



N.º 3248

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

APENDICITIS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LAS COMPLICACIONES VÉSICO-RENALES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LORENZO PARODI



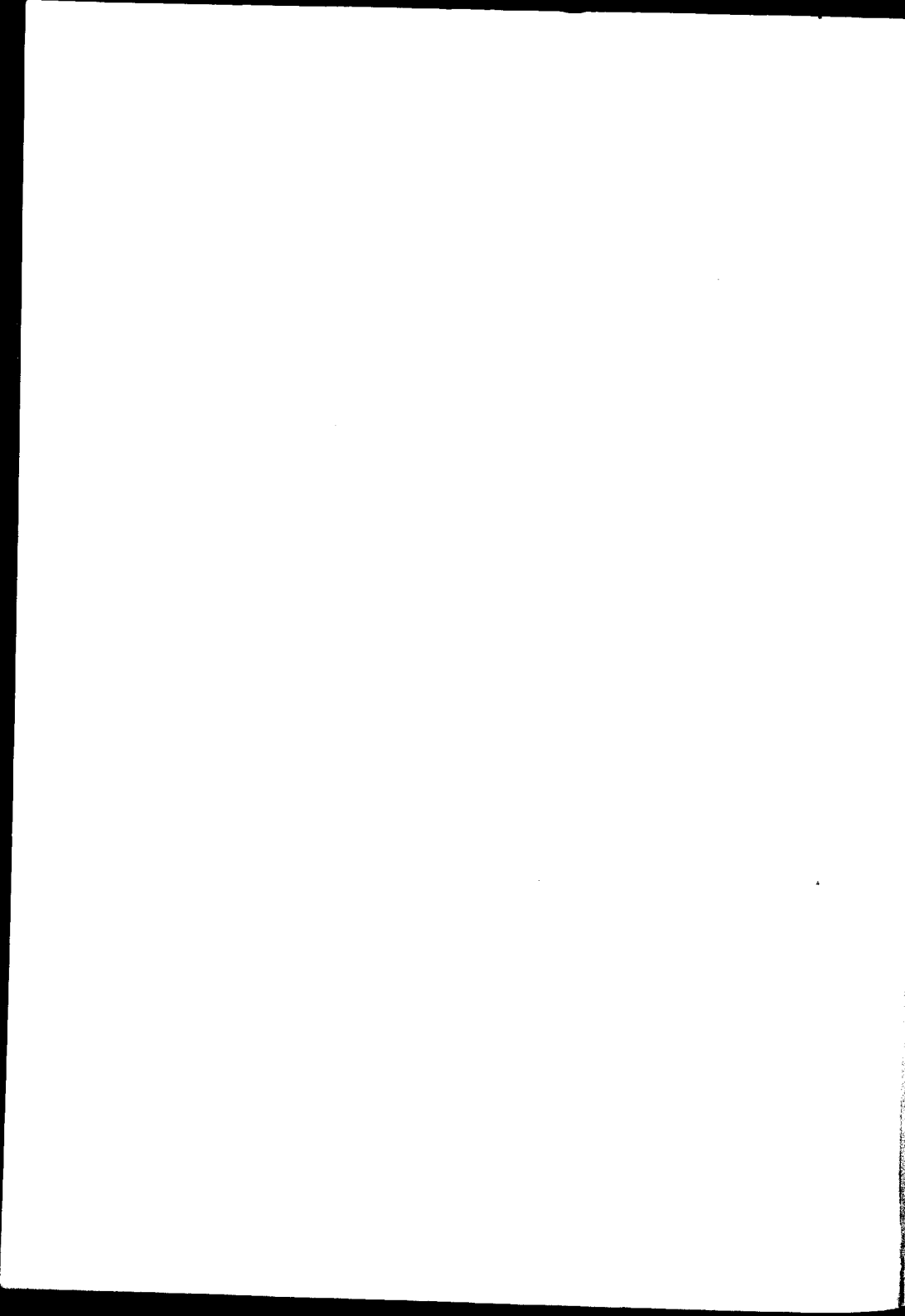
BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
2254 - Córdoba - 2254

1917

APENDICITIS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LAS COMPLICACIONES
VÉSICO-RENALES



Año 1917

N.º 3248

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

APENDICITIS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LAS COMPLICACIONES VÉSICO-RENALES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LORENZO PARODI



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

2254 — Córdoba — 2254

1917

*Mano
de
997*

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

(Artículo 162 del R. de la F.)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros titulares

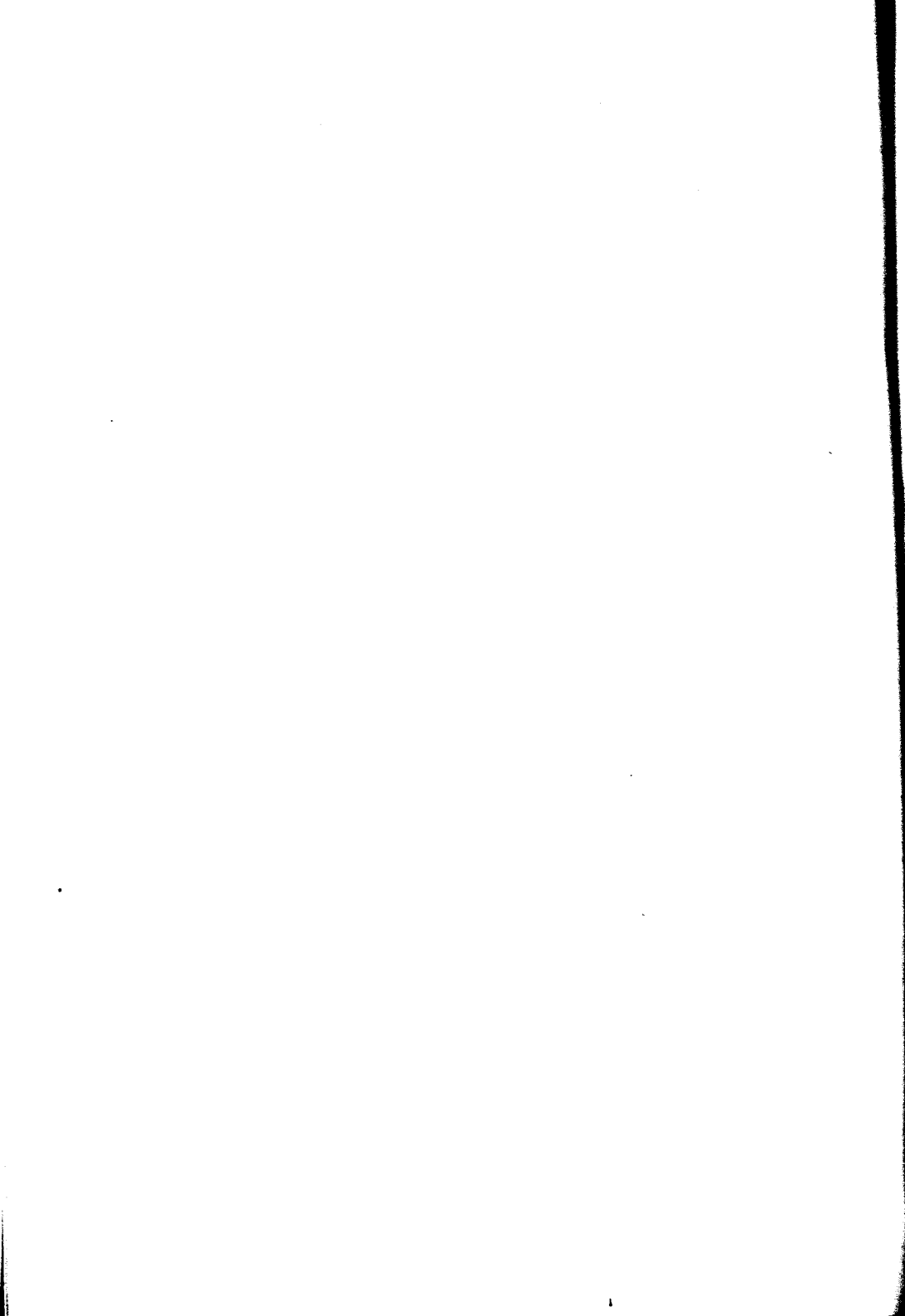
1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRAN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO F. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRED
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO

Secretario general

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Secretario anual

Vacante.



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMAGO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

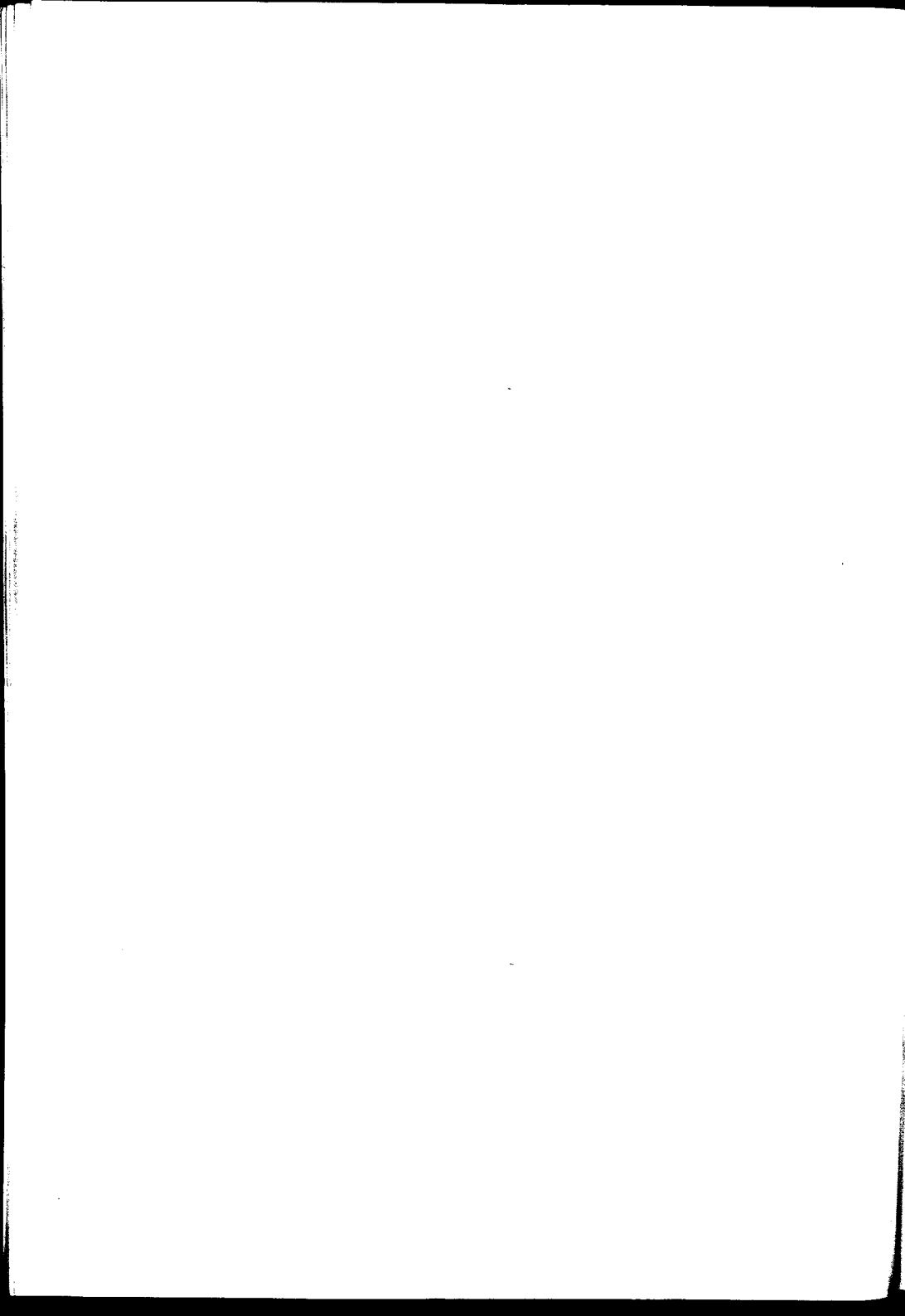
DR. D. CARLOS MALBRÁN

Consejeros

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

Secretarios

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



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

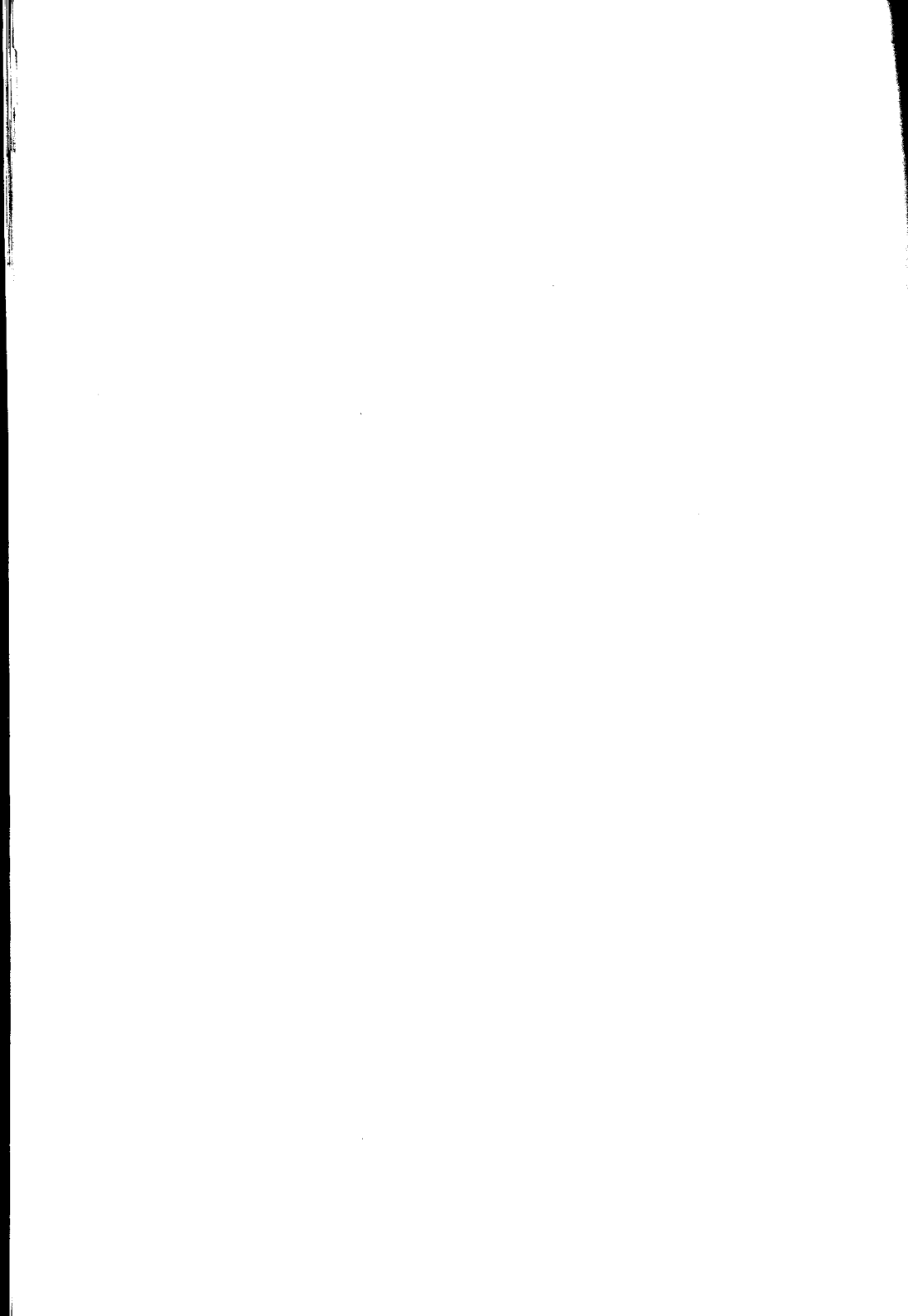
» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

