

## SUMMARY

A review is made of the most outstanding anatomo-pathological characteristics of the peptic ulcer, emphasising specially the alternation of periods of calm and activity corresponding to identical periods in the clinical picture. The aetiological agents which may produce loss of gastroduodenal substances are studied, the frequency of erosions being emphasised. The ulcoid syndromes of the ulcerous disease properly so-called are defined.

The clinical evolution of the ulcers is emphasised, special attention being paid to the beginning of the disease and the first lesions, considerations being made later of the hereditary factors, age, sex, constitution and vegetative nervous system, with personal contributions and statistics on cases encountered.

## ZUSAMMENFASSUNG

Man gibt einen Überblick über die wichtigsten pathologisch-anatomischen Veränderungen des peptischen Geschwüres, dabei wird besonders auf die Ruhe- und Aktivitätsphasen aufmerksam gemacht wird, die miteinander abwechseln, und denen ganz identische klinische Perioden entsprechen. Die ätiologischen Agenten, die einen Substanzverlust des Magens oder Duodenum erzeugen können, werden ebenfalls besprochen, wobei die Häufigkeit der Erosionen besonders hervorgehoben wird. Es werden genaue Grenzen gezogen zwischen den sog. ulzerösen Syndromen und der eigentlichen Ulcuskrankheit.

Die klinische Entwicklung des Ulcus wird beschrieben, wobei besonders der Krankheitsbeginn und die ersten Läsionen berücksichtigt werden; dann bespricht man verschiedene Faktoren wie Vererbung, Alter, Geschlecht, Konstitution und vegetatives Nervensystem mit einem Beitrag von eigenen Beobachtungen und statistischen Daten über die untersuchten Fälle.

## RÉSUMÉ

On réalise une révision d'ensemble des caractères anatomo-pathologiques les plus saillants dans l'ulcère peptique; surtout sont à remarquer l'alternance des phases de calme et d'activité qui correspondent à des périodes identiques dans la clinique. De même on étudie les agents étiologiques qui peuvent produire des pertes de substances gastroduodénales, mettant en relief la fréquence d'érosions et exposant nettement les syndromes Ulcoides de la maladie ulcéreuse proprement dite.

On détache l'évolution clinique de l'ulcus, s'arrêtant au commencement de la maladie, les premières lésions et ensuite en considérant les facteurs d'héritage, âge, sexe, constitution et système nerveux végétatif, avec des apports personnels et statistiques sur les cas réunis.

## ANOTACIONES NOSOLOGICAS EN APENDICOPATIAS

J. MARTÍNEZ PÉREZ

El enfermo es susceptible clínicamente, si le estudiamos con todo rigor científico, de aportarnos provechosamente enseñanzas en pro de sutilezas diagnósticas *a posteriori*, redundando ello en una mayor eficacia terapéutica que en última instancia recae en beneficio de la humanidad doliente. Digo que las enseñanzas son dignas de consideración aun en los casos en que su diagnóstico fuese tergiversado, con oportuna rectificación, sin que esto sea, por otra parte, objeto de menoscabar la reputación del médico.

Nuestra imprecisión diagnóstica guarda razón directa, aparte otros factores, de la menor cuantía de medios auxiliares que para estos menesteres son de merecer, y aun a pesar de ellos nuestros juicios definitivos quedan suspensos en algunos casos sin que podamos dar confirmación sustantiva. Precisando para ello reclamar la intervención quirúrgica como último recurso diagnóstico.

Las apendicopatías, quizás por la paradójica facilidad que corrientemente se diagnostican, suelen a veces cercarnos en el más grave error o confusionismo. Si repasamos la evolución histórica de este proceso a través de las descripciones clínicas desde los tiempos de JOHN, MURPHY, FIT y su escuela hasta nuestros días, me autorizo a pensar que una porción de crisis abdominales hayan cursado su proceso sin ser diagnosticadas *a priori*. Fundamento esto al tomar como efectivos sintomatológicos para la conclusión diagnóstica la gama de datos que en forma sucesiva venimos documentándonos en las obras clásicas. Estos son los siguientes:

1.º *Dolor* que suele iniciarse de una forma aguda en el epigastrio seguido de:

2.º *Vómitos* a las tres o cuatro horas de comenzar el dolor y;

3.º Sensibilidad abdominal general, mucho más acentuada en el lado derecho, particularmente en los puntos (MAC BURNEY).

4.º Subida de temperatura.

5.º Leucocitosis.

Decía MURPHY: "Los síntomas siempre se presentan en este orden, y cuando éste varía siempre dudo de la veracidad o exactitud del diagnóstico."

"Si las náuseas, vómitos y temperaturas se presentan antes del dolor tengo la seguridad que no se trata de apendicitis" (KAEN). "Cuando la temperatura se presenta sola, uno dos o tres días antes que el dolor, temo se trate de una fiebre tifoidea, con una úlcera tifídica en apéndice."

Esta concepción sintomatológica, en la que el dolor juega un primordial papel, vamos a poner en constatación mis anotaciones particulares a través de los historiales clínicos.

