente historial:

A. P., de treinta y cuatro años, casada, natural de Morilla de los Oteros. Ingresó el 5-I-48. De pequeña se crió bien. Ha padecido siempre de los ovarios; menarquía, a los dieciséis años, oligomenorrea, intervalos de amenorrea, no ha tenido familia. Hace cinco meses venía padeciendo cada vez mayores molestias en el "bajo vientre", y a veces se le extendían a todo él. Constantemente, gran malestar y pocas ganas de comer. Siente en el vientre "como si una cosa se le moviera". Llevaba

once meses amenorreica, y los cuatro últimos, muy poco. En la exploración ginecológica, cuello uterino infantil; histerometría, 5 cm., trompa derecha engrosada y dolorida, punto ovárico dolorido y pastosidad en fosa iliaca derecha.

Informe radiológico del Dr. D. JOSÉ MARÍA ALVAREZ: "Exploración de cuatro días; en el tubo digestivo, se observa espasmo pilórico, que se logra vencer previa inyección de morfina. Nada en la morfología de estómago y duodeno; bulbo pequeño, que no retiene papilla, pero sin deformidades ni dolor a la presión. En intestino no logra verse apéndice. Se provoca un dolor en fondo de ciego, que aparece espástico; hay estasis de ileon. La primera porción del transverso cae en fondo de pelvis y no se logra desplazar hacia arriba. Todo ello parece tributario de una apendicopatía o de una anexitis."

Intervención.—Inmediatamente de abierto peritoneo aparece colon transverso, siguiéndole hacia ciego en sentido descendente, o sea, retrógrado, en relación a la progresión fecal; se ven sus paredes rubefactas y cubiertas de enormes depósitos lípidos. Se aísla con gran dificultad de sus puntos de fijación. Un poco por encima del ángulo neo-cólico, el fondo de ciego se ve replegado hacia arriba y unido a las propias paredes del colon ascendente, es decir, el intestino grueso formaba un repliegue en espiral sobre su eje vertical. En el espacio o ángulo diedro que formaba este repliegue, por arriba y el ileon por debajo, existía una masa macerada de aspecto fungoso, que no era otra cosa que restos ganglionares destruidos por el proceso infectivo del grupo ganglionar precólico-iliar.

El apéndice (fig. 7) estaba enterrado en un lecho adiposo y pegado a pared lateral; su vértice, dirigido profundamente hacia abajo y enclavado en fosa iliaca por una brida fuerte y gruesa, cuyos rectos, seccionados con tijera, los señalaba en su extremo la figura 7 a.

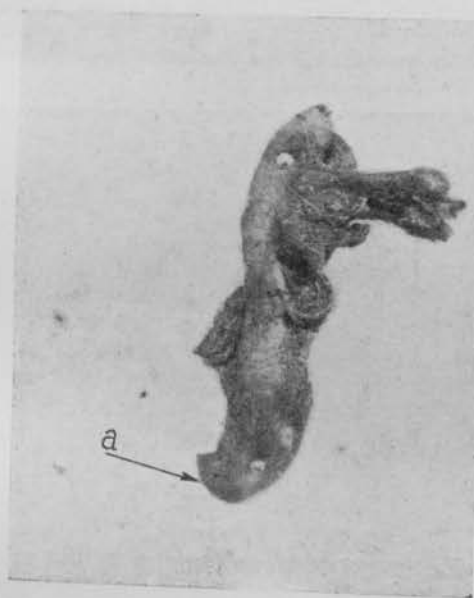


Fig. 7.

El ileon, a 4 cm. de su desembocadura cecal, contraía fijeza por una brida en forma de cinta de unos 3 cm. de longitud, con un quiste del tamaño de una ciruela, situado en las proximidades del ovario y sin relaciones con él. Su contenido, de un líquido claro, que al intentar extraerle se vertió en plena cavidad. Otros quistes más pequeños formaban masa con el ovario derecho. En la parte media de la trompa, un tumorcito del tamaño de una avellana ocupaba la luz de la misma, que al incindirle se extrajo de ella una sustancia sólida de color moreno y de aspecto sebáceo.