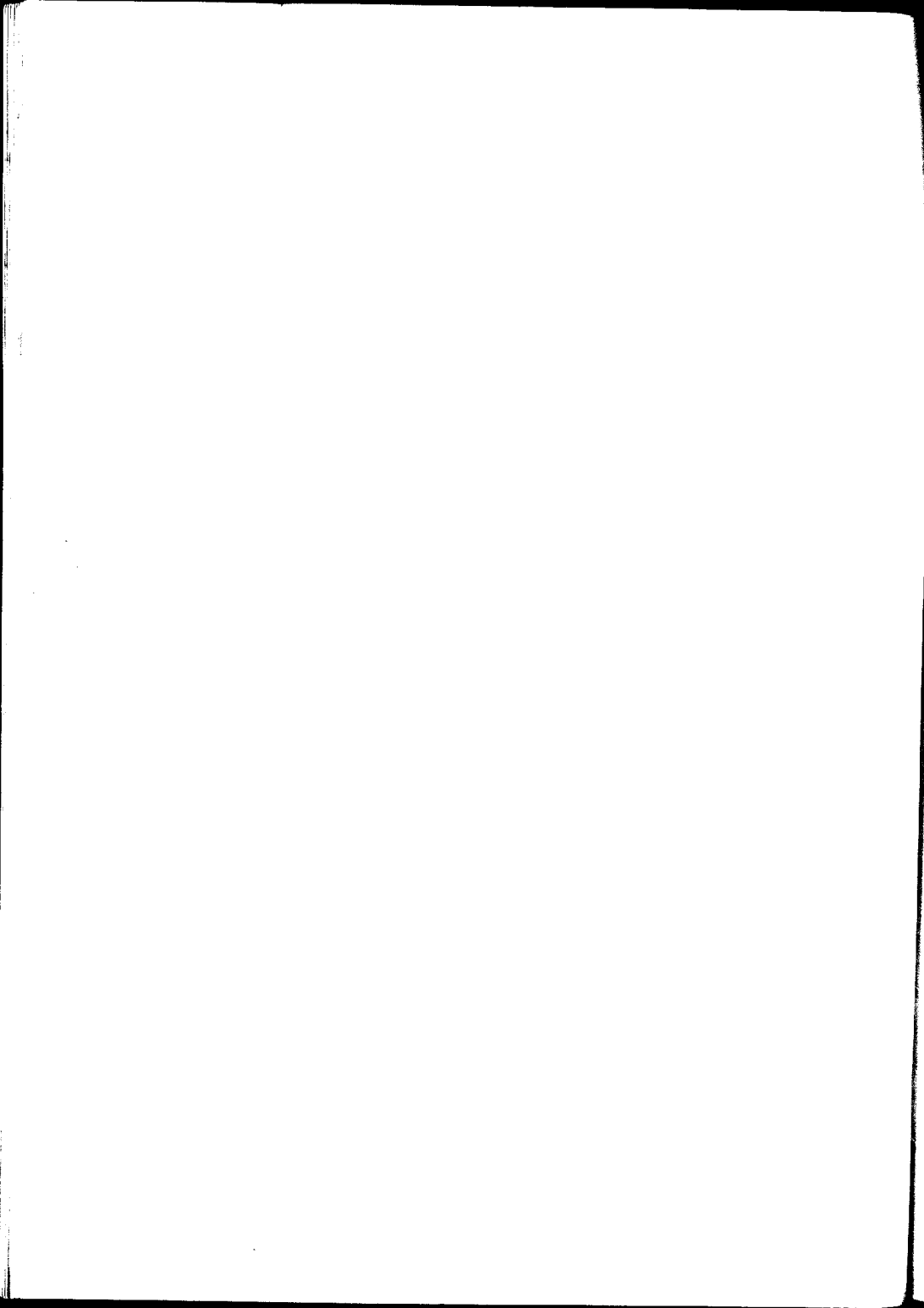
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.....	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	" GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	" SILVIO E. PARODI
	" EUGENIO A. GALLI
Fisiología general y humana.....	" FRANK L. SOLER
	" BERNARDO HOUSSAY
	" RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	" SALVADOR MAZZA
Química Biológica.....	" BENJAMIN GALARCE
Higiene médica.....	" FELIPE A. JUSTO
	" MANUEL V. CARBONELL
Semeiología y ejercicios clínicos...	" CARLOS BONORINO UDAONDO
	" ALFREDO VITÓN
Anatomía patológica.....	" JOAQUÍN LLAMÍAS
Materia médica y Terapia.....	" ANGELO H. BOFFO
Medicina operatoria.....	" JOSÉ MORENO
	" ENRIQUE PINOCCHIETTO
Patología externa.....	" CARLOS ROBERTSON
	" FRANCISCO E. CASTRO
	" CASTELFORT LUGONES
	" NICOLÁS V. GRECO
Clinica dermato-sifilográfica.....	" PEDRO L. BALIÑA
" génito-urinaria.....	" JOAQUÍN NIN POSADAS
" epidemiológica.....	" FERNANDO R. TORRES
" oftalmológica.....	" FRANCISCO DESTÉFANO
" oto-rino-laringológica.....	" ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	" ENRIQUE B. DEMARIA (en ejercicio)
	" ADOLFO NOCETTI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARTÍN CASTRO ESCALADA
	" PEDRO LABAQUI
Patología interna.....	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARLARO
	" EDUARDO MARINO
	" JOSÉ ARCE
	" ARMANDO B. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
Clinica quirúrgica.....	" ROBERTO SOLÉ
	" PEDRO CHITTO
	" JOSÉ M. JORGE (H.)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO E. LANDIVAR
	" JUAN JOSÉ VITÓN
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. BULGRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCIBERO
" médica.....	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" JOSÉ DESTÉFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" JUAN JACOBO SPANGENBERG
	" MAMERTO ACUNA
" pediátrica.....	" GENARO SIETO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWARTZ
	" JUAN CARLOS NAVARRO
" ginecológica.....	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS E. CIRIO
	" OSVALDO L. BOFFARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" ALBERTO PERALTA RAMOS
" obstétrica.....	" FAUSTINO J. TRONCÉ
	" JUAN B. GONZÁLEZ
	" JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
" neurológica.....	" ENRIQUE A. BOFFO
	" ROMULO H. CHIAPPORI
	" VICENTE DIAMITRI
	" JOAQUÍN V. GNECCO
Medicina legal.....	" JAVIER BRANDAM
	" ANTONIO PODESTÁ



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc..... DR. J. C. LLAMES MASSINI

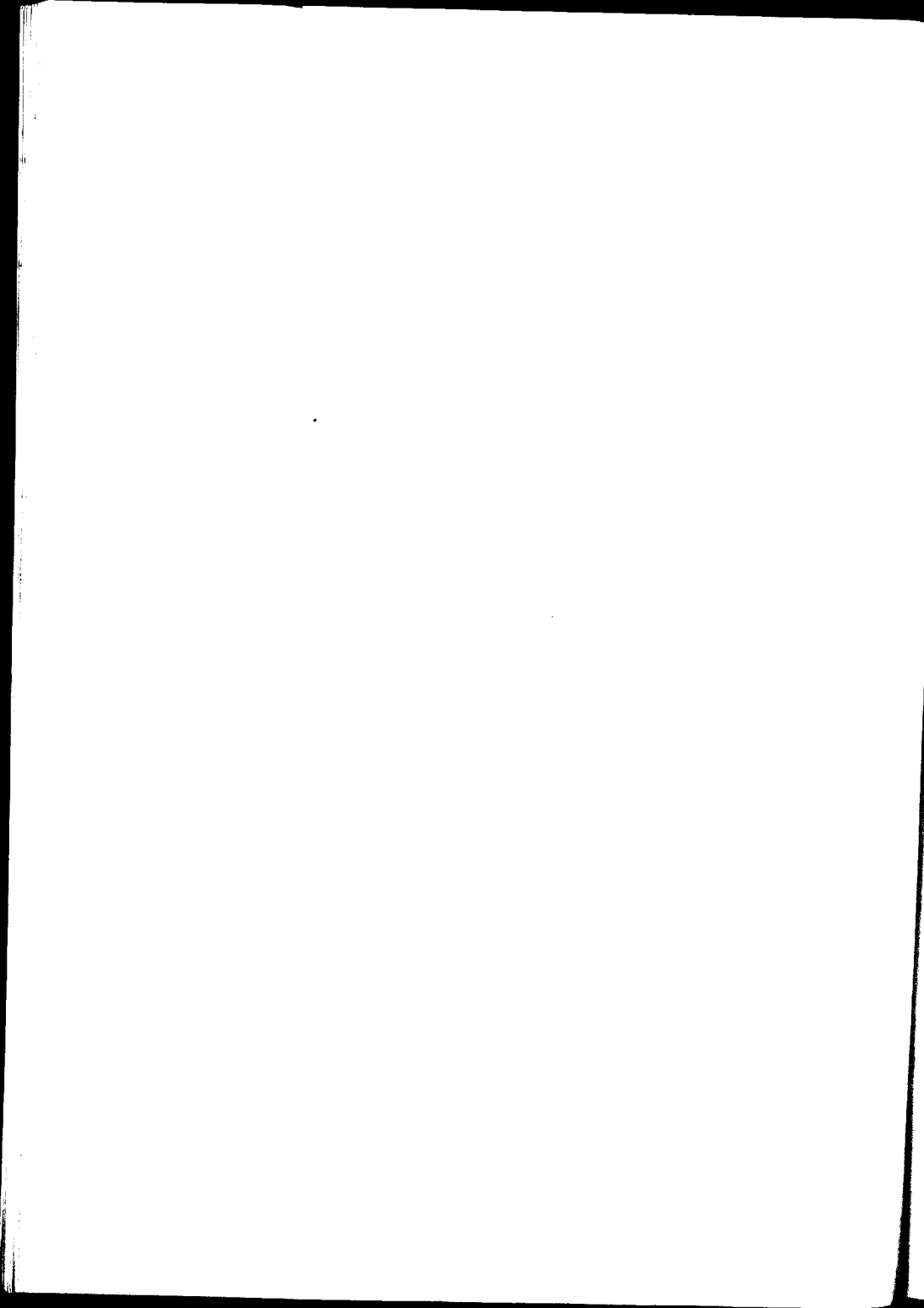
Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clinica obstétrica..... DR. FANOR VELARDE

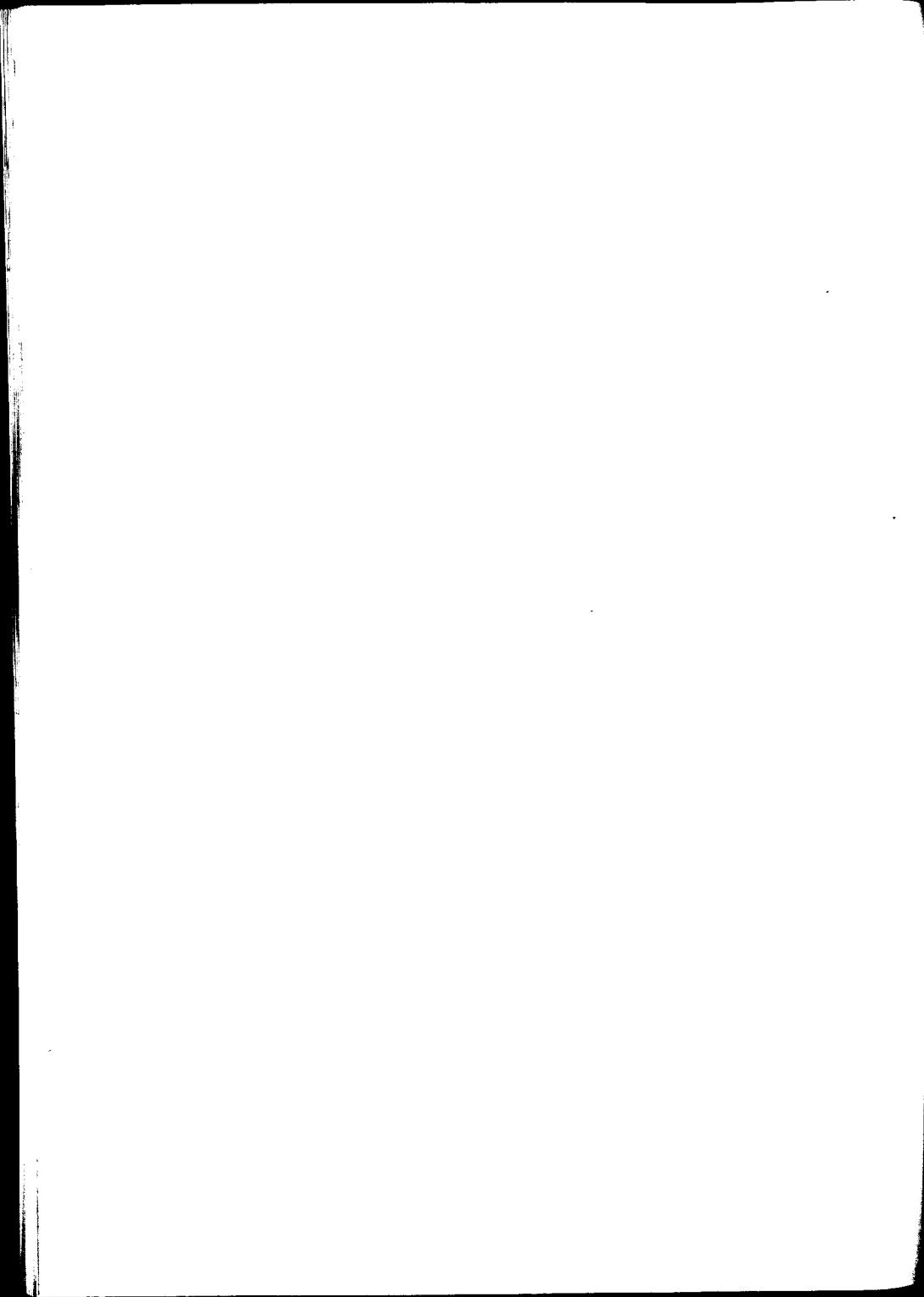
Puericultura..... » UBALDO FERNANDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	DR. JULIO J. BATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