Historia número 1.—F. A., de catorce años, natural de San Emiliano (León), profesión estudiante. Sin antecedentes familiares. Padece con frecuencia amigdalitis. Un día es devuelto a las nueve de la mañana del colegio porque vomitó el desayuno (\*), "le hizo daño por el frío que hacía". Después del vómito no le quedó ni la menor molestia. Por precauciones sus padres le hacen acostarse, y ante el deseo del paciente en levantarse soy llamado a visitarle (seis de la tarde). No encuentro nada anormal por palpación ni en epigastrio ni abdomen. Diagnóstico: posible gastritis por transgresiones de régimen. Ni fiebre, ni dolores, buen estado general, sensorio despejado y carácter alegre.

A las dos de la mañana me requieren por encontrarle un poco sofocado y con fiebre. Efectivamente, 120 p. 38°, conjuntivas brillantes, rostro de ansiedad y congestionado. Por palpación abdominal no acusa dolor ni sensibilidad alguna. Sólo insistiendo en punto de Mac Burney, a la palpación profunda delata una pequeña zona de dolorimiento insignificante. Diagnóstico apendicitis y hago fórmula leucocitaria a las veintiocho horas de iniciados los vómitos. Es la siguiente: leucocitos, 18.400; neutrófilos, 73,7; como siguen: mielocitos, 0,0 por 100; juveniles metamielocitos, 1,1 por 100; de núcleos en cayado, 17,4 por 100; de núcleos segmentados, 55,2 por 100, total 73,7. Los granulocitos eosinófilos, 0,0 por 100; idem basófilos, 0,0 por 100; linfocitos, 26,3 por 100; monocitos, 0,0. Se acepta la propuesta quirúrgica y se ve lo siguiente a las treinta y seis horas de su comienzo:

Apéndice muy inflamado, turgente, con gran infiltración; en su vértice zona oscura de color violáceo en estado de maceración. En vértice de apéndice se comprobó la existencia de una concreción fecal de bastante volumen, endurecida y ejerciendo gran presión sobre las paredes inflamadas. Alta por curación a los veinticinco días. Se formó un flemón subcutáneo.

Como puede verse a través del anterior historiado, no es preciso para diagnosticar una apendicopatía aguda la existencia del síntoma "dolor agudo repentino o intenso" en el abdomen, y menos aún que su ausencia nos invalide la propuesta de intervención quirúrgica.

El dolor apendicular puede presentarse tanto precediendo a los vómitos o como posterior a ellos, observando esa misma relación en cuanto a la fiebre se refiere. Su intensidad puede asimismo adoptar la gradualidad más variada, desde la forma repentina e intensa al cariz más solapado y apenas perceptible.

El dolor coincide en ser siempre constante, variando únicamente la intensidad y el momento de aparición. En las formas violentas puede a las cuatro o seis horas descender en su agudeza e incluso llegar a abolirse totalmente, lo cual esto no implica que la infección del órgano haya aminorado y el peligro de gravedad desaparecido, aunque esto venga asociado con pulso normal y un estado de apirexia. Descartando los casos en que fué vencida la infección puede darse esto en otras circunstancias, tales como en aquellos en que las materias infectias hayan sido drenadas hacia el caput coli por rotura del órgano o finalmente por gangrena completa. Esta disminución de la sensibilidad sin temperatura, en los casos que acusaran extrema gravedad, no obedecen a otros

hechos que a la falta de tensión cavitaria del órgano y de la absorción de productos piretógenos. Estas mociones patogénicas se dan únicamente en las modalidades de apéndice libre; en cambio, cuando está empotrado en mesocolon, pared abdominal y en pelvis, el dolor no desaparece, quedando proyectado en las zonas reflejas que determinan los puntos de inserción.

La siguiente historia clínica nos demuestra cuán cautos hemos de ser con un "dolor repentino" que desaparece y una fiebre que sigue igual suerte.

Historia número 2.—A. F., natural de Carrizo (León), de veinte años, profesión, albañil. Un día de frío, en el trabajo, le acomete el dolor muy fuerte en el vientre, con escalofríos y vómitos, fiebre a las pocas horas de 38° (comprobada por el médico de cabecera). Así pasa dos días con dolores fuertes que se presentaban a intervalos; por "la mala cara que iba poniendo" el temor de los padres le trae a la clínica. Sube por su pie a hospitalizarse, sin sentir la menor molestia a la deambulación; se muestra tranquilo y de rostro alegre; únicamente sus facciones están desencajadas y las órbitas hundidas; temperatura, 37,1°; pulso, 80; a la palpación apenas acusa más que una zona sensible en fosa iliaca derecha, que me hace dudar se trata de una apendicitis... Me traen fórmula total de 48.000 leucocitos!!

Se le ingresa en plan de observación. A las tres de la mañana, o sea cuatro horas después de su ingreso, soy requerido por haberse presentado un fuerte dolor "insufrible" en el vientre que se ve "morir".

Pulso, 130. Temperatura, 38,6. Gran sensibilidad general de abdomen; rigidez muscular en fosa I. D. Se hace intervención inmediata, encontrando lo siguiente: Escaso exudado, apéndice libre en cavidad abdominal teniendo en su vértice una masa de epiplón del tamaño de una naranja mandarina dispuesta en la forma más curiosa que puede uno imaginarse, ella era semejante a la que adopta en la bellota del roble el capuchón o corona que le envuelve en la base, que fácilmente se desprende y con facilidad puede readaptarse.