Fijándonos en la sintomatología clínica de esta enferma, cuán lejos podríamos situar el

pensamiento de una apendicopatía, si el estudio radiológico no nos hubiera guiado en este sentido (fig. 8).



Fig. 8.

A continuación exponemos otro caso de apendico-anexitis:

J. B. V., natural de Bilbao, de veintinueve años, casada. Siempre sana; no ha tenido familia; seis hermanos, sanos; uno murió de tuberculosis. Hace ocho años tuvo el primer dolor de vientre, que se le extendía hacia abajo; le pasó en seguida, no tuvo fiebre, guardó cama dos días, vómitos amargos. Al año le volvió a repetir más fuerte. Desde hace un mes le repiten casi todos los días, hasta ser explorada por nosotros el 23-IV-48. Acusa zona dolorida en punto ovárico derecho, trompa dura, gruesa y muy dolorida a la presión. El resto, normal; puntos apendiculares, normales. Diagnóstico: anexitis. Fórmula, 6.900. Neu., 53. E. O. Ba., 0. Linf., 43. Mon., 1. V. S. a la hora, 7; a las dos horas, 16.

A los dos meses soy requerido a verla en su domicilio de un dolor de vientre: pulso, normal; apirética, puntos apendiculares, sensibles a la presión. Diagnóstico: apendico-anexitis.

Intervención.—Apéndice libre en cavidad abdominal, sin fijación en ningún punto y envuelto en su propio meso (fig. 9). El mesoapéndice le envolvía como un dedo de guante; debido a esta disposición, el apéndice era poco desplazable hacia el campo operatorio, el cual, previa sección de su base, se liberó en masa, como puede verse en la figura 9. La característica de este apéndice es que sus paredes no tenían la rubicundez ni la infiltración inflamatoria propia del órgano infectivo, ni el meso que le envolvía contraía cuerpo con él, pues bastó una ligera presión para desenvainarle sin dificultad, dándonos la presión de un órgano de aspecto próximo a la normalidad (fig. 10). Parece cómo si este apéndice hubiera hecho de filtro a través del cual se hubiese dado paso a la infección periapendicular existente. Trompa derecha muy rubefacta, envuelta en abundante tejido conjuntivo fibroso; se replegaba sobre sí misma en forma de asa.

En vista de lo expuesto, podemos asentar como cierto cuán factible es para el apéndice de-

jar pasar con o sin alteración grosera de sus paredes gérmenes patógenos para provocar reacciones inflamatorias peritiflíticas, anexiticas o de órganos a mayor distancia.

No obstante, estas confirmaciones de éxitos no invalidan las precauciones que habíamos de tomar para alejarnos de esos casos que, como el citado anteriormente, puedan terminar en granulía pulmonar, pues si bien es cierto que el estudio radiológico de los campos lo ponen evidente, también es posible que sean de granulía tan fina, que puedan pasar desapercibidos, pues el caso a que me refiero fué explorado en la pantalla con campos claros y sin revelar nada anormal, y sólo la radiografía posterior nos dió la desagradable confirmación aludida de granulía pulmonar bilateral.

IV

Réstanos exponer, como último punto de vista, las anomalías clínicas o interpretaciones diagnósticas de los procesos apendiculares.

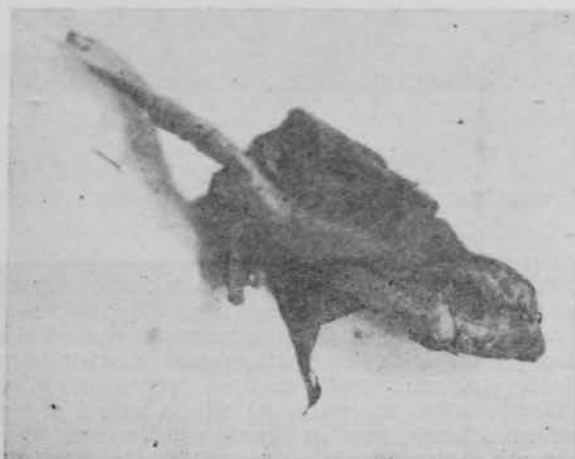


Fig. 9.