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



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

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

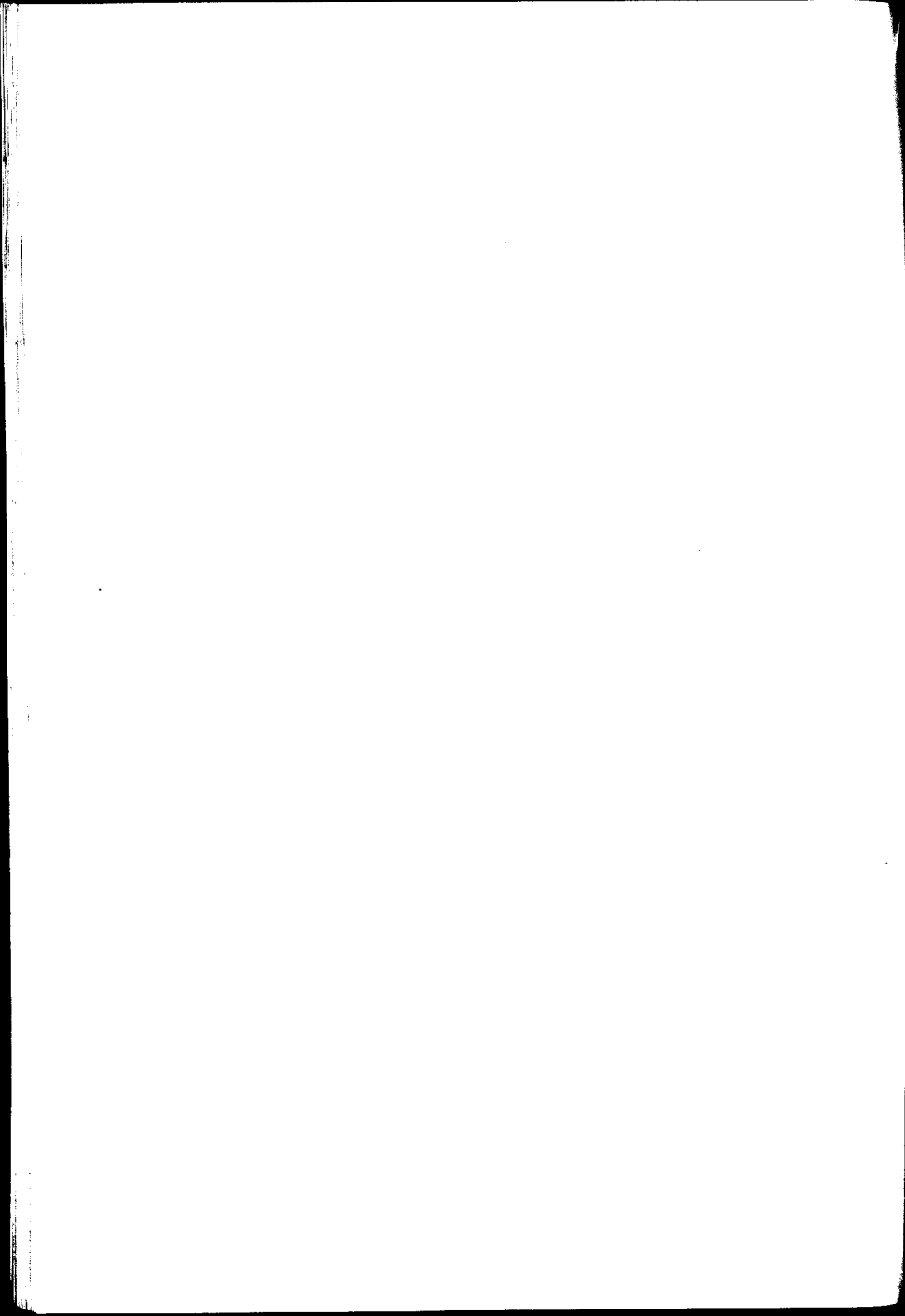
Catedráticos sustitutos

DR. ALEJANDRO CABANNE
* TOMÁS S. VARELA (2.^o año)
SR. JUAN M. CARREA (Prótesis)

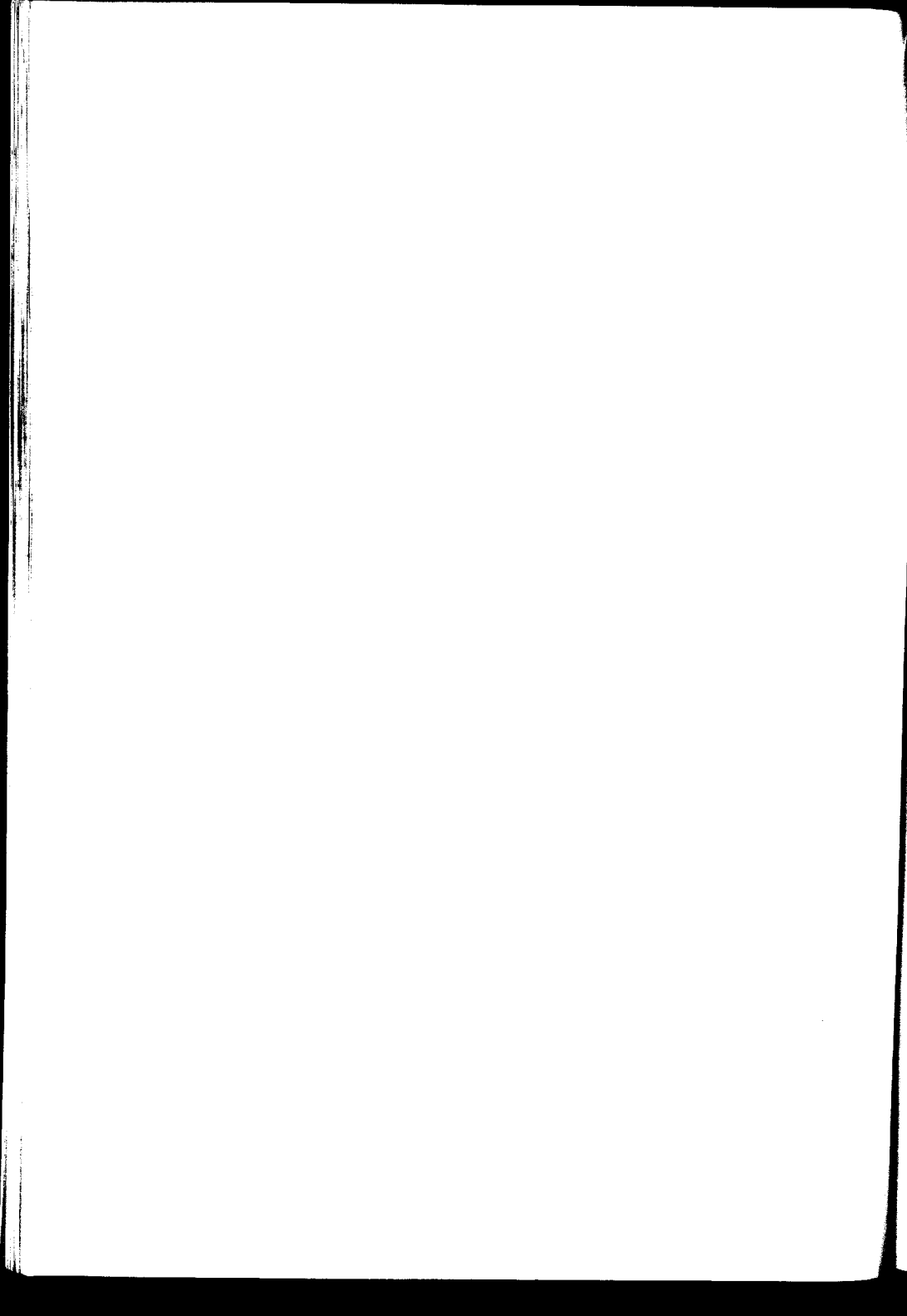


PADRINO DE TESIS

DOCTOR ZACARÍAS PRINI



A MIS PADRES



A LA MEMORIA DE MI HERMANA LUCRECIA



A MIS HERMANOS Y A LOS MIOS

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

En este momento solemne, al abandonar la banca de estudiante, hago expresión de gratitud a todos aquellos que fueron mis maestros; aquellos que con empeñoso esfuerzo trataron de inculcarme su saber; su ciencia, y su experiencia.

Debo también significar al presentaros la última prueba que la Facultad exige como complemento de los estudios de Medicina, la profunda emoción que experimenta el que por primera vez presenta un trabajo de esta índole ante una corporación científica.

Pero habeis sido tan benevolentes durante los estudios que la han precedido, habeis demostrado tantas veces la satisfacción con que presenciais los esfuerzos de los que recién se inician en la dificultosa senda del saber, que si

una profunda emoción me embarga al presentaros mi trabajo inaugural, lo hago también con el júbilo, que comunica la seguridad del triunfo próximo, fundado, no en los méritos que aquel pueda encerrar, sinó más bien en la magnanimidad de los que han sido llamados a juzgarlos.

CAPÍTULO I

ANATOMIA

La situación del apéndice en la cavidad abdominal nos explica las diferentes propagaciones de las inflamaciones apendiculares. La anatomía nos enseña que es muy variable. Testut en su tratado de anatomía da la estadística de Laforgue: 200 sujetos examinados a este punto de vista especial han dado el siguiente porcentaje:

41,5 el tipo descendente, en el cual el apéndice se encuentra en la pequeña pelvis, al contacto, de la vejiga, del recto, del útero.

19,5 se dirige hacia adentro, poniéndose en relación con las ansas delgadas.

13 el tipo ascendente: se aplica contra la cara posterior del ciego y del colon para remontar hasta el riñón y el hígado.

9,5 se dirige hacia adentro.

Otra estadística aquella de Fergusson que es hecha con 200 casos en todo comparable a la precedente da las cifras siguientes:

37,5 el apéndice remonta atrás del ciego.

9,5 es externo.

9, está dirigido hacia adentro poniéndose en relación con las ansas delgadas,

5,5 solamente está colocado en la pequeña pelvis.

De estas observaciones sacamos esta conclusión que se impone: la posición y la dirección del apéndice son esencialmente variables.

Hay tantas variedades de apéndice como individuos; todo se ve. Sin embargo comparando las dos estadísticas, deducimos que en bloc las posiciones las más frecuentes son:

1.^o El apéndice subiendo detrás del ciego hacia el riñón: 37 casos de Fergusson, 13 de Laforgue.

2.^o El apéndice que desciende en la pequeña pelvis: 41,5 caso de Laforgue y 5'5 Fergusson.

Sin insistir más, diremos que estas posiciones así diversas nos permiten explicar las reacciones de las diferentes partes del aparato urinario en el curso de la apendicitis.

En fin y para el caso particular de los trastornos vesicales diremos una palabra de la ectopía del apéndice, tratada por M. Duret: «La vejiga y el apéndice pueden entrar en contacto y las lesiones patológicas repercutir

de uno de los órganos al otro; es esto por otra parte siempre que el apéndice se coloca delante de la vejiga. Se le puede encontrar detrás del ombligo, arriba de la vejiga, atrás del pubis. Se lo ha observado cruzar el receptáculo urinario y ocupar la fosa ilíaca izquierda. Con mayor frecuencia todavía cae en la pelvis y se encuentra en posición baja en la excavación, en la cavidad de Douglas, entre la vejiga y el colon pelviano, la ampolla rectal en el hombre, entre el útero y la vejiga en la mujer».

Si la vejiga no está por delante del apéndice, el riñón derecho puede estarlo; la nefrotopsis es en efecto frecuente de este lado y en su caída el riñón puede fácilmente ponerse en contacto con el apéndice o mismo cruzar este órgano.

Los hechos anatómicos que hemos expuesto tan brevemente nos parece que puede explicarnos suficientemente los trastornos urinarios.



CAPÍTULO II

ANATOMIA PATOLÓGICA

Los hechos y documentos nuevos que enriquecen cada día la historia de la apendicitis, muestran que esta enfermedad no es solamente dañosa por los accidentes que ella determina sobre el lugar, pero que puede ser el punto de partida de complicaciones repercutiendo sobre órganos más o menos alejados del apéndice o sobre el estado general.

Dieulafoy ha demostrado que el foco apendicular constituye un centro donde, bajo la acción de una abundante pululación microbiana a virulencia exaltada, se elaboran una gran cantidad de toxinas donde la penetración en las vías de la circulación sanguínea puede determinar graves accidentes de intoxicación.

Por otra parte, por vía linfática, por vía venosa o por

intermedio de adherencias inflamatorias y patológicas, migraciones bacterianas emanadas del foco apendicular pueden desarrollarse en diversos órganos y formar focos secundarios de inflamación aguda o crónica.

Las relaciones del apéndice con los órganos de la pequeña pelvis se aclara y se precisa todos los días. Se conocen mejor las relaciones anatómicas (repliegues peritoneales, ligamento apéndice-ovárico, afirmado por Clado, negado por Barnsby, pero que se encuentra en muchos sujetos) o patológicas (adherencias inflamatorias recorridas por linfáticos infectados) que existen entre los diversos órganos de la pequeña pelvis y que por una solidaridad normal o accidental, explican cómo una inflamación desarrollada en un órgano puede contaminar otro.

Las consideraciones precedentes nos hacen ver las diversas inflamaciones de los órganos abdominales a un punto de vista menos exclusivo y nos demuestran que en el curso de su evolución patológica puede establecerse entre estos diversos órganos una solidaridad mórbida.

Esta noción nos lleva a pensar que los órganos urinarios, la vejiga en particular, deben poder ser atacados secundariamente por una inflamación que parte de un foco apendicular.

Se nota en el curso de las afecciones abdominales las más diversas, trastornos vesicales variados, siendo la más frecuente la retención, siendo puramente de origen reflejo. En la apendicitis estos fenómenos se encuentran algu-

nas veces, aun cuando el foco apendicular está alejado de la vejiga.

Nos hemos preguntado si, en ciertos casos, se pueden encontrar lesiones vesicales descendentes; en efecto: el riñón y el uréter pueden ser atacados por la inflamación apendicular. Riese ha hecho dos comunicaciones, correspondiendo: la una a un joven de 17 años, la otra a una joven niña de 15 años que, en el curso de una serie de ataques apendiculares, han presentado fenómenos de pielitis derecha perfectamente caracterizada; en el primer enfermo atacado de retención aguda de orina, se encuentra en la intervención una infinidad de adherencias, que se extienden alrededor del uréter derecho y de los vasos ilíacos, cerca de su bifurcación; poco después una segunda intervención en el curso de la cual se encuentran las adherencias, las orinas eran purulentas durante algunos días. En el segundo sujeto que tuvo brusca ascensión térmica, coincidiendo con la aparición de un tumor de la región renal derecha con polakiuria sin cistitis, se encuentra el apéndice rodeado en medio de una masa de falsas membranas que envuelven también los vasos ilíacos y el uréter comprimido. Algunos días después se pone a descubierto el riñón y la parte superior del uréter; se encuentra allí el bacinete muy dilatado.

Nótese que los enfermos eran jóvenes; si hubieran sido de edad avanzada, probablemente habrían hecho una cistitis descendente.

Abscesos pelvianos alejados de los focos apendiculares.

—Se han encontrado estos abscesos en casos de apendicitis perforante a marcha aguda; la evolución es entonces rápida. Se los ha encontrado en casos de apendicitis a recaída a marcha lenta. Se han encontrado abscesos entre las ansas de intestino delgado cerca del ciego, en la fosa ilíaca izquierda, bajo el diafragma, en fin, en la parte superior de la vejiga. «En cuatro casos, dice Brun, al lado del foco principal peri o retro-cecal e independiente de él, he encontrado focos que no hubiese podido descubrir a no ser las manipulaciones a las cuales me entregué buscando el apéndice. Un sitio de predilección de estos focos me parece ser la parte la más interna y la más inferior de la región cecal hacia atrás del músculo recto, en la vecindad de la vejiga». Brun, Jalaguier, Nélaton, Regnier, atribuyen estos abscesos a una especie de septicemia intermediaria entre la peritonitis generalizada y la peritonitis enquistada.