Las paredes apendiculares se encontraban enormemente infiltradas por las que daban al órgano el tamaño del dedo pulgar y de un color violáceo brillante, más oscuro en su vértice, y de una blanda consistencia en franca maceración. En su cavidad ni materias fecales ni concreciones prurulentas. Se hizo a la vez resección del epiplón que le circundaba, quedando una gran porción de él, grueso, duro y con sensación de crepitación organoléptica.

Alta por curación a los ocho días; a los doce, flemón subcutáneo. En este caso, como en todos, una sulfamida estéril en polvo extiende por cavidad. A los quince días del absceso, cicatrización completa.

El dolor que en el curso de una apendicopatía desaparece es por tratarse de un órgano inflamado que no logra aún establecer adherencias. Pues, según MOULLIN, las algias localizadas persistentes se deben a relaciones del apéndice con el peritoneo mediante bridas, las cuales en el transcurso de la peristalsis del ciego éste lleva tras sí al apéndice sujeto por dichas bridas, que en estas condiciones tiran de él provocando los dolores, que por estas causas adquieren la forma de dolores cólicos.

Pasadas las treinta y seis horas, cuando las defensas por plastrones, masas epiploicas, etc., han sido salvadas por la infección y el dolor desaparecido, su reaparición violenta nos señala una gravedad, es decir, que el mal se extiende a

(\*) Las frases entre comillas son expresiones del enfermo o familiares.

lo largo del peritoneo y cavidad general. La intervención no debe hacerse esperar en este caso, siendo tanto más funesto su resultado cuando más se tarda en operar. Este dolor puede ser continuo, puede ser una sensibilidad abdominal general, muy violenta, de tipo inflamatorio, cesando la característica cólica al ser invadidas las capas musculares del colon por la paresia que determinan en él.

Ni el dolor, ni la temperatura, ni los vómitos por sí, ni por el orden cronológico pueden en su ausencia autorizarnos para descartar en un vientre inflamado la existencia de apendicitis. A mayor abundamiento de los casos anteriores, veamos el siguiente:

**Historia número 3.**—M. V., de catorce años, de Melgar (Valladolid), sin antecedentes familiares ni personales. El 6 de mayo notó un ligero dolor de vientre que le pasó al momento, al cabo de unas horas le repitió y obligó a guardar cama, pues ha tenido un vómito. El dolor se extendió a todo el vientre y va acompañado de fiebre ( $38^{\circ}$  según dijo el médico de cabecera). Desde los primeros momentos el vientre ha ido aumentando de volumen ("hinchándose"), al mismo tiempo que "mucho rugidera de tripas"; ha tenido algunos días diarrea. Ingresa el 26 del mismo mes en el siguiente estado:

Nutrición buena, conserva el apetito, no tiene dolores, hace diariamente de vientre. Temperatura,  $38,1^{\circ}$ ; pulso, 110; semblante alegre y despejado; facies ligeramente congestionada; a la palpación, vientre muy abultado, meteorizado, con gran sonoridad timpánica; en zona umbilical se destacan grandes borborigmos; en ambas fosas iliacas contrasta una submatidez de zonas con delimitaciones oscuras; no modificable la submatidez en los cambios de posición. No se observan signos de circulación colateral. Con estos datos y la gráfica hago diagnósticos de peritonitis fílmica, corroborado por otro compafiero que estudió el caso. La punción exploradora en pro de líquido ascítico dió negativa, no insistiendo en su extracción por el temor de lesionar asas intestinales, muy meteorizadas. Con todo ello se procede a laparatomizar, siguiendo los conceptos sugeridos por SPENCER y recomendados posteriormente por KÖNIG. En la intervención nos sorprendió no encontrar el esperado líquido ascítico ni las granulaciones fílmicas diseminadas por asa y serosas. En vista de ello extraemos las asas del ileon distendidas, las cuales presentaban un estado de rubefacción semejante a las asas contaminadas en la apendicitis. Por esta semejanza de ideas, después de limpiarlas cuidadosamente de una cantidad de exudado fibrinoso sólido y fácilmente desprendible con frotamiento de gasa, seguimos explorando vientre en dirección de apéndice, no encontrándose particularidad alguna en ciego; en cambio, al querer extraer apéndice, no fué posible sin antes librarle de sus adherencias sobre vasos iliacos, denudándose con toda la precaución que suponemos. Por el lugar de enclavamiento se ve expulsar un chorro de pus de unos 4 ó 5 c. c. Hecha la ablación del apéndice y espolvoreado el vientre con pental estéril, iba a ser dado de alta a los ocho días cuando se forma un flemón subcutáneo, abandonando la clínica a los cinco días después en franca cicatrización y curación. A los cinco meses supe de él que se encontraba muy bien, sin molestias y dedicado al trabajo.