Como anteriormente dejamos señaladas, este morbo abdominal es por excelencia enigmático en no muy raras ocasiones, presentando cuadros clínicos inocentes que pueden explotar con las más graves consecuencias sin una intervención inmediata.

El caso siguiente probará cuán perplejo nos deja en situaciones semejantes.

C. B., de cuarenta y dos años, natural de Sabugo; ingresa el 31-V-48. Siempre sana, con frecuencia ha padecido dolor de cabeza; ha tenido dos hijos, sanos; menarqua a los quince años, y siempre bien.

Hace dos años notó un bulto en el ombligo, sintiendo como un peso que bajaba al vientre; al acostarse le cesaban las molestias; si andaba mucho le dolía, cuyo dolor se extendía hacia atrás, al riñón izquierdo. Orina bien; algunas veces notaba ocupación de estómago, nunca vómitos. El malestar de estómago le pasaba con comidas ácidas. Ingresó en el Sanatorio por la noche, después de doce horas de darle un fuerte dolor en el ombligo, en el mismo bulto que tenía anteriormente, el cual se puso más dolorido, sin poderle apenas tocar. Los dolores se extendían desde el ombligo a la cintura del lado izquierdo "al riñón", y desde ahí hacia abajo, a la ingle. Tenía asimismo dolores de estómago, vomitando

con alguna mancha de sangre. El resto del vientre no aquejaba dolores.

Explorada, se comprueba borde superior del ombligo una tumoración dura, del tamaño de un huevo, tensa, muy dolorida e irreductible. Zona para-umbilical izquierda muy dolorida; región renal, normal. Desde zona umbilical izquierda se irradiaba el dolor hacia pubis. En zona iliaca derecha apenas acusa dolor, si no se insiste profundamente en punto medio. El punto dolorido por excelente es la zona umbilical, más acusado en su parte levógira; no hay rigideces, vientre cerrado, temperatura 37,6, buen estado general. Trae diagnóstico de hernia umbilical estrangulada.



Fig. 10.

Se hace fórmula, que da: 26.400. N., 86. Linf., 14. Orina, densidad, 1.018. Sedimento cristales de urato, células epiteliales vagina, no glucosa, no albúmina, no hematuria. Diagnosticamos apendicitis.

Intervención.—Exudado retrocólico escaso, fetidez, ciego desplazable, sin bridas; detrás de él se deslizaba hacia el centro y hacia arriba el apéndice gigantesco señalado en la figura 11, de 14 cm. de longitud; no había contraído fijación con ningún órgano; estaba grueso, rubefacto, lardáceo en su vértice, con tendencia a maceración en algunas manchas oscuras. Mesoapéndice grueso, retraído y muy infiltrado de grasa. La tumoración umbilical era hernia epiploica fija a paredes. Se reseca. Alta por curación a los ocho días.

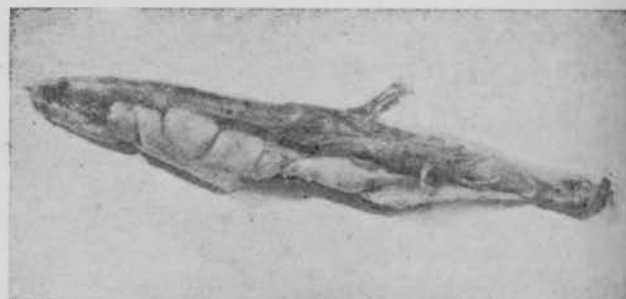


Fig. 11.

RESUMEN.

1.º En los apendicectomizados, las adenopatías o linfadenitis sépticas pueden dar abscesos postoperatorios tardíos e intraperitoneales.

2.º Las apendicitis pueden dar abscesos pélvicos, coleccionándose y formándose extraperitonealmente.

3.º Los drenajes deben hacerse extraperitonealmente, siguiendo la vía del psoas, e intraperitonealmente perforando las serosas en el fondo de saco pélvico.

4.º Las anexo-apendicitis pueden dar mortalidad por granulía pulmonar, con V. S. alta.