Estos abscesos se presentan como peritonitis enquistadas y particularmente en los casos de Brun, vejiga, intestino delgado y gran epiplón aglutinados por falsas membranas contribuyen a constituir las paredes del absceso. Sucede a menudo que un foco de peritonitis plástica, lo une al foco peri-cecal concomitante; es debido a esto que Nélaton las ha denominado «peritonitis enquistada a focos múltiples».

Estos abscesos secundarios evolucionan por su propia cuenta; tienden a evacuarse en los órganos vecinos, en el

peritoneo o al exterior. Pueden en particular evacuarse en la vejiga.

Abscesos pelvianos en comunicación con abscesos ilíacos.—El absceso pelviano puede ser continuación de un absceso hipogástrico o ilíaco, que él mismo por su límite superior llega a un apéndice elevado; estos son abscesos llamados en reloj de arena, presentando entre las dos bolsas pelviana e ilíaca un estrangulamiento.

La inflamación se dirige según las leyes de la pesantez de la fosa ilíaca hacia la pequeña pelvis, punto declive. Otras veces hacia adelante. Se ha visto, en fin, abscesos tocar la punta del globo vesical.

Lesiones vesicales por propagación directa.—La gran mayoría de las lesiones vesicales de origen apendicular es debida a propagación directa del proceso inflamatorio, es decir, que este, nacido del apéndice, gana directamente la vejiga sin alcanzar antes otra parte del aparato urinario.

Esta propagación directa puede seguir dos grandes vías: *a)* la vía extra-peritoneal; *b)* la vía intra-peritoneal.

A) Vía extra peritoneal.—La apendicitis una vez constituida, la inflamación puede propagarse hacia la pared abdominal, particularmente al tejido célula-adiposo sub-peritoneal. Se produce entonces un flemón de origen apendicular. La cavidad de Retzius puede inflamarse y

la vejiga estar lesionada sin que el peritoneo haya sido atacado.

Los flemones sub-peritoneales son anteriores o laterales.

En los anteriores el apéndice está adherente a la pared abdominal, dirigiéndose hacia adelante; todo el cuerpo del apéndice puede estar sano, libre y su extremidad perderse en la pared posterior del absceso parietal (Brun).

El absceso parietal es total (tejido célula-grasoso sub-peritoneal, músculos están lesionados) o simplemente sub-peritoneal.

En el primer caso la bolsa purulenta intra-muscular está constituida por la aponeurosis anterior del músculo recto del abdomen hacia adelante, hacia arriba y abajo por la superficie de sección del músculo lesionado, en comunicación hacia atrás con el tejido sub-peritoneal inflamado.

En el segundo caso, la bolsa sub-peritoneal está constituida hacia adelante por la fascia transversalis espesada, hacia atrás por el peritoneo espesado igualmente, contra el cual el epiplón adhiere algunas veces, hacia abajo con la cara antero-superior de la vejiga que la constituye.

El absceso ileo-pelviano puede estar situado también a la izquierda; se lo ha notado en el niño. ¿Es debido a una anomalía cecal que el apéndice flote más libremente en esta edad? ¿o bien el pus después de haber ganado las

partes declives del abdómen se hace un camino ascendente hacia la gran cavidad peritoneal?

En este último caso evolucionaría más fácilmente hacia la fosa iliaca izquierda, libre de toda neoformación inflamatoria, la fosa iliaca derecha estando al contrario separada por adherencias resultantes de la inflamación. Otras veces, el absceso pelviano tiene una marcha parecida groseramente a aquella de una estrella, con tres ramas a centro apendicular. Una de las ramas se aloja en la pelvis, la otra se dirige hacia el ombligo, la tercera en la fosa iliaca.

Abscesos para-vesicales.—Los abscesos para-vesicales de origen apendicular pueden ser divididos en dos grupos: a) extra-peritoneales; b) intra-peritoneales.

Los abscesos extra-peritoneales se encuentran delante de la vejiga; estos son los flemones del espacio pre-vesical o cavidad de Retzius.

Algunas veces estos abscesos se llevan sobre la cara lateral derecha de la vejiga,

Los abscesos intra-pelvianos (verdadera peritonitis circunscrita para-vesical) son los más frecuentes. Tienen dimensiones muy variables, desde el volumen de un pequeño huevo, hasta el absceso llenando toda la pequeña pelvis.

Las relaciones anatómicas de estos abscesos difieren, según el sitio y el volumen. Se los ha visto ocupar diferentes posiciones alrededor de la vejiga; más frecuente-

mente retro-vesicales; con frecuencia también sobre el lado derecho de la vejiga. Fonler, en el curso de una intervención encuentra la parte lateral derecha del fondo vesical adherente á los tejidos próximos al ciego. Algunas veces se los encuentra a la izquierda de la vejiga.

Los músculos isquemiados, están violáceos, sangrando al corte. El contenido de estos abscesos está formado por pus y algunos coágulos de sangre. El pus tiene casi siempre la fetidez que caracteriza las supuraciones para-intestinales.

Estos flemones pueden abrirse al través de la línea blanca, espontáneamente, en la región sub-umbilical (Schwartz).

Tuffier en 1900, en el curso de una operación en frío, quiso sacar el apéndice con las adherencias fibrosas que lo recubrían. No pudo, por suerte dice, puesto que el uréter más o menos tortuoso estaba bien aproximado detrás de la masa; el uréter estaba adherente detrás del apéndice y apareció cuando éste fué sacado.

Riese cita dos casos, en los cuales encuentra el apéndice adherente por inflamación al uréter derecho; en uno de estos casos encuentra pus en contacto con el uréter.

No sería, por consiguiente, sorprendente que una inflamación de origen apendicular atacase la vejiga propagándose a lo largo del uréter en el tejido celular sub-peritoneal.

Vía peritoneal (peritonitis localizada).—Ciertas for-

mas anatómicas predisponen a las complicaciones vesicales de la apendicitis: estas son evidentemente en las cuales el apéndice se encuentra lo más aproximado del receptáculo urinario.

El apéndice puede ser muy largo. Ribbert y Laforgue lo han visto alcanzar el largo de dos centímetros y tres centímetros; Luschka ha podido medir un vermion de veintitres centímetros. Es evidente que tal dimensión predispone a la aproximación apendículo-vesical; sin embargo, sucede que un apéndice largo en posición alta, esté alejado del receptáculo urinario; corto y en posición baja esté aproximado.

Por otra parte, la topografía del apéndice está íntimamente ligada a aquella del ciego. El ciego ocupa en su alojamiento constituido, hacia adelante por la pared abdominal anterior, hacia atrás por la pared abdominal posterior, hacia abajo por la fosa ilíaca interna, una posición variable. Llega ordinariamente hasta la arcada crural. Tanto el ciego ocupa la posición alta (3 por 100) casi bajo el hígado, su extremidad libre está entonces alejada de seis a ocho centímetros de la arcada femoral. Otras veces, y esta la posición que más nos interesa, el ciego ocupa la posición baja (16 a 30 por 100). Desciende entonces hasta la excavación pelviana. Es de notar que esta posición baja es mucho más frecuente en la mujer que en el hombre, por razones probables de orden anatómico y fisiológico. Se puede encontrar el ciego en el fondo de saco de Douglas, entre la vejiga y el recto

en el hombre, detrás del útero o hacia la derecha en la mujer. Esta posición no es constante; se produce solamente cuando la vejiga y el recto están vacíos. Sin embargo, debido a una peritonitis adhesiva, puede hacerse permanente. Keen ha encontrado un apéndice muy largo penetrando profundamente en la pelvis, que tocaba en la próstata y estaba sólidamente incorporado a la pared vesical. Se ha encontrado, en algunos casos muy raros, el ciego arriba del pubis cerca del ombligo y también en la fosa iliaca izquierda.

El apéndice, que sigue todas las variaciones de posición del ciego, puede tener una situación variable en relación al ciego.

La vejiga ocupa una situación relativamente fija a pesar de sus alternativas de vecindad y de reflexión. Se la ha visto sin embargo subir en la fosa iliaca y también colocarse en un orificio herniario (inguinal o crural). Por consiguiente, en general, a causa de la movilidad apendicular, y de la inmovilidad vesical, es el apéndice que va a la vejiga, se dirige según condiciones de posición, dirección y largo.

Vejiga.—¿Qué el foco apendicular esté en contacto directo del globo vesical o que un absceso para-vesical de origen apendicular esté independientemente del apéndice, cual será el estado anatómico de la vejiga en los diferentes períodos de la evolución del absceso?

El foco inflamatorio, teniendo tendencia a entrar en

relación con los órganos vecinos ante todo lleva el ataque al peritoneo vesical y al tejido célula-conjuntivo perivesical; hay pericistitis, Esta pericistitis es benigna en la peritonitis simple, serosa, o sero-adhesiva. Puede ser grave en la peritonitis superada. Se forma una espesa capa de tejido fibro-lipomatoso, donde colecciones purulentas se desarrollan que pueden abrirse en la pelvis o en la vejiga.

Si la inflamación reviste una forma más grave todavía, el tejido vesical propio es atacado, en primer lugar la túnica la más externa, la musculosa, hay cistitis intestinal. Esta túnica se espesa, se retrae, se forman algunas veces pequeños abscesos que tienen tendencia a abrirse en la vejiga. Es a la peri-cistitis y a la cistitis intestinal que se debe atribuir ciertos fenómenos disúricos que acompañan las apendicitis que preceden otras veces las perforaciones vesicales. La siguiente observación de Filhate demuestra de una manera típica las relaciones de causa a efecto existente entre la disuria y la inflamación peri-cística y cisto-intestinal. «Un hombre de 40 años presenta por intermitencias desde la edad de 28 años dificultad para orinar; algunas veces tiene que esperar un cuarto de hora y más, antes de poder emitir algunas gotas de orina, El debio hacerse sondar durante estos 12 años. No podía orinar salvo en la posición vertical. Su orina era siempre normal. A la avertura de la pared abdominal el cirujano encuentra un apéndice largo, tendido como una cuerda entre el ciego y la vejiga, El apéndice

estaba fijado sobre dos centímetros alrededor en la vejiga; presentaba tres abscesos voluminosos; se sonda el enfermo durante los cuatro primeros días que siguen a la intervención. El quinto día pudo, debido a su gran constancia orinar en la posición acostada; esto que no había podido hacer durante 12 años».

Se ve la vejiga expulsar algunos microbios, sin que esto signifique su inflamación. Es necesario hacer intervenir la resistencia del epitelio vesical así bien estudiada por Guyon.

Esta bacteriuria simple es posible en los jóvenes a músculo vesical enérgico; no lo es en los viejos, en los prostáticos a bajo fondo declive, en los retencionistas. Según Reymond estos microorganismos son llevados del intestino por vasos linfáticos en la pared vesical justo al epitelio.

La inflamación continuando hacia la vejiga, todas las túnicas vesicales sufren el proceso inflamatorio. La cistitis total o cistitis propiamente dicha, está constituida. Esta infección podrá ser benigna, caracterizada simplemente por una ligera congestión con algunas manchas equimóticas. Placas de cistitis localizadas ante todo en los puntos de contacto inmediatos entre el absceso y la vejiga podrán generalizarse a todo el órgano.

En ciertos casos muy raros, se observa una inflamación especial de la mucosa vesical que se traduce por orinas conteniendo mucosidades espesas, depositándose en el fondo del vaso, semejante a las de los prostáticos que pa-

decen de un viejo catarro de la vejiga. Es ésta la cistitis catarral.

Si la placa de cistitis progresa, si todas las tónicas de la vejiga están localmente destruídas por el proceso inflamatorio, una perforación vesical es la consecuencia, el absceso para-vesical entra en comunicación con el receptáculo urinario, Si se abre del lado del intestino, habrá un orificio intestinal, un orificio vesical y un trayecto fistuloso.

Hay en general un solo orificio intestinal. Juvelle, Sedillot lo han encontrado sobre el ciego. Este último autor lo ha visto en una autopsia, anchas ulceraciones del ciego en que la mucosa estaba aproximada y en parte destruida. Johnson, Fowler han notado muchos orificios sobre el ciego y el ileon. Para Jonson había una gran parte del ciego destruída por un trabajo de ulceración; la mucosa cecal, aquella de la válvula y del ileon estaban profundamente ulceradas. Por otra parte Salzer, Guinard, Pouchet, etc. . . . , citan casos de perforación del apéndice. «El apéndice, dice Guinard, está terminado en masa y a un centímetro de su extremidad una comunicación del ancho de un garbanzo, existe con un trayecto termiando a la vejiga». Salzer ha visto un apéndice difícil de encontrar a causa de adherencias y presentando una perforación grande como un garbanzo.

Pero pueden haber perforaciones pluri-viscerales; una observación de Davat parece demostrar que una inflamación útero-anexial ha causado complicaciones extremada-

mente serias sobre los órganos vecinos; el ciego presenta tres o cuatro depresiones en dedo de guante y una abertura comunica de una parte con la vejiga, de otra parte con el exterior. La pieza anatómica parece demostrar que el apéndice vermicular ha sido estrangulado delante del ovario por una falsa membrana y que las materias contenidas han determinado una inflamación crónica que ha terminado por abrirse en la vejiga, en el ciego y en el exterior.

Parece que ha habido en este caso inflamación del vermiforme secundaria a una anexitis y perforación apendicular, cecal, abdominal y vesical consecutiva.

¿Cuál es la forma del trayecto que conduce de la perforación intestinal a la perforación vesical? Este trayecto es algunas veces rectilíneo; en el caso de Jervelle era como una cuerda tendida entre la pared derecha de la vejiga y el ciego. Johnson lo vió al contrario, sinuoso; Krackowiser anfractuoso. Él es algunas veces largo (Salzer). Otras veces existe apenas; el apéndice perforado es adherente a la vejiga (Kingdon, Pauchet). Guinard ha encontrado este trayecto indurado rodeado de adherencias comprendiendo un ansa del ileon.

Algunas veces se encuentra un absceso intermediario entre el apéndice perforado y la vejiga; la base del apéndice abriéndose en la parte superior de la cavidad purulenta (Stermann).

Krackowiser encuentra un trayecto fistuloso cerrado

por una valvula que no permite a las materias fecales caer en la vejiga.

Sucede frecuentemente que el foco apendicular contiene cuerpos extraños; Stedmann encuentra materias fecales y gases. Damien-Masson, *Le Filiatre*, encuentran cálculos estercorales. *Le Filiatre* un apéndice presentando tres abscesos, estando situado el más voluminoso en la extremidad adherente de la vejiga; encerraban cada uno un cálculo estercoral.

La salida de la materia purulenta al través de la vejiga se hace en general por un solo orificio, pero se han encontrado muchos; Kingdon ha notado dos orificios fistulosos separados el uno del otro por una extensión bien pequeña.

La situación del orificio es variable. Se encuentra más frecuentemente sobre la cara póstero-inferior de la vejiga a una pulgada y media arriba del borde posterior de la próstata (Stedmann), entre los dos orificios ureterales (Goode Henry), a una pulgada del orificio del uréter derecho (Salzer).