Sin despreciar la sagacidad clínica individual, en lo que a mí se refiere, afirmo que la apendicitis es una enfermedad que puede camuflarse de la forma más rara, y que o puede pasar sin ser diagnosticada o puede también fácilmente ser confundida con otro proceso. En relación con esto he de transcribir los resultados de las investigaciones realizadas por TAF en un gran número de

autopsiados. Según él, el 36 por 100 de los individuos en épocas más o menos remotas han sufrido ataques apendiculares sin ser diagnosticados, y de ellos un 8 por 100 han contraído adherencias inflamatorias alrededor del órgano.

En cuanto el valor diagnóstico o mejor pronosticado de las fórmulas leucocitarias, es cuestión que se viene debatiendo corrientemente. De ella se dice que no nos sirve para guiar nuestra conducta respecto a un porvenir en la evolución clínica. Pues se citan casos de leucocitosis altas sin fiebre y de curso benigno y breve. En cambio, otros casos de fórmulas bajas, la intervención quirúrgica demuestra una extrema gravedad.

En mis anotaciones he podido observar individuos con sintomatología apendicular y fórmula de 20.000 sin fiebre y curso de cuatro a cinco días. No obstante, en los casos agudos con dolores violentos, vómitos y fiebre, jamás he comprobado fórmulas bajas. Quizá esto sea debido a que los exámenes hemáticos se hayan realizado después de las veinticuatro horas en todos ellos.

En algunas revistas he leído casos de 10.000 leucocitos con gangrenas de apéndice, pero en ninguno he visto que haya sido repetida la fórmula antes de la intervención. Quizá esta fórmula baja sea debido al hecho conocido que acompaña a toda leucocitosis activa, la cual va precedida de un período más o menos breve de una hipoleucocitosis como resultado del shock inmediato e inicial del agente irritante. En este sentido no he hecho mayor estudio, por lo que no puedo asentar ninguna afirmación. Pero en cuanto a las fórmulas en estado agudo, después de las veinticuatro horas de su comienzo puedo señalar algunas particularidades exponiendo para mayor brevedad sólo cuatro fórmulas de mi estadística.

**Formula n.º 1.**—13.500 leucocitos; 87 por 100 neutrófilos; 11 por 100 linfocitos; 2 por 100 monocitos; 0 por 100 basófilos; 0 por 100 eosinófilos.

**Formula n.º 2.**—19.700 leucocitos; 84 por 100 neutrófilos; 14 por 100 linfocitos; 2 por 100 monocitos; 0 por 100 basófilos; 0 por 100 eosinófilos.

**Formula n.º 3.**—18.000 leucocitos; 90 por 100 neutrófilos; 9 por 100 linfocitos; 1 por 100 monocitos; 0 por 100 basófilos; 0 por 100 eosinófilos.

**Formula n.º 4.**—28.000 leucocitos; 93 por 100 neutrófilos; 6 por 100 linfocitos; 1 por 100 monocitos; 0 por 100 basófilos; 0 por 100 eosinófilos.

La fórmula n.º 1 corresponde a E. M., de la Milla del Río (León); presentaba apendicitis aguda, con apéndice infiltrado y pequeña cantidad de exudado seroso en cavidad peritoneal.

La fórmula n.º 2 corresponde a la enferma C. A., de Jasgar de Omaño; fué operada de ataque agudo; presentaba apéndice muy inflamado y mayor cantidad de exudado que el anterior, muy difundido por toda la cavidad peritoneal.

La fórmula n.º 3 corresponde al enfermo I. A., de Quiñones del Río; presentaba grueso apéndice, violáceo, vértice necrosado, gran cantidad de exudado.

La fórmula n.º 4 corresponde a la enferma M. F., de León; su apéndice no estaba muy infiltrado, pero la cantidad de exudado seroso blanquecino (lechoso) era sumamente extraordinaria.

Como estos casos son todos los que he recopilado, lo cual en mi estadística no he podido observar después de las veinticuatro horas bajas cifras de leucocitos, advirtiendo que a mayor invasión peritoneal mayor cantidad de leucocitos y exudado.

La fórmula leucocitaria, repito, siempre que sea alta y acompañada de fiebre lleva aparejada grave infección.

De la fórmula se puede indudablemente sacar la deducción por la polinucleosis neutrófila el grado de defensas que dispone el organismo, pero para poder darse idea de la fuerza de la infección, o sea, de la extensión y gravedad que puede acarrearnos, yo vengo fijándome en el número de linfocitos y de los basófilos. A mayor gravedad o extensión del mal, menor número de linfocitos se observan; fíjémonos si no en las fórmulas anteriores, por orden correlativo; tienden todas a descender, según las siguientes cifras: 14, 11, 9, 6, coincidiendo estos números bajos con el estado de gravedad del paciente, comprobada quirúrgicamente.

He podido ver, sin embargo, fórmulas altas, con 20.500 leucocitos, y no tener fiebre, sólo ligeros dolores, y pasado el proceso agudo operar el apéndice con signos inflamatorios. Sin embargo, todo enfermo de cuadro apendicular con fórmula alta debe operarse, porque es sin duda portador de alguna afección activa, si no en apéndice, en algún foco dependiente de él. Voy, a este propósito a transcribir la siguiente historia número 4.