5.º En el diagnóstico diferencial no debe omitirse el estudio radiológico.

6.º Las hernias estranguladas pueden enmascarar una apendicitis aguda.

SUMMARY

1.° The adenopathy or septic lymphadenitis in appendicectomized patients may produce delayed or intraperitoneal postoperative abscesses.

2.° Appendicitis may give rise to pelvic abscesses, collected and formed outside the peritoneum.

3.° Drainage must be outside the peritoneum, using the psoas approach within and opening up the serous membranes at the bottom of the pelvic sac.

4.° Death may result from annexoappendicitis arising from pulmonary granules with high blood sedimentation rate.

5.° The radiological examination should not be omitted when making the differential diagnosis.

6.° The strangulated hernias may involve acute appendicitis.

ZUSAMMENFASSUNG

1. Bei der Appendicektomierten können die septischen Adenopathien oder Lymphadenitis zu späten postoperativen und intraperitonealen Abszessen führen.

2. Die Appendicitis können Beckenabszesse hervorrufen, die sich sammeln und auch extraperitoneal auftreten können.

3. Die Drainage soll extraperitoneal erfolgen,

im Verlaufe des Psoas und soll intraperitoneal die Serosa am Grunde des Pelvissackes perforieren.

4. Die Adnex-Appendicitis kann durch eine Streuung in der Lunge mit erhöhter S. G. zum Tode führen.

5. Bei der Differentialdiagnose darf das Roentgen nicht vergessen werden.

6. Die eingeklemmten Hernien können eine akute Appendicitis vortäuschen.

RÉSUMÉ

1.—Chez les appendicectomisés, les adénopathies ou lymphadénites septiques, il peuvent se produire des abcès post-opératoires tardifs ou intrapéritonéaux.

2.—Les appendicites peuvent donner des abcès pelviens, se collectionnant et se formant extrapéritonéalement.

3.—Les drainages doivent être réalisés extrapéritonéalement suivant la voie du psoas et intrapéritonéalement perforant les séreuses dans le fond du sac pelvien.

4.—Les annexo-appendicites peuvent donner une mortalité par granulie pulmonaire avec V. S. élevée.

5.—Dans le diagnostic différentiel on ne doit pas omettre l'étude radiologique.

6.—Les hernies étranglées peuvent encadrer une appendicite aiguë.

NOTAS CLÍNICAS

MENINGIOMA GIGANTE DEL VENTRÍCULO LATERAL EXTIRPADO QUIRÚRGICAMENTE

S. OBRADOR, P. ALBERT y J. V. ANASTASIO

Instituto de Neurocirugía. Clínica Médica del Profesor C. JIMÉNEZ DÍAZ, Madrid.

La cirugía de los ventrículos laterales del cerebro se hizo posible con la introducción de la ventriculografía por DANDY, que representó el único medio de localizar con precisión estos tumores. En efecto, el propio DANDY, en 1918, extirpa el primer tumor benigno del ventrículo lateral, que localiza con ventriculografía, y el enfermo se recuperó totalmente, estando bien a los quince años de la intervención. En 1934 publicaba DANDY su clásica monografía sobre tumores benignos encapsulados de los ventrículos laterales, y reunía 15 casos de este tipo.

La patología de los tumores benignos del ventrículo lateral es variada, y DANDY mencionaba ejemplos de neoplasias de los plexos coroideos, papilomas, angiomas y lo que denominaba provisionalmente fibromas de los plexos y ependimales. Los estudios histológicos de CUSHING y EISENHARDT han demostrado rotundamente la presencia de meningiomas intraventriculares que crecen a partir de nidos de células meningoeliales de la tela coroidea o "velum interpositum", estructura que aparece en la superficie ventricular y donde toman su origen los plexos coroideos que representan un engrosamiento de dicha estructura. Este grupo de tumores se llamaba anteriormente por algunos "meningiomas subcorticales".

En su magnífico estudio monográfico de los meningiomas, CUSHING y EISENHARDT podían reunir en 1938 solamente un total de 19 casos de los ventrículos laterales publicados e inéditos de diferentes autores. En este grupo ponía CUSH-