Más raramente se encuentra la perforación sobre la cara anterior de la vejiga; sobre la mucosa de la cara anterior de la vejiga se encuentran numerosas manchas equimóticas; es en estos puntos equimóticos que ha debido hacerse la perforación (Brun). La mucosa vesical presenta en su pared anterior hacia su parte media un orificio fistuloso (Johnson). Se ha encontrado, según ciertas observaciones, la perforación sobre la pared derecha de

la vejiga a una pulgada del uréter derecho en un caso (Damien-Masson, Hallé, Jervelle).

Las dimensiones del orificio vesical son muy diferentes según los casos. Ha sido imposible en una autopsia de Brun reconocer una solución de continuidad en la vejiga; el autor ha encontrado sobre la mucosa vesical numerosas manchas equimóticas y es en uno de estos puntos equimóticos que ha debido hacerse la perforación. El orificio vesical puede admitir una bujía de mediano grosor, el pasaje de una sonda (Goode Henry), puede ser ancho como una moneda de diez centavos, tener el diámetro de un dedo.

El orificio vesical presenta aspectos variados: son algunas veces dos pequeñas perforaciones redondeadas a bordes delgados como ulcerados; algunas veces una abertura estrecha y negra.

Jervelle no ha podido reconocer el orificio vesical por la citoscopia. Hallé ha notado sobre la pared vesical derecha una fisura de donde vió salir pus cuando se deprimía la pared abdominal.

Es interesante saber lo que sucede al orificio vesical después de la cura espontánea u operatoria. Desgraciadamente no tenemos observaciones precisas sobre este punto, a no ser aquella comunicada por Caraven. «Al examen citoscópico, el index del instrumento estando a 10 h. $\frac{1}{2}$, yo constato ante todo, dice el autor, una gran banda oscura vertical (la extremidad del aparato estando muy cerca de la pared), después alejando de la pared ve-

sical el citoscopio, veo una mancha negra, que era evidentemente un divertículo vesical.

En el fondo de otra parte muy mal aclarada no percibo orificio. Yo coloqué la extremidad de una sonda ureteral que no penetraba en ningún orificio. Me parece que se trata de un divertículo de tracción de origen cicatricial debido a la perforación en la vejiga de un absceso consecutivo a la apendicectomía sufrida anteriormente por el enfermo.

La perforación, una vez establecida, ¿cuál será el estado anatómico de la vejiga? Es frecuente encontrar especialmente en los jóvenes sujetos, enfermos que no presentan ningún fenómeno de cistitis, que tienen simplemente piuria y que curan, ya espontáneamente, ya en algunos días, después del tratamiento quirúrgico, aun sin tratamiento vesical (sin lavajes, sin urotropina). Parece evidente que en estos enfermos, aparte de la lesión local de perforación, no hay lesión anatómica de las tónicas de la vejiga. Todo lo que hay es un foco de hipertermia, con lesiones de la mucosa vesical de poca importancia.

Es frecuente sin embargo ver lesiones de cistitis; Stedman ha encontrado la mucosa vesical inyectada e inflamada.

En la observación de Kingdon la vejiga era pequeña, contraída, las paredes muy espesadas oponiéndose al pasaje de la orina en la dirección de la uretra. Habían ulceraciones de la mucosa vesical del orificio uretral. Hallé en una mujer de 56 años ha notado lesiones de cistitis

crónica vegetante, de una neoplasia inflamatoria, caracterizada por pequeñas formaciones polipiformes más o menos pediculadas, del volumen de un grano de mijo y como exculcerados en su punta, diseminadas sobre la cara posterior de la vejiga.

Con la inflamación de la vejiga, otras complicaciones pueden hacerse. La consecuencia de la fístula vesical es la migración posible del contenido intestinal en la vejiga. La vejiga se encuentra ante-todo en parte llena por el contenido del absceso para-vesical. Hay pús y algunas veces sangre.

Las materias fecales pasan muy amenudo en la vejiga determinado disuria. Los gases intestinales encuentran hacia la vejiga una salida nueva, son evacuados por la uretra produciendo una micción musical.

Los alimentos ingeridos se encuentran algunas veces en la vejiga. Un enfermo de Jervelle habiendo comido un caldo de avena, las orinas contenían el pericarpio de este cereal. Jervelle encuentra un cálculo compuesto de zonas concéntricas; contenía en dos puntos diferentes en su centro pepitas de frutas. Cuerpos extraños del tubo digestivo deglutidos en diversas circunstancias son algunas veces encontrados en la vejiga. Es así, que un joven muchacho, examinado por Goode Henry, deglute un alfiler, este se fija en el apéndice que adhiere a la pared posterior de la vejiga; penetra enseguida en el interior de este órgano y es el centro de formación de un cálculo.

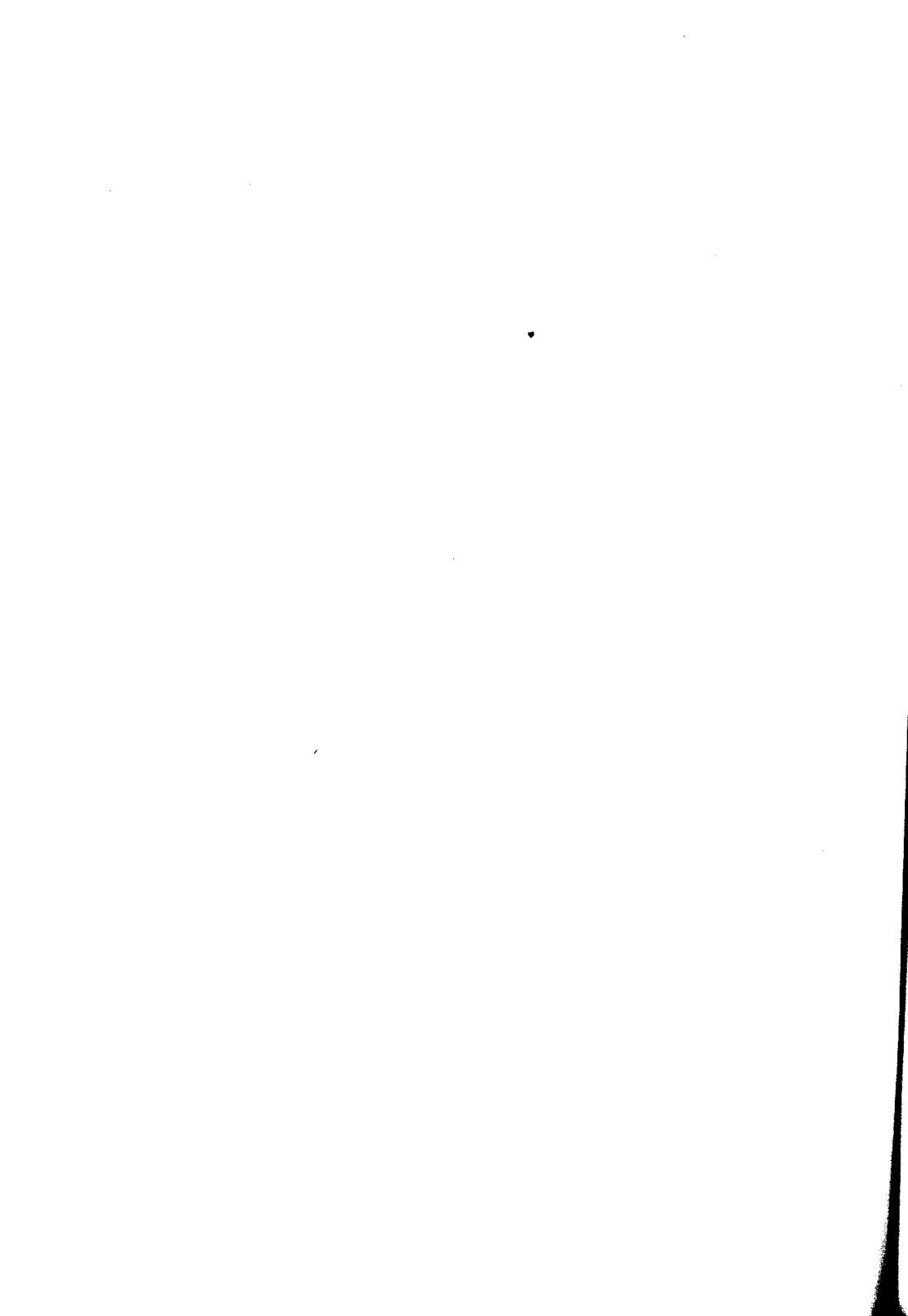
Se nota la influencia de cuerpos extraños de origen in-

testinal como centro de formación de cálculos vesicales, pero sucede que estos cálculos se forman simplemente por infección vesical, por cistitis que hace perder a la orina su reacción ácida. La transformación amoniacal de la orina se produce consecutivamente de la úrea en carbonato de amoniaco. Forler pudo extraer por talla vesical un cálculo fosfático y grueso como una nuez.

En fin parásitos intestinales pasan algunas veces en la vejiga; un niño de 8 años ha podido extraer por su uretra un verme todavía vivo; algunos años después extrae un nuevo verme de cinco a seis pulgadas de largo (Krackoniser).

¿Cómo se comportan el ureter y el riñón en el curso de estas lesiones vesicales? Estos órganos se encuentran algunas veces atacados por infección ascendiente; Roux señala un caso que presentó síntomas de cistitis y pielitis después de una fistula vesico-apendicular.

Kingdon ha encontrado en la autopsia de un niño de 7 años una dilatación considerable de los uréteres y una hipertrofia de los riñones.



CAPÍTULO III

SINTOMATOLOGÍA

Los fenómenos que pueden en el curso de una apendicitis y teniendo por causa esta enfermedad, producirse del lado del riñón son de diferente naturaleza y pueden ser divididos en tres variedades; *a)* fenómenos dolorosos, *b)* distensión del basinete, *c)* coexistencia de un riñón móvil y de una apendicitis. Pasaremos en revista sucesivamente estos tres géneros de trastornos.

Hemos visto que una de las posiciones anatómicas normales del apéndice, la más frecuente según las dos estadísticas reunidas de Fergusson, es una posición posterior y ascendente, el apéndice está aplicado contra la cara posterior del ciego y por consiguiente está en relación íntima con la extremidad inferior del riñón derecho. Se-

gún esta situación es fácil concebir que la inflamación del apéndice pueda transmitirse al riñón derecho.

En efecto bajo el punto de vista clínico, no es raro observar, enfermos en los cuales se constata un punto de Mac-Burney muy poco doloroso, suvido enfermos atacados de apendicitis. Si no tienen gran dolor del lado del abdomen, se encuentra hacia atrás, en la fosa lumbar derecha un dolor muy claro e intenso a la presión al nivel de la parte inferior del riñón. En estos casos el dolor renal es producido por la vecindad del apéndice que hace participar el riñón a su inflamación. Además el dolor renal es bien evidente; en la mayoría de los casos los síntomas abdominales existen muy atenuados, pero los signos funcionales de la apendicitis son observados.

Cuando en los enfermos habiendo presentado fenómenos dolorosos al nivel del riñón, la intervención quirúrgica es decidida, se puede verificar en el curso de la intervención, ésto que la clínica había permitido preveer, y se encuentra casi siempre un apéndice aplicado contra la cara posterior del ciego.

El apéndice puede en ciertos casos provocar retención de orina en el bacinete que se encuentra así distendido y el conjunto de los síntomas simula una pielonefritis; Riese tiene dos observaciones interesantes correspondientes a dos jóvenes sujetos, que en el curso de una serie de ataques apendiculares han presentado fenómenos de pielitis derecha perfectamente caracterizada.

La primera observación es la de un joven hombre de

17 años, que tuvo un ataque de apendicitis el 6 de Agosto de 1898; fué operado el 7 de Octubre y se encuentra un absceso enquistado a contenido pútrido. Al cabo de 15 días se abrió otra colección supurada, ocupando esta vez, la fosa iliaca izquierda.

Tres semanas después de la primera intervención se produce bruscamente ascensión térmica alcanzando 40°; al mismo tiempo aparece sobre el reborde costal derecho un levantamiento fluctuante; en este momento las orinas siendo ralas (700 gramos por 24 horas). Se piensa en un flemón peri-nefrítico; una punción fué practicada y da salida a 30 gramos de un líquido amarillento y de una limpidez perfecta; se reconoce que ésto era orina. Al cabo de dos días el tumor se borra y desaparece; al mismo tiempo el enfermo evacúa por su vejiga 1200 gramos de orina. Se trataba de una retención aguda de orina en el bacinete derecho. Se da de alta el 3 de Octubre de 1898.

El 13 de Diciembre, vuelve el paciente, que sufre del vientre y está febricitante (38°8) con orinas normales.

El 14 de Diciembre, laparotomía mediana; extracción del apéndice que encierra cinco gramos de pus; alrededor se encuentra una infinidad de adherencias que se extienden alrededor del uréter derecho y de los vasos ilíacos cerca de su bifurcación; estas adherencias fueron respetadas, pero ocho días más tarde la temperatura sube de nuevo y el tumor renal reaparece; orinas ralas (65 gramos en 24 horas); se hizo una punción que dió salida de nuevo a orina clara. La fiebre persistía; se decide hacer

una segunda laparotomía (catorce días después de la primera); esta vez se sacan las adherencias entre el epiplón, las ansas y las paredes; orinas purulentas durante algunos días, después retroceso de los accidentes y cura completa.

La segunda obsevación corresponde a una niña de 15 años, habiendo tenido, a partir de la edad de cinco años, muchos ataques de apendicitis, teniendo el último en Enero de 1899, dando lugar a un absceso peri-tifítico. Muy poco tiempo después de este último accidente, la enferma tuvo brusca ascensión térmica que coincide con la aparición de un tumor en la región renal derecha y con polakiuria sin cistitis. El abdomen abierto se encuentra el apéndice en medio de una masa de falsas membranas que rodean también los vasos ilíacos y el uréter derecho: éste era comprimido de una manera evidente; se cae también sobre un absceso estercoral ocasionado por la perforación de una ansa delgada.

Al cabo de un tiempo se hizo una incisión lumbar y se pone a desnudo el riñón y la parte superior del uréter donde se encuentra pus; pero el bacinete estaba completamente dilatado. Visto el estado precario del paciente el cirujano debió limitarse allí su operación.

Después de haber visto los síntomas comunes que pueden existir entre la apendicitis y la pielo- nefrosis, estudiemos las relaciones que pueden tener la apendicitis y el riñón movable. En una memoria publicada por el polí-clínico de Lille, el profesor Edebohls había establecido

claramente una relación entre el riñón movable y la apendicitis.

Según su experiencia, sobre diez casos de riñón movable dando lugar a síntomas bien claros, ocho o nueve veces se encuentra una apendicitis crónica. En otros términos, la apendicitis crónica sería un síntoma o una complicación que se encuentra en ochenta o noventa veces sobre cien en el caso de riñón movable doloroso. Según los especialistas los más autorizados: Glénard, Mathieu, Lindes y otros, sobre mil mujeres, ochocientas tenían los riñones bien colocados, ciento sesenta tenían uno o los dos riñones movibles sin sufrir de una manera apreciable y cuarenta tenían los riñones movibles dando lugar a síntomas más o menos marcados. Sobre este número de cuarenta, treinta y dos a treinta y seis mujeres tenían una apendicitis crónica.

Muchos síntomas comúnmente atribuidos al riñón movable son a menudo en realidad debidos a la apendicitis concomitante. Sin embargo la mayoría de las veces las relaciones existentes entre el riñón movable y la apendicitis son relaciones de causa a efecto. Según el profesor Edebohls, el riñón derecho movable produce probablemente la apendicitis por presión indirecta sobre las venas mesentéricas superiores; la circulación de retorno del apéndice sufre por la compresión de las venas entre la cabeza del páncreas y la columna vertebral.