F. C., de veinte años, natural de Secarejo (León). Padre, parálisis; hermanos, sanos. Hacía una temporada que venía padeciendo dolores de vientre. Hace unos días le han vuelto a dar esos dolores, y actualmente, desaparecidos; buen estado general, ligeramente desnutrido, reborde orbital ligeramente azulado. Ordinariamente viene trabajando en sus labores agrícolas. En la exploración, zona dolorida a la palpación profunda en fossa iliaca derecha. Fórmula siguiente: 20.500 leucocitos; neutrófilos, 81,5, como siguen: mielocitos, 0; metamielocitos, 0; segmentados, 76,2; de núcleo en cayado, 5,3. Este enfermo es intervenido en perfecto estado, a pesar de esa enorme fórmula. Se encontraba ciego completamente pegado y rodeado de masas duras y adherentes a pared posterior, haciendo muy difícil la ablación del apéndice, cuyo tamaño era de pequeñas dimensiones (2 cm.) grueso y turgente, de aspecto rosáceo. Su extirpación se llevó a cabo sin destruir el mazacote circundante. Sutura de paredes sin drenaje. El curso postoperatorio no fué malo; a las veinticuatro horas, 38°; a los dos días, 37,2; al tercer día, 37,6; al cuarto día, 37,2; al quinto, 37; al sexto se presentan fuertes contracciones dolorosas, de tipo cólico, que se sucedieron por espacio de dos días de una forma tan

aguda, que a pesar del sondaje duodenal y rectal y la enterostomía como último recurso, no fueron suficientes para detener el ileo paralítico por trombosis de mesenterias.

Sin duda, aquí operamos sobre una tromboflebitis a la cual se debía posiblemente esa enorme leucocitosis que llevaba el paciente consigo, la que por motivos del trauma de la intervención, o por una progresión del proceso ya iniciado se exacerbó de una forma tal, que nos lleva al exitus. No he podido aún ver estadísticas serias que nos citen casos de tromboflebitis curadas por drenaje, tanto por medio de tubos como en la forma de Mikulicz. En cambio, si las que dicen que todo ileo por trombosis mesentérica es mortal, y valga este caso desgraciado para apuntar uno más.

Por otra parte, lejos de despreciar el valor de las fórmulas leucocitarias, cada vez les doy más, hasta para las apendicopatías crónicas, al punto de ser éste un dato que refuerce su diagnóstico.

En las apendicopatías crónicas la fórmula da un porcentaje muy elevado de linfocitos. A continuación doy cifras de pacientes con los cuadros abdominales más variados. Ellos fueron intervenidos con signos inflamatorios crónicos, a los cuales se les privó del apéndice, desapareciéndoles todas las molestias.

Gonzalo García, de León, linfocitos por ciento, 45.

Félix Redondo, de Gusendo de Oteros (León), linfocitos por ciento, 61.

Gregorio González, de Villarín (León), linfocitos por ciento, 51.

María Díez, de Villarrodrigo de la Vega, linfocitos por ciento, 49.

Julia Bayón, de Vegamián, linfocitos por ciento, 56.

Este desequilibrio celular en favor de una linfocitosis no pretendo hacerlo patognomónico de las apendicopatías crónicas, pero sí aceptarlo como un dato más en favor de esos cuadros abdominales tan imprecisos que hacen dudar tanto en pro de una apendicectomía.

A los cirujanos se les ha criticado y se nos sigue criticando por nuestro afán a la intervención. Cuando ésta está lejos del mercantilismo, es laudable su uso, especialmente cuando está tan lejos de los peligros que trae una intervención. Pues así como es admisible una laparatomía exploradora para conciliar un diagnóstico, así puede ser plausible el aceptar una apendicectomía en caso de oscuro diagnóstico, siempre con probabilidades o visos sintomáticos de tratarse de un proceso apendicular. Bien justificado está, digo, la intervención, en aquellos casos, cuyos enfermos llevan años arrastrando tras de sí las más diversas molestias, localizadas en distintas partes del abdomen, amén de otras a mayor distancia, tales como adelgazamiento, palidez, anemia, estados neuróticos y asténicos, rebeldes a todo tratamiento, y que la casualidad de una apendicopatía aguda les coloca en el campo de la cirugía, cesándoles posteriormente

las molestias. Nuestro amigo el Dr. CARRILLO me citaba un caso de un paciente que llevaba años con grandes trastornos gástricos rebeldes a todo régimen dietético y terapéutico, con imágenes radiosóscopicas positivas de *ulcus*. Una agudización motiva la extirpación del apéndice, desapareciendo sus molestias totalmente.

Así, pues, a favor de la intervención quirúrgica abogan tanto esos casos clínicos como los estudios histopatológicos realizados por LETULLE, el cual, en investigación de más de 1.000 apéndices humanos, afirma que no encuentran en el adulto ninguno completamente normal; dice: "en todos ellos aparecen los folículos submucosos en algunos puntos del órgano, aumentados de volumen, engrosados, *proliferantes*, deformados y deformadas a su vez las glándulas tuberculares. Estos puntos patológicos están rodeados de una zona esclerosada, restos de una inflamación pasada. Muy a menudo la túnica mucosa y la muscular se hallan más densa y engrosadas. El tejido vísculoconjuntivo que constituye la submucosa se halla también engrosado, condensado y faltó de células grasas. Las apendicitis perforantes agudas se desarrollan en la mayoría de los casos en órganos así previamente alterados".