La apendicitis crónica asociada al riñón movable no muestra ninguna tendencia a la resolución o a la cura

espontánea con restauración del apéndice mientras el riñón sea movable.

Sin embargo, no hay que esperar la cura de una apendicitis después de una nefropexia derecha, a no ser en los casos en que la apendicitis es de origen relativamente reciente.

La mayoría de los enfermos para reconquistar una salud perfecta, deberán sufrir las dos operaciones: nefropexia y apendicectomía, operaciones que, por otra parte, pueden hacerse simultáneamente por una sola y misma incisión lumbar, según el procedimiento indicado por el profesor Edebohls en 1899.

Aun cuando el apéndice sea intra-peritoneal y el uréter extra-peritoneal, estos dos órganos tienen relaciones anatómicas, el uréter pasando al nivel de la sínfisis sacroilíaca hacia adentro del apéndice, que él mismo está casi siempre hacia adentro del ciego. Estas relaciones existen, sobre todo, entre el uréter y el apéndice inflamado que contrae adherencias claramente en la serosa parietal profunda.

En el período agudo los abscesos de apendicitis pueden ser confundidos con los cólicos nefríticos. El cálculo ureteral puede situarse en el punto preciso en que el ureter está en relación con el apéndice y entonces dar lugar a un dolor localizado, extremadamente vivo en la fosa ilíaca derecha. Se encuentran patológicamente las relaciones entre ureter y el apéndice como lo prueba esta comunicación de Tuffier, «He operado el 11 de Febrero

de 1900 un enfermo con una apendicitis en frío. El enfermo no había tenido nunca absceso en la fosa ilíaca; ha presentado verdaderas crisis de cólicos apendiculares desde algunos meses; lo he operado y he encontrado el apéndice hacia abajo y adentro del colon; he encontrado, más, adherencias con la serosa parietal de la fosa ilíaca. Cuando he querido sacar hacia fuera el apéndice con la magna fibrosa que lo recubría, no he podido, por suerte, puesto que el ureter estaba aproximado detrás de la masa más ó menos tortuosa; estaba adherente detrás del apéndice y apareció cuando saqué éste. Si hubiese tirado fuertemente el apéndice, habría desgarrado el ureter».

No es por consiguiente de sorprender siendo las relaciones íntimas que pueden existir entre los dos órganos, que los abscesos de apendicitis puedan en el período agudo ser confundidos con los abscesos de cólicos nefríticos y recíprocamente. Se puede encontrar en los casos crónicos enfermos presentando crisis de cólicos nefríticos repetidos con dolor fijo y siendo el máximum en el punto de Mac-Burney simulando la apendicitis. Los dos casos siguientes publicados por Tuffier, demuestran las dificultades que se puede tener en hacer el diagnóstico diferencial entre el cálculo del ureter y la apendicitis.

«En 1895 dice Tuffier fué llamado en Amiens, para ver un enfermo, por uno de mis alumnos que había hecho el diagnóstico de apendicitis. Yo hago el de ureteritis calculosa y aún más de ureteritis supurada. La operación fué hecha; después de haber abierto el abdómen caigo

sobre una colección de pus y encuentro un cálculo, duro y negro, pareciéndose a un cálculo del hígado. Cortándolo noté que era simplemente un cálculo estercoral con pepita de una fruta cualquiera adentro; se trataba por consiguiente de una apendicitis; mi alumno había tenido razón. El enfermo era un calculoso que había tenido ya crisis de litiasis; no obstante no se trataba de cálculo ureteral».

Los trastornos urinarios que pueden producirse del lado de la vejiga durante un ataque de apendicitis son más o menos pronunciados y se traducen frecuentemente por retención de orina, o bien la micción es simplemente laboriosa, la disuria es muy marcada o bien todavía hay frecuencia anormal de la micción. El profesor Guyon ha llamado la atención sobre estos trastornos, que serían el hecho de un fenómeno reflejo y por otra parte observados en casi todas las afecciones dolorosas del abdomen, lesiones intestinales u otras.

En casi todas las observaciones relacionadas de apendicitis acompañados de síntomas urinarios, los enfermos presentan síntomas de apendicitis aguda. Se observa fiebre abovedamiento del abdomen, defensa muscular, en fin, todo el cortejo habitual de los signos ordinarios de apendicitis. Puede, sin embargo, suceder que en el enfermo atacado de apendicitis los fenómenos urinarios llaman solo la atención y en este caso el diagnóstico de apendicitis es muy difícil.

Estos trastornos urinarios no son siempre debidos a

un fenómeno reflejo; la vecindad del foco inflamatorio puede ser la causa de fenómenos vesicales que explique muy bien la propagación de la inflamación. Estos síntomas son en general más graves; empezando por la retención, dolor a la micción y puede suceder que se compliquen de avertura en la región del absceso apendicular. Esta avertura se traduce entonces por cistitis, piuria o también una pielocistitis. La fístula puede persistir y los fenómenos urinarios continuando o bien se oblitera y desaparecen los trastornos urinarios.

Puede suceder que la vejiga se encuentre en comunicación no solamente con una colección purulenta, pero con el intestino.

Estas perforaciones vesicales son acompañadas en algunos casos de hematurias más o menos graves, algunas veces repetidas causadas por una cistitis fungosa; otras veces son seguidas de muerte.

Cuando un absceso apendicular se abre en la vejiga la sintomatología se resume en dos signos que son: evacuación de pus por las orinas y borramiento del tumor. Hay casos en que la cistitis es muy intensa; se tienen micciones frecuentes, muy dolorosas, incontinencia de orina; en otros la polakiuria, la irradiación de dolor a la vejiga, al peritoneo a la extremidad de la verga constituyen síntomas tan agudos que pueden llamar la atención y dejar la apendicitis, pasando desapercibida.

La perforación vesical puede producirse en diferentes momentos de la afección.

a) Ante toda intervención; b) después de intervención sobre un absceso apendicular; c) después de intervención sobre un apéndice con lesiones no supuradas.

Se encuentra en un gran número de observaciones esta complicación de la apendicitis, pero en una época en que la peritifitis tenía todavía todos sus lugares, en un tiempo en que el tratamiento quirúrgico existía apenas esto que permitía producir las perforaciones.

Se encuentra la perforación vesical en la apendicitis en la misma proporción en los dos sexos; de 6 a 62 años, pero en general en la edad mediana de la vida.

Su carácter es diferente según los casos; es algunas veces brusco, dramático, y seguido de un gran alivio después de la evacuación de una gran cantidad de pus por la uretra.

Es una especie de vómica vesical que es necesario saber distinguir de las piurias ordinarias.

Se observan consecutivamente los síntomas locales de absceso disminuir, el estado general mejorarse. «Un enfermo de Broussais, es atacado súbitamente de dolores atroces que se terminan después de la evacuación por el canal de la uretra de 380 gramos de un líquido purulento de olor fecaloide. Al día siguiente el abdomen estaba más blando, menos doloroso, el empastamiento disminuído; menos pus en las orinas. El tacto rectal no da más nada». En un enfermo de Moulonguet, en el momento en que se discutía sobre la intervención de un absceso apendicular, el tumor desaparece bruscamente y

el enfermo orina durante un día un vaso de pus fácilmente reconocible y de olor infecto; un bienestar sucede a esta evacuación de pus en la vejiga. Un enfermo de Morgan, echa de golpe gases por la uretra; siente consecutivamente dolores intensos en la vejiga; algunas horas después las orinas contenían heces y pus. El tumor de la región apendicular, que era como un huevo de avestruz, disminuyó mucho.

Otras veces la perforación vesical se establece sin despertar la atención del paciente ni del médico; esta es la forma insidiosa observada por Damien-Masson, Hallé, Menière. El enfermo de Jullien constata una mañana en su orina gran cantidad de pus; la temperatura cae, el empastamiento disminuye y el estado general se mejora.

Se ven perforaciones vesicales producirse después de intervenciones por lesiones supuradas de apendicitis. A pesar del descenso de tensión en el absceso, la lesión vesical progresa, la cistitis se completa.

Esta complicación sobreviene seis veces contra treinta y seis antes de la intervención quirúrgica (Chapon, Roux, Poncet, Stedmann, Caraven). Pero es necesario tener en cuenta que muchas de las observaciones corresponden a una época en que la apendicitis no era tratada quirúrgicamente y daba lugar a complicaciones.

Una crisis sobre-aguda de cistitis precede algunas veces la aparición de la perforación. Otras veces se produce sin dolor.

La causa ocasional de la perforación vesical puede ser

debida a los movimientos del enfermo (espontáneos o provocados). Pauchet ha tenido un caso en que estaba a punto de incindir un absceso retro-vesical por el recto, pero la punción que hizo antes de colocar el bisturí fué blanca: el absceso se había abierto en la vejiga y en el peritoneo durante las maniobras de dilatación del ano.

En fin pueden sobrevenir perforaciones vesicales después de intervención para las lesiones apendiculares no infectadas. Pero entonces hay infección peritoneal quirúrgica, localización de la infección alrededor de la vejiga, después perforación de esta última,

M. Caranen cita en efecto el ejemplo de un enfermo que fué operado por otro cirujano, por una apendicitis en frío, no supurada. La herida se cierra por primera intención, pero ha habido absceso pelviano y dolores vivos; después el enfermo evacúa súbitamente pus por la uretra y cura algunos meses después. La citoscopia ha hecho ver un divertículo cicatricial a la derecha.

¿La perforación, una vez establecida, cómo se comporta la vejiga?

Sucedé frecuentemente que los síntomas de cistitis faltan completamente; la piuria es el solo síntoma. Cosa bizarra, dice Guinard, no se produce cistitis. El enfermo, edad de 35 años, tenía piuria desde seis semanas y diez días después de la intervención no habían más vestigios de pus en la orina, sin que se haya hecho el menor lavaje en la vejiga por la uretra.

Los enfermos de diversas observaciones, son todos jó-

venes personas (11, 13, 18, 20, 24, 35 años). Es necesario hacer intervenir la resistencia del epitelio vesical.

Los fenómenos vesicales de cistitis pueden, al contrario, aparecer. Es de notar que esta complicación de la perforación se produce mucho más fácilmente en los enfermos debilitados, de edad avanzada, en que el epitelio vesical resiste mal a la infección:

Una mujer de 60 años (Roux) tuvo después de la perforación durante un día una crisis sobre-aguda de cistitis. Un hombre de 62 años (Fowler) que sufría de una cistitis crónica con exacerbaciones agudas pasajeras, vió después de la perforación agravarse estos síntomas; sentía vivos dolores en el periné, en el pene, que lo obligó a guardar cama muchos meses.

¿Que haya o no cistitis, cómo evoluciona la perforación?

Puede evolucionar de dos maneras: hacia la cura o hacia la fistulación.

Sobre 43 observaciones de perforación la cura ha tenido lugar espontáneamente simplemente con lavajes vesicales y un tratamiento médico en once casos.

En general se produce la cura espontánea de las perforaciones en dos o tres meses; es raro que después de este tiempo la fistulización no se establezca.

Cuando se interviene quirúrgicamente, en general la cura tiene lugar en algunos días, si no hay cistitis. Pero sucede excepcionalmente que aun con una piuria simple, la cura completa se haga esperar algún tiempo.

La fistulización se produce con más frecuencia que la cura de la perforación.

No se puede establecer a este objeto revelaciones, puesto que los cirujanos han a menudo operado sus enfermos sin indicar cuanto tiempo después de la perforación, de manera que ignoramos si se ha tratado de una perforación propiamente dicha, susceptible de cura espontánea en tres semanas o a una fistulización establecida.

Diez y ocho enfermos sobre cuarenta y tres han curado de perforación o fistulización vesical después. Eran siete en los cuales la perforación se produjo después de intervención, seis han curado poco después; uno solo estuvo obligado de sufrir una nueva intervención.

Al lado de estos veintinueve casos con resultado positivo (once curas espontáneas, diez y ocho después de intervención), el cirujano no habiendo intervenido en nueve casos, ocho enfermos han muerto en dos o tres años.

El más importante síntoma de fistulización, el que se encuentra en todos los casos es la piuria. Esta piuria que en el momento de la perforación aparece, como una vómica como ha sido dicho anteriormente, da el aspecto de un absceso que se vacía bruscamente; el enfermo no orina más pus.

El pus se deposita en el fondo del recipiente; no está totalmente mezclado a las orinas; presenta el aspecto de la piuria vesical opuesta a la piuria renal.

Los enfermos en ciertos casos raros orinan sangre.

Pueden haber alternativas entre la piuria y la hematuria.

La hematuria presenta los síntomas clínicos de la hematuria vesical, es decir, que aparece al fin de la micción.

Sucede algunas veces que en ciertos casos los enfermos emiten gases intestinales por la uretra.

Esta hematuria se produce en general al fin de la micción. Cuando la vejiga está llena de orina, los gases se encuentran arriba del orificio uretro-vesical; cuando el nivel de la orina baja, los gases se evacuan.

En una observación de Pauchet, un enfermo hizo algunos días después de la intervención una fístula apendículo-vesical. Este enfermo hecha por su herida abdominal materias fecales, pus y orina.

Tal es el aspecto clínico funcional de la fistulización apendículo-vesical. Pero es indispensable notar los signos derivados del examen físico del enfermo.

Se percibe algunas veces mirando de día, haciendo funciones sobre el abdomen de un apendicular, se percibe digo, una diferencia de nivel entre el lado derecho y el izquierdo; la región apendicular forma entonces una pequeña saliencia que se prolonga algunas veces hasta el pubis.

La palpación bimanual abdominal y la percusión podrán dar indicación de probabilidad de complicación vesical en la apendicitis cuando se nota en la región apendicular una zona de adherencias peritoneales, mate a la percusión orientada hacia la vejiga. No hay que creer

que este signo exista en todos los casos; se ve al contrario que se encuentran con frecuencia abscesos peri-vesicales independientes del apéndice siendo de origen apendicular.

Es de la más grande utilidad practicar el tacto vaginal y el tacto rectal; se puede llegar a delimitar un tumor haciendo salida en los fondos de saco anterior y lateral derecho de la vagina o en el recto. Es este uno de los principales signos de abscesos pelvianos y particularmente del absceso peri-versical.

Sin embargo sucede con frecuencia que el tacto rectal no da ningún signo; esto sucede cuando el absceso se sitúa hacia adelante o sobre el lado derecho de la vejiga.

Estos exámenes son dolorosos; pueden exagerar los fenómenos vesicales, provocar tenesmo y aún si son practicados con frecuencia y un poco brutalmente hacer una perforación.

Los exámenes citológicos y bacteriológicos de las orinas han sido raramente practicados.

Se encuentran siempre gran cantidad de leucocitos y glóbulos de pus (Person, Thering, Otto). Algunas veces partículas del contenido intestinal (Münnich).

Mushan ha encontrado en la orina células vegetales. En fin se encuentran algunas veces restos de mucosa vesical (Thering), células epitelioides (Michel), células renales, cilindros granulados; pero en este último caso el enfermo ha hecho una pielo-nefritis.