Esta linfemia que aparece en las apendicitis crónicas es posible que guarde estrecha relación con ese estado *proliferante* de los folículos submucosos que nos señala LETULLE. En el sentido clínico también se ha podido ver cierta relación del apéndice con los órganos linfoideos. HEKTOEN ha demostrado que en las enfermedades de los órganos linfoideos, entre otras la enfermedad de Hodgkin, los folículos del apéndice se hallan invadidos. AGOSTONI emplea el bismuto en el tratamiento de la apendicitis aguda, con éxito, por la semejanza encontrada entre las amígdalas y apéndices. PRULACHS y otros ensayan este tratamiento en el plastrón apendicular, en el que afirman una rápida resolución. Estos autores no dan una conclusión si el tratamiento bismútico permite una intervención más precoz, pero dicen que facilita la técnica de las apendicectomías. Sobre este particular puedo decir que el plastrón que se forma en la apendicitis aguda desaparece con gran rapidez; véase el siguiente historial número 5:

Enferma E. D., de doce años, hace catorce días le empezó un fuerte dolor, seguido de vómitos muy amargos; tuvo algo de fiebre, estuvo unos días con hielo, pero le pasó el dolor; a los ocho días de su comienzo le vuelven de nuevo a acometer los dolores, y se siente con fiebre, cada vez peor; ahora siente que se le "hincha el vientre y le duele mucho al tocarlo". Ingresa con 38° de fiebre, meteorismo de todo el vientre, mucho más marcado desde zona umbilical a epigastrio; en ambas fosas ilíacas, dos zonas duras aisladas y muy sensibles. Estado general muy alarmante, marcada palidez, se quedó mucosa y lengua; fórmula, 30.200; linfocitos, 14; basófilos y eosinófilos, 0.

**Intervención.**—Abierto peritoneo, hay un enorme plastrón de epíplon sumamente endurecido y unido hacia abajo, con un asa intestinal del ileon. Lograda salvar esta dificultad con grandes esfuerzos, se consigue aislar apéndice, respetando todos los medios de defensa creados

por las adherencias. En medio de una enorme cantidad de neoformaciones circundantes del apéndice, brotan oleadas de pus, que se mezclan con las emisiones sanguíneas procedentes del despegamiento. Extirpado el apéndice por su base, es extraído en medio de un conglomerado impreciso, presentando forma de espiral. Esta espiral la formaban el apéndice y su meso. Este rodeaba a aquél en forma de funda, el que al tirar del apéndice se extraía (valiéndome de un *simil*) como un sable de su vaina. Lo particular de este apéndice es que no se veía la menor alteración de sus paredes en cuanto a grosor o turgencia. Solamente en vértice se encontraba perforado, no puedo decir si por el proceso infectivo o por las maniobras de aislamiento. Creo más bien que por estas últimas, ya que no daba señales de necrosis en ningún punto. El asa inferior del ileo estaba tan fuertemente unida a otra cubierta de exudado organizado, que no dejaba ver la configuración de sus paredes distendidas. El epíplon mayor estaba fuertemente adherido a paredes y masas intestinales, que no había forma de explorar fossa iliaca izquierda en pos de algún absceso. Cierre cavidad con drenaje, espolvoreo pental estéril, quedando las induraciones antes citadas en ambas fosas. Al día siguiente de la intervención empiezo a incorporar supositorios de (Laringobis) bismuto cada dos días; a los cuatro días no se nota apenas induración; a los seis días, flemón subcutáneo; a los ocho días no se nota dureza de ningún plastrón.

En las historias que menciono he cogido particularmente las que se han formado flemón subcutáneo. Ellas me han servido para adoptar la siguiente táctica.

En toda apendicitis aguda supurada o no, cuando no quedan zonas necróticas o porciones condenadas al esfacelo, siempre después de limpiar todo exudado o secreción purulenta espolvoreo cavidad peritoneal con pental estéril y cierre completamente peritoneo, no habiendo encontrado ni un caso con signos de peritonitis ni absceso intraabdominal. Las historias que cito a los cinco o seis días, lo más hasta los doce, he podido comprobar cómo se forma un flemón subcutáneo. Esto es debido a que el tejido celular tiene peores defensas que el peritoneo, y al hacer las maniobras de limpieza de los productos sépticos, éstos contaminan los espacios tisulares, dando lugar a los flemones que se mencionan. Para salvar este inconveniente he optado por drenarlo solamente a él, o sea, que al suturar piel, de un extremo a otro de la incisión pase un tubo, por el que hago correr a los dos días una solución de rivanol, que arrastra todos los exudados sanguinolentos que puedan derivarse de las exéresis. De esta forma no he visto más flemones subcutáneos, y todos mis operados de apendicitis agudas con secreciones purulentas han sido dados de alta por curación de los ocho a los diez días. En la historia anterior me llamó la atención no haber tenido la enferma fiebre después de operada, ni en la formación del absceso. Achaco esto posiblemente a la acción de los supositorios de bismuto, pues todos los demás casos en la colección purulenta se eleva la temperatura a pesar de la sulfamidotterapia. Otro detalle que llama la atención en esta apendicectomía es el estado de las paredes. En los casos agudos el apéndice apenas abrir peritoneo salta a la vista por su enorme grosor, su brillantez, que parece resbalarse de los dedos, y, sin em-

bargo, aquí le vemos enguantado en su meso, almohadillado por enormes organizaciones que le circundan, sin que macroscópicamente veamos en él ninguna alteración.

Sobre esta particularidad voy a añadir este último historial número 6:

S. S., de treinta años, soltero, natural de Genestosa; sin antecedentes morbosos familiares. Hace tiempo viene padeciendo de dolores de estómago. Al ingresar en la clínica lleva cuarenta y ocho horas con fuertes dolores de vientre; le empezaron de "golpe", que no los "resistia"; después le vinieron unas "vómitos" de "bilis" muy amargos. Trae diagnóstico de apendicitis aguda; no pude recoger más sintomatología que un vientre flácido (morfina), pulso 120; T., 28. Facies congestiónada, desenajada, sensación de angustia, aspecto peritonítico.

En la intervención esperaba encontrar al abrir peritoneo el exudado más o menos abundante, o un apéndice turbante, etc., pero no he podido evidenciar otra cosa que un epiplón grueso, duro al tacto con sensación pastosa en todas las zonas circundantes al ciego.

Con gran cuidado en no remover asas, voy en pos de apéndice, en espera de encontrarlo como corrientemente, grueso, turbante, relleno, infiltrado o con necrosis. Nada de eso resultó a la comprobación. Se presenta, pues, sin alteración alguna. En ningún punto de sus paredes aparece el menor signo inflamatorio macroscópicamente. Al comprobarle posteriormente incidiéndole en toda su longitud, se aprecian en su interior zonas densas, esclerosadas, las que daban la sensación de dividir el órgano en varios compartimientos. En mucosa aparecían algunos puntos negros diseminados, de un tono algo violáceo, como si dieran la sensación de ser focos murales de apoplejía cavitarios. Aquí, pues, operamos un foco séptico abdominal, con sintomatología pura de apendicitis aguda, sin exudados e inflamación epiploica, sin que encontrásemos el menor signo de alteración inflamatoria por parte del propio apéndice. ¿Dónde, pues, cabe suponer el foco de partida? Sin duda fué el apéndice; bien por vía linfática, hematogena o por continuidad a través de filtraciones sépticas por permeabilidad de sus paredes a partir de esos puntos patológicos, o esclerosados que cita LETTULLE en sus estudios, los cuales pueden coincidir con los señalados anteriormente en este caso de esas zonas esclerosas que hemos ya aludido.

La evolución clínica de la penúltima historia parece reforzar mi opinión sobre este particular. Esta enfermedad se interviene en un estado semicadavérico, recobra el estado general y mejora extraordinariamente, pero a los once días nos complica la situación la presencia de una supuración, la cual va seguida de un ileo completo, incorregible, con sonda duodenal y rectal. En la tentativa de hacer una enterostomía, pudimos ver un conglomerado confuso de asas intestinales en fosa ilíaca izquierda en pleno dominio de un absceso formado en dicho territorio, drenado hacia el lado derecho de la incisión apendicular. Es decir, que apéndice intacto o con escasa lesión ha sido dable el formar un absceso intraabdominal a distancia del tracto cecal.

#### RESUMEN.

1.º La apendicitis no es una dolencia que se diagnostique en todos los casos con facilidad, pudiendo su sintomatología presentar un cuadro muy variado.

2.º Las leucocitosis altas, con cifra baja de linfocitos, acusan gran invasión o traducen el grado de virulencia del proceso apendicular.

3.º Las apendicitis crónicas dan una fórmula con cifra alta de linfocitos.

4.º El apéndice puede ser el punto de partida de procesos periappendiculares; de focos sépticos con supuración a distancia por vía linfática, hematogena, o por penetración a través de sus paredes, sin que éstas tengan infiltrado inflamatorio, dando un cuadro clínico a pesar de ello de apendicitis aguda.

5.º En los casos sépticos, un drenaje subcutáneo evita las supuraciones postoperatorias, sin retrasar el tiempo de curación.

#### SUMMARY

1. Appendicitis is not a disease which is easily diagnosed in all cases, since its symptomatology may manifest itself in various ways.

2. High leucocytosis with a low lymphocyte figure argues an intense invasion or leads to the degree of virulence in the process of appendicitis.

3. Chronic appendicitis gives a formula with a high lymphocytic count.

4. The appendix can be the origin of periappendicular processes, of septic foci with suppuration at some distance through the via lymphatica, the via haematogena or by penetration through the walls, although the latter may not have inflammatory infiltration, thus giving the signs of acute appendicitis.

5. In septic cases, subcutaneous drainage avoids post-operative suppuration without lengthening the time of recovery.

#### ZUSAMMENFASSUNG

1. Die Appendicitis ist nicht in allen Fällen leicht zu diagnostizieren, weil die Symptomatologie sehr verschiedenartig sein kann.