Hallé ha encontrado en las orinas purulentas, después

de perforación vesical, el bacterium coli commune. Otto ha conseguido con el mismo bacterio cultivarlo al estado de fuerza que inoculado al conejo, ha dado en tres días diarrea y fiebre. Roux ha encontrado una cantidad innumerable de estreptococos.

En la evolución de las peritonitis localizadas de origen apendicular los fenómenos vesicales tienen gran importancia.

En ciertos sujetos se observa retención de orina; es una retención simple, indolora, un fenómeno puramente reflejo. Esta disuria se desarrolla en el curso de muchas afecciones abdominales, en afecciones médicas nerviosas: hemiplegía, lesiones medulares (tabes); infecciosas (tifoides, infección aguda general). Se encuentran, por otra parte estas retenciones en heridos operados, cuyo origen está unido según Guyon al histero traumatismo. En la apendicitis que toma algunas veces el carácter de infección general, se observa esta retención de orina.

En una observación de Geraud una apendicitis es diagnosticada en un enfermo que había entrado en un servicio de vías urinarias (Hospital Necher) por la retención de orina. Se encuentra un voluminoso absceso peri-cecal, no obstante no haber presentado síntoma alguno, En la intervención se encuentra una colección purulenta que se dirige hacia la pequeña pelvis, hacia la vejiga.

La retención puede ser por consiguiente el fenómeno dominante en la apendicitis.

Le Pilliatre cita el caso de un hombre de 40 años que

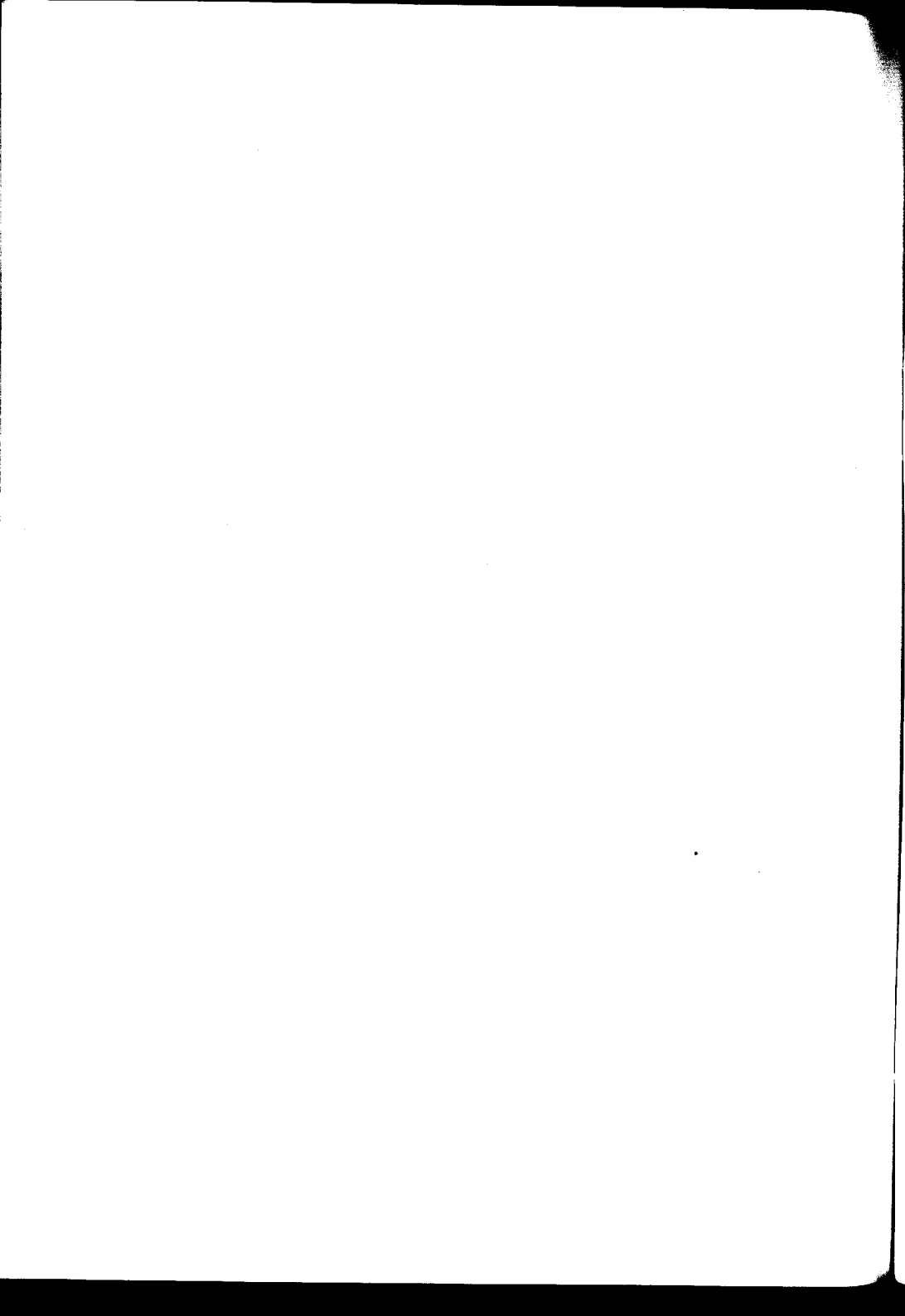
desde la edad de 29 años sentía por intervalos dificultades para orinar. Algunas veces tenía que esperar un cuarto de hora y aun más antes de orinar. Tenía que hacerse sondar con frecuencia. Sólo podía orinar en la posición vertical (su orina era siempre normal). Durante los ocho días que precedieron una crisis apendicular, el médico de la familia estuvo obligado a sondarlo; retiraba cada vez 300 a 500 gramos de orina normal. Cuando el cirujano vió al enfermo 21 días después de estas crisis, no había orinado desde la vigilia y sostenido por su mujer toma la posición vertical para orinar mejor. Después de veinte minutos de espera expulsa 400 gramos de orina normal. El enfermo fué sondado durante los cuatro días que siguieron a la intervención; el quinto pudo hacerlo por su gran constancia.

En ciertas observaciones recogidas por M. Carayen se notan muchos fenómenos vesicales debidos a la pericititis apendicular; un enfermo de 16 años tenía micciones muy difíciles; orinaba gota a gota. Una joven niña de 18 años tenía evacuaciones vesicales espontáneas pero eran incompletas. Esta enferma sentía en el bajo vientre dolor en el momento en que el receptáculo urinario movilizaba los órganos adyacentes.

Los fenómenos disúricos que notamos en estas observaciones son debidos a la inflamación del peritoneo vesical y del tejido celular peri-vesical, a la peri-cistitis. Se produce parálisis vesical como se produce coprostasis debido a la inercia de los músculos intestinales que están

parecidos en virtud de esa ley de patología general, según la cual toda membrana muscular está parecida o paralizada cuando la serosa que la envuelve está inflamada.

Es, por consiguiente, indispensable conocer el rol que la apendicitis tiene sobre la génesis de ciertos accidentes urinarios, pero no hay que exagerar la importancia; por un examen detallado no se descuidará de buscar las lesiones que pueden, además de la apendicitis, explicar los trastornos vesicales; por ejemplo: las uretritis agudas o crónicas, las estenosis uretrales, las tuberculosis uretrales, etc. etc. Un absceso de la cavidad de Retzius, un absceso del fondo de saco vésico-rectal, puede depender de una cistitis, de una prostatitis. En la mujer, es necesario tener en cuenta las inflamaciones útero-anexiales, que pueden fácilmente repercutir sobre la vejiga.



CAPÍTULO IV

DIAGNÓSTICO

Después de haber estudiado las diferentes complicaciones del aparato urinario durante la evolución de una apendicitis, consagraremos algunas líneas al diagnóstico que podrá ser algunas veces difícil.

Los fenómenos dolorosos del lado del riñón podrán en ciertos casos simular un cólico nefrítico. Se basará para hacer el diagnóstico sobre los antecedentes del enfermo, sobre la propagación del dolor que seguirá el trayecto del uréter en el caso de cólicos nefríticos, en fin, sobre la fiebre que no existe en los cólicos.

Hemos visto por los casos publicados por Riese, que el diagnóstico con una pielonefritis puede ser muy difícil. En la pielonefritis hay generalmente pus en las orinas desde mucho tiempo. Se tendrá que recurrir a la punción

exploradora que podrá desvanecer las dudas después del examen del líquido obtenido.

Cuando el riñón movable coexiste con la apendicitis se puede diagnosticar esta última por este hecho, el dolor es mucho más vivo que en los casos de riñón movable aislado; hay fiebre, síntoma que no se observa en el riñón movable.

El diagnóstico es algunas veces muy difícil entre la apendicitis y los cálculos ureterales. Se deberá buscar los antecedentes de cólicos nefríticos; no se podrá basarse siempre sobre el síntoma fiebre; la fiebre pudiendo existir en el caso de uréter infectado, en sujetos que han tenido crisis litiásicas.

El cateterismo del uréter, si es posible, ayudará al principiante. El examen de las orinas podrá ser útil, basado sobre este hecho que los enfermos que han tenido cálculos urinarios presentan siempre glóbulos rojos en la orina, después de los esfuerzos, la marcha, una fatiga cualquiera. Se podrá recurrir a la radiografía, que no será probatoria; los cálculos fosfáticos no dando sombra en prueba radiográfica; no servirá, por consiguiente, de una manera concluyente, a no ser en los casos que se trate de cálculos de ácido úrico.

Cuando se encuentra, en un enfermo de apendicitis, retención de orina, el aparato urinario siendo reconocido normal el diagnóstico se hace entre todas las retenciones de origen reflejo; la apendicitis siendo constatada, las relaciones de causa a efecto derivan evidentemente.

Pero sucede que no habiendo encontrado la causa de la retención en una lesión del aparato urinario, el médico no dirige la atención sobre la inflamación del vermiun. Deberá sistemáticamente buscar si uno de los órganos abdominales está lesionado; los síntomas funcionales y físicos lo harán pensar en la apendicitis.

Hemos dicho que consecutivamente a la apendicitis, puede haber uretero-pielo-nefritis (Roux, Riese); en estos casos, todavía se podrá encontrar retención de orina refleja. Aquí el pronóstico es más reservado y si una intervención no pone fin como en el caso citado por Roux, la muerte podrá ser la consecuencia.

Hay por consiguiente gran interés en palpar el riñón y el uréter, a tener en cuenta la curva de la temperatura, el aspecto de la orina cuando se encuentra el médico en presencia de una retención de orina de origen apendicular.

Los síntomas de peri-cistitis y de cistitis siendo observados es necesario reconocer el origen apendicular.

Se examinan los órganos que pueden producir tales síntomas; ante todo el aparato urinario (uretra, vejiga, uréter).

Si se trata de una mujer, es necesario, como hemos dicho anteriormente, buscar del lado de los anexos; la palpación permite algunas veces percibir arriba de la arcada crural un plastrón abdominal; con el tacto vaginal se explorará la movilidad del útero, la desviación, si hay, la sensibilidad de los fondos de saco; se notará algunas veces un tumor. Pero estos signos físicos pueden con-

fundirse con un absceso pelviano de origen apendicular. Se hará el examen del apéndice; si éste es reconocido clínicamente sano se aceptará el origen anaxial de la peri-cistitis.

En el servicio de Peugniez se hace el diagnóstico de sigmoiditis en un caso de peritonitis generalizada secundaria a una apendicitis gangrenosa perforante: el tacto rectal demostraba arriba de las vesículas seminales y de la próstata normal una masa dolorosa, poco consistente, voluminosa, haciendo salida en el recto; sobre la izquierda era más voluminosa y más dura que sobre la derecha; estaba fija. Tenía síntomas vesicales que fueron exagerados por el tacto. He aquí por consiguiente un enfermo que tenía un absceso pelviano con síntomas vesicales, en que las lesiones parecían localizarse en la parte izquierda del abdomen o de la pelvis. ¿Se pensaría en una apendicitis izquierda? Este error de diagnóstico se explica bien puesto que la colección purulenta rodeaba completamente la S ílica que estaba también muy enferma a tal punto que al principio de la intervención, practicada de urgencia por Caraven, el diagnóstico de sigmoiditis era todavía permitido. Se ve por esta observación típica que hay casos en que es imposible diferenciar clínicamente el origen sigmoideo, del origen apendicular en los casos de trastornos vesicales consecutivos a un absceso pelviano.

Los medios de hacer el diagnóstico de sigmoiditis son por otra parte inciertos en la actualidad; el tacto rectal

no ha dado nunca datos exactos; el tacto vaginal ha servido únicamente para distinguir la peri-sigmoiditis de las afecciones supuradas de los anexos y de la pelvi-peritonitis. Se ha podido observar al rectoscopio la mucosa más roja que la del recto, pero es insuficiente. Con la técnica de Kelly, se llega sin embargo hasta la ansa sigmoidea. Lo importante dice Guinard para el diagnóstico es pensar.

Cuando se diagnóstica la perforación es necesario asegurarse que la causa es apendicular.

Se establecerá que las afecciones que pueden dar lugar a una perforación vesical, a excepción de la apendicitis, no entran en la sintomatología de ésta. Es necesario hacer el exámen de los anexos del útero. Una lesión del intestino podrá por propagación perforar la vejiga: un cancer intestinal, una tuberculosis intestinal, una sífilis intestinal, una actinomicosis.

El cáncer intestinal se reconocerá por las melenas, trastornos digestivos, el adelgazamiento del sujeto, la edad, la radioscopia, el tacto rectal y la rectoscopia. Como habrá propagación a la vejiga del proceso neoplásico, los signos de cáncer de la vejiga se agregarán a los de la perforación: hematuria espontánea, caprichosa, indolora, abundante, repetida, terminal, no influenciada por el reposo y las medicaciones, expulsión de fragmentos neoplásicos, algunas veces olor fétido de las orinas, fibriuria.

La tuberculosis intestinal da dolores espontáneos o

provocados por la ingestión de alimentos y la palpación, diarrea grisácea fétida, melena, algunas veces hay expulsión de láminas de mucosa. La diarrea puede ser reemplazada por constipación; hay aceites, edemas de los miembros inferiores. La tuberculosis intestinal es en general secundaria a la tuberculosis pulmonar y puede desarrollarse durante la caquexia. Después de la perforación vesical los síntomas de tuberculosis vesical se establece algunas veces.

La actinomicosis del ciego y del apéndice podrán lesionar la pared vesical. Se traduce por fenómenos de enteritis o de reacción peritoneal, o bien evoluciona crónicamente, con el carácter de una neoplasia; pero cuando la perforación vesical se produce, por la fistula se escapará pus cargado de granos amarillentos que podrán ser encontrados en la orina.

La fistula vesico-vaginal se produce por regla general después de un parto laborioso, después de la caída de la escara.

Se reconocerá porque la orina sale por la vagina, olor urinoso de las enfermas, eritema de los muslos, de la vulva. Se podrá ver el orificio fistuloso vaginal o ponerlo aparente inyectando en la vejiga líquido que aparezca al través de la fistula.

La fistula véstico-uterina de la misma etiología da los mismos síntomas funcionales.

Una osteitis pelviana o lumbar de origen tuberculoso da abscesos por congestión que poniéndose en contacto

con la vejiga la perforan, pero entonces el pus es grumoso en la orina; tiene todos los caracteres de supuraciones tuberculosas. Es necesario buscar lesiones óseas y el absceso osifluente; palpación, tacto rectal, radioscopia, etcétera.