2. Grosse Leukozytose mit niedriger Lymphozytenzahl zeugt für eine starke Invasion und gibt den Grad der Virulenz der Blinddarmentzündung an.

3. Die chronischen Appendicitis haben eine hohe Lymphozytenzahl im Blutbild.

4. Der Appendix kann der Ausgangspunkt für periappendikuläre Prozesse sein, für septische Eiterherde, die weit entfernt liegen und auf dem Lymph- oder Blutwege zustandekommen oder auch durch Penetrieren seiner eigenen Wand, ohne dass dieselbe selbst durch einen Entzündungsprozess infiltriert ist. Trotzdem kann es zum klinischen Bild der akuten Blinddarmentzündung kommen.

5. In den septischen Fällen verhindert ein subkutaner Drain die postoperatorischen Eiterungen, ohne dass dadurch die Heilungszeit verlängert wird.

## RÉSUMÉ

1.<sup>o</sup> L'appendicite n'est pas une maladie qui puisse être diagnostiquée facilement dans tous les cas, car sa symptomatologie peut présenter un cadre très varié.

2.<sup>o</sup> Les leucocytoses élevées, avec un chiffre bas de lymphocytes accusent une grande invasion ou traduisent le degré de virulence du processus appendiculaire.

3.<sup>o</sup> Les appendicites chroniques fournissent

une formule avec un chiffre élevé de lymphocytes.

4.<sup>o</sup> L'appendice peut être le point de départ de processus périappendiculaires de focus septiques avec suppuration à distance par voie lymphatique, hématogène ou par pénétration à travers de ses parois sans que celles-ci aient un infiltré inflammatoire, fournissant malgré tout un cadre clinique d'appendicite aigüe.

5.<sup>o</sup> Dans les cas septiques, un drainage subcutané évite les suppurations post-opératoires sans retarder le temps de guérison.

## COMUNICACIONES PREVIAS

NUEVA TECNICA DE DÍAGNOSTICO RADIOGRAFICO APLICABLE A ORGANOS Y ESTRUCTURAS RETROPERITONEALES, MEDIASTINICAS Y CERVICALES

M. RUIZ RIVAS.

Esta técnica se funda en la obtención de un enfisema que nos proporcione el contraste del tejido celular perivisceral; retroperitoneal en el caso de la pelvis y del abdomen; retropleural y mediastínico, en el caso del tórax, y cervical cuando se establece el enfisema en el cuello.

La inyección gaseosa la practicamos en el conducto sacro, atravesando piel, tejido celular, el ligamento sacro-coxígeno, pero igualmente se puede practicar entre dos vértebras de cualquier región de la columna vertebral. La inyección gaseosa siempre debe ser extradural. En la práctica es muy fácil el asegurarse de que la punta de la aguja está situada extraduralmente. Se puede emplear cualquier gas que no irrite los tejidos. Nosotros empleamos de preferencia el oxígeno, la mezcla de oxígeno y helio y el helio puro. El aire atmosférico no debe usarse, puesto que se prolongan mucho las molestias que se derivan de la existencia de un enfisema tan generalizado.

Cuando se utiliza el oxígeno al 100 por 100 ó la mezcla de oxígeno con helio, junto con la obtención del contraste obtenemos un efecto no despreciable, ya que nuestra obligación es la de cumplir nuestra misión diagnóstica con la menor molestia para el paciente, basado en la función antiálgica del oxígeno. Las molestias producidas por el enfisema son menores y desaparecen con mayor rapidez.

El mecanismo por el cual se deshace el orga-

nismo de la cámara gaseosa, o mejor, de las múltiples cámaras gaseosas extendidas por el organismo nos es perfectamente conocido y está regido por leyes físicas<sup>1-2</sup>.

El gas situado entre el canal óseo y la duramadre pronto encuentra numerosos y fáciles intersticios de salida (los espacios situados entre los agujeros sacros y los agujeros intervertebrales y las correspondientes vainas de las raíces nerviosas). A través de ellos se difunde lentamente el gas por el tejido celular de la pelvis, abdomen, tórax y cuello, y si bien no nos es dado crear un enfisema selectivo, sí podemos acentrarlo y dirigirlo a la región anatómica que nos interese. Para ello manejamos convenientemente factores como son el punto de inyección, la presión y cantidad del gas injectado, la postura del enfermo, etc. Así se consigue hacer progresar el gas a lo largo de las vainas nerviosas y vasculares, a lo largo del tejido celular laxo situado entre los órganos, fascias y capas musculares, etcétera.

Existen en la actualidad numerosos procederes diagnósticos basados en la inyección de aire para obtener un contraste radiográfico, por ejemplo, el neumorrión, el neumoperitoneo, etc. Sobre el neumorrión diremos que, basados en los pocos casos que llevamos realizados con nuestra técnica, la imagen renal y suprarrenal que se consigue por la vía extradural es tan perfecta como la que se consigue por punción directa; en cambio, tiene sobre ella importantes ventajas. La punción es única y se obtiene la imagen de los dos riñones; los puntos por donde sale el gas son múltiples, por lo que se obtiene una distribución más homogénea del enfisema creado. No tiene los peligros y, por lo tanto, no hace falta tomar las precauciones que son necesarias para la doble punción pararrenal.