Pero la crisis apendicular puede pasar desapercibida, el enfermo presenta cistitis y piuria y solamente orinas turbias; se podrá confundir la perforación con una lesión urinaria cualquiera.

La uretritis anterior será reconocida por el modo de empezar, por la prueba de los tres vasos, por el examen de la uretra.

En las uretero-pielo-nefritis la cantidad de orina está aumentada; en general es turbia (poliuria turbia de Guyon), no se aclara por el reposo. El riñón puede estar hipertrofiado, doloroso, como también el ureter. La citoscopia demuestra una inflamación de los orificios ureterales. Puede haber retenciones bruscas de pus provocando temperatura alta.

En la tuberculosis renal las orinas son ricas en grumos caseosos, la hematurias son poco abundantes, pasageras, indoloras, espontaneos. Es raro sentir tumor renal. Hay algunas veces cólicos nefríticos, debidos al pasaje de coágulos fibrinosos en el ureter. El estado general del enfermo, en fin la citoscopia ayudarán para hacer el diagnóstico.

Si hay cistitis se buscará la causa (blenorragia, cálculo vesical, cateterismos repetidos y sépticos, estrechez ure-

tral, próstata hipertrófica, etc.) La purulencia de las orinos es débil en las cistitis tuberculosas. Se encuentran baciles de Koch (coloración, inoculación en el cobayo). La hematuria es espontánea, caprichosa, poco abundante, no es influenciada por el reposo. El dolor es con frecuencia atroz, más marcado al fin de la micción.

Se puede confundir una perforación vesical de origen apendicular con una neoplasia vesical. Hallé en 1892 sentía al tacto vaginal un tumor que hacía saliencia en la pared vaginal superior; la palpación bimanual era dolorosa demostrando que este voluminoso tumor se situaba al nivel de la vejiga; las hematurias eran del tipo vesical. Se diagnóstica neoplasia vesical voluminosa; anemia interna, fiebre, diarrea, muerte. En la autopsia se puede constatar en la vejiga pequeñas formaciones poliposas más o menos pediculadas del volumen de un grano de mijo o de una lenteja, diseminadas sobre la cara posterior de la vejiga.

Si una citoscopia hubiese sido hecha se habría podido tomar esta neoplasia inflamatoria por un cáncer vesical, pero se habría visto igualmente dos pequeñas perforaciones redondeadas dejando escapar de la cavidad vesical gran cantidad de coágulos pútridos.

La citoscopia es de gran utilidad en todos los casos de piuria y de hematuria, indispensable en algunos. La citoscopia permite en general buscar la causa de la piuria; la fistula.

No hay que confundir el orificio fistuloso que da pus

con un uretro-piello-nefritis que da pus igualmente. Es suficiente reconocer dos orificios ureterales y saber que el orificio fistuloso visto al citoscopio es muy diferente de los orificios ureterales.

La fístula habiendo sido reconocida, es necesario buscar la causa. Esto es algunas veces difícil.

La apendicitis es ignorado, no se pensará en ella sinó después de haber eliminado las causas pudiendo producir la perforación; la sigmoiditis, el piosalpin, fistulizado en la vejiga, la fístula entero-vesical consecutiva a un goma sífilítico.

Después de haber eliminado todas estas causas, el diagnóstico se hará de apendicitis, pero todavía se trata de saber de que especie de apendicitis se trata ¿Es una apendicitis simple, una apendicitis actinomicósica, una tuberculosis apendiculo-cecal?

La apendicitis tuberculosa es rara clinicamente. (Dieulafoy) pero común si se relaciona al microscópico (Lettulle). Tiene forma crónica. El enfermo no se repone; tiene todos los signos de colitis crónica, Y si en presencia de tales síntomas se obtiene algunos antecedentes tuberculosos se deberá pensar (Guinard).



CAPÍTULO V

PRONÓSTICO

La retención refleja y los síntomas de pericistitis no son habitualmente de mal pronóstico. La evolución de la apendicitis solo debe preocupar al médico. Sin embargo los síntomas causados pueden ser tenaces. Hemos citado una observación de Filiatre que refería que el enfermo tuvo durante 12 años trastornos vesicales de la micción.

Es necesario juzgar estos antecedentes vesicales con serenidad, puesto que sabemos que preceden a la cistitis y a la perforación vesical.

La cistitis es benigna igualmente, cede rápidamente al tratamiento vesical, sobre todo después de la incisión del foco apendicular. No es menos cierto que los síntomas de cistitis preceden algunas veces a la perforación.

El pronóstico de la perforación vesical es más serio.

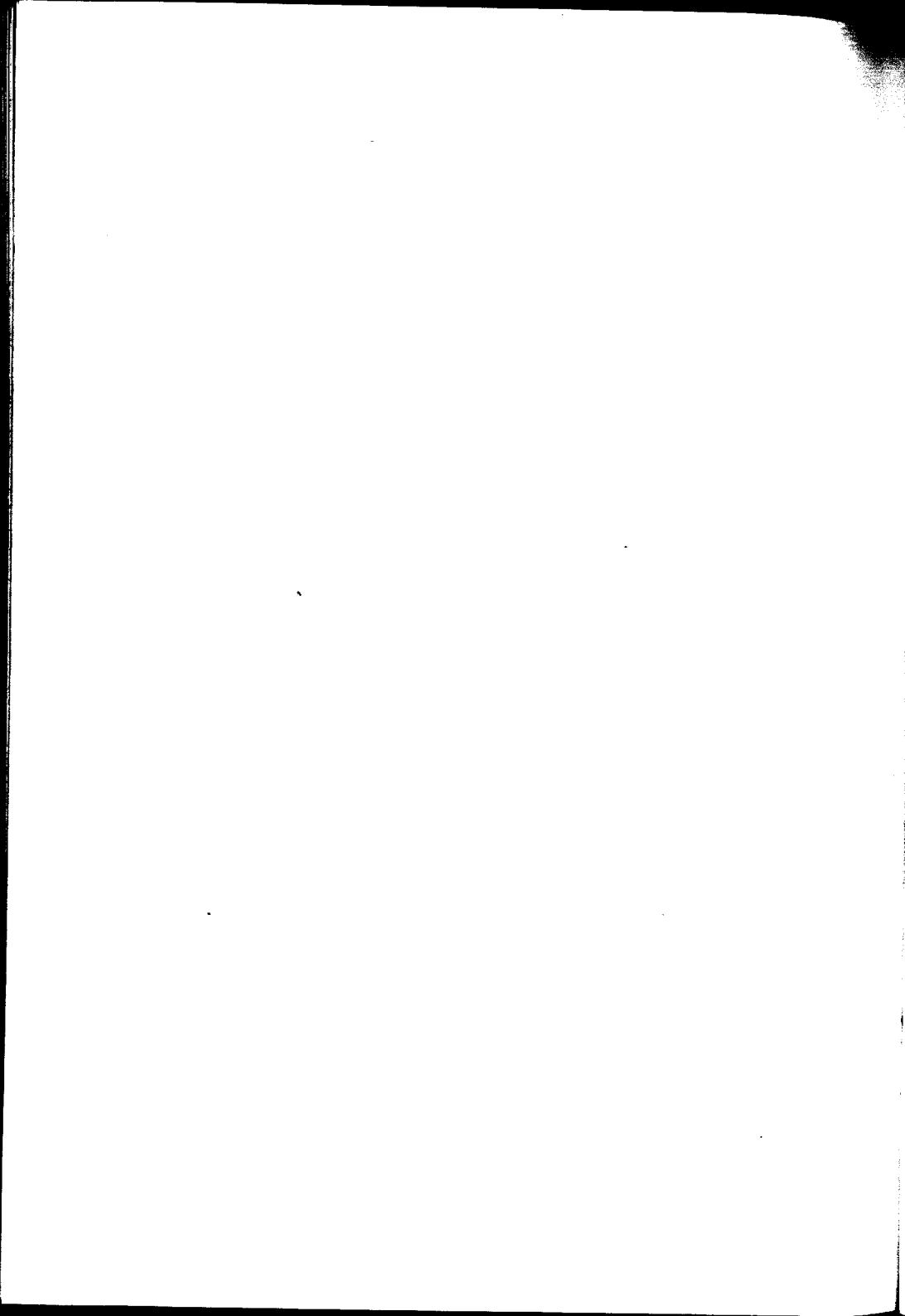
La perforación cura algunas veces espontáneamente. Sucede también que esta complicación es la terminación natural de la apendicitis, evacuándose así el foco purulento.

Después de intervención quirúrgica algunas se curan otras persisten y otras llevan a la muerte del enfermo en dos o tres años.

Este resultado fatal es más o menos rápido según las circunstancias. En efecto está probado (Paxal) que cuanto más alta está una fístula sobre el tubo digestivo, tanto más sufrirá la nutrición del enfermo. De modo que las fístulas que estamos tratando, estando en posición relativamente elevada, el enfermo tiene nutrición defectuosa. Lo mismo, más grande es la extensión de la comunicación intestino-vesical más la nutrición se debilita y también más tiene la vejiga facilidad de infección. Si por otra parte un gran toco pendicular no es evacuado, que persiste mucho tiempo sucede lo que se observa en las largas supuraciones: degeneración amiloidea de los órganos. El estado anterior del enfermo entra naturalmente en juego, así como su edad y la resistencia de la vejiga. Las complicaciones que hemos pasado en revista: cistitis, hematurias, cálculos, pielonefritis, completan este cuadro de miseria. Los enfermos mueren caquecticos, en el marasmo o bien una peritonitis aguda, accidentes urémicos, una infección intercurrente mismo benigna ponen fin a sus días. Si se agrega los peligros que corre el enfermo del hecho de su lesión apendicular, aún cuando la lesión

se cure espontáneamente, es necesario juzgar los hechos con mucha gravedad.

Por suerte la cirugía ha mejorado el pronóstico de estas lesiones. El tratamiento operatorio previene las complicaciones de la apendicitis, los atenúa, los abrevia, los cura.



CAPÍTULO VI

TRATAMIENTO

El tratamiento de las complicaciones vesicales refleja es: contra la retención refleja, cateterismo aséptico; contra la necesidad frecuente de orinar, los calmantes, los supositorios, siendo los coadyuvantes del tratamiento fundamental; el tratamiento de la apendicitis.

En cuanto a las fístulas vesicales notemos que a pesar de que la salida purulenta pueda prolongarse durante semanas sin producirse infección grave de la vejiga, está indicado, desde que se ha reconocido el origen de los accidentes, intervenir por la vía alta.

Siempre el apéndice será buscado, desprendido si es posible y resecaado.

Una vez suprimido el foco apendicular, no se debe obliterar la pérdida de substancia vesical si los bordes son

friables; el taponamiento en la herida, una sonda permanente en la uretra son suficientes para obtener la cura en la inmensa mayoría de los casos.

Esto es lo que se produjo en un caso de Guinard: el apéndice desprendido prudentemente por una disección sub-serosa fué resecaado y se puso el drenaje dejado en contacto de la perforación vesical ancha de tres milímetros. El enfermo que evacuaba desde seis semanas pus y gas por la uretra, no presentó más restos de pus en la orina, diez días después de la intervención.

En suma, si los fenómenos de apendicitis ceden a la abertura vesical y si accidentes infecciosos no aparecen, se puede esperar muchas semanas, para obtener el resultado de los esfuerzos de la naturaleza curadora, tomando del lado de la vejiga precauciones de desinfección suficiente.

Si la inflamación apendicular continúa evolucionando, o si accidentes infecciosos nuevos surgen del hecho de la comunicación anormal, o si después de un período suficiente, no se cierra, o parece contribuir a los accidentes de cistitis o de infección urinaria ascendente, la operación se impone inmediatamente, aunque las mejores condiciones serían las de enfriamiento.

La incisión se hará siempre sobre el borde externo del recto, de manera a tener acceso sobre la pelvis y sobre la cara lateral derecha de la vejiga.

La intervención consistirá en sacar el apéndice; buscando o siguiendo éste se caerá seguramente sobre

la perforación vesical. Si es visible y susceptible de ser cerrado, se suturará, pero si no se lo puede descubrir, o si descubierto, no se puede por razones diversas obturarlo, se procederá como dijimos anteriormente: taponamiento y sonda permanente en la uretra.

El abandono del apéndice en la fosa ilíaca después de la incisión del flemón peri-apendicular, puede traer, la fistulización de la herida operatoria, de manera que existe desde entnces una fistula apendículo-vesical y una fistula apendículo-cutánea. Cuando estos accidentes no se han producido importa operar tardíamente para extirpar el apéndice, cuando la bolsa del absceso se ha retraído y que los trayectos fistulosos son poco supurados relativamente.

Pero se observa un cierto número de enfermos en los cuales no ha habido nunca incisión ilíaca; la perforación vesical ha curado temporariamente el apéndice; existe solamente una fistula vesical y es únicamente por las orinas turbias que emite el enfermo, que va a consultar al enfermo.

Si se ha podido notar una apendicitis antigua, siendo el origen de la fistula se procederá como dijimos anteriormente.

Puede suceder que el foco apendicular abierto, el apéndice no se dirija del todo a la vejiga; en este caso la extirpación del apéndice es suficiente y es conveniente abandonar el orificio vesical sin tratar de suturarlo y

también de no tratar de descubrirlo; colocando una sonda permanente en la uretra.

Bajo el punto de vista quirúrgico los abscesos abdomino-pelvianos pueden ser divididos en dos grandes clases: *a)* abscesos que se dirigen principalmente hacia la pared abdominal anterior; *b)* abscesos que se dirigen principalmente hacia la pelvis.

Los primeros deben tratarse por la incisión iliaca derecha, trazada sobre el borde externo del gran recto, si la colección es considerable y saliente hacia adentro. Después de la evacuación del pus, las paredes son exploradas. Un grueso tubo colocado en el Douglas puede ser suficiente para drenar estos vastos abscesos; pero es prudente hacer algunas veces una contra-abertura en la fosa iliaca izquierda para introducir otro drenaje y sobre todo vaciar la colección en el punto declive por una contra-abertura rectal o vaginal; a pesar de las precauciones apuntadas, se observa muchas veces la acumulación de pus en el Douglas y el retorno de accidentes infecciosos.

El tratamiento de los abscesos pelvianos no puede englobarse en una técnica aislada, esquemática. De la disposición compleja de dichos abscesos han nacido múltiples métodos que corresponden a dos vías: *a)* la vía alta o abdominal, que puede ser intra-peritoneal lateral, mediana o bilateral o que puede quedar sub-peritoneal; *b)* la vía baja, que puede ser rectal, vaginal, perineal o parasacra.

En la elección de cada una de estas vías, se ha bus-

cado naturalmente abordar la colección por el camino el más directo, evitando al máximo la infección del peritoneo y asegurando el drenaje el más completo posible.

Debemos sentar como principio fundamental: que en toda apendicitis cualquiera que sea su foco principal, el tacto rectal y el tacto vaginal, si se trata de una mujer, deben ser sistemáticamente practicados todos los días a fin despistar desde el principio la formación pelviana de un absceso, de modo que se pueda intervenir desde el comienzo de la infección peri-vesical y evitar las complicaciones bajas del aparato urinario. Se intervendrá según la localización, la edad de la colección y las preferencias del cirujano, sea por vía vaginal, por vía rectal o por vía abdominal; algunas veces por vía abdómno-rectal o perineal combinada.





Buenos Aires, Marzo 29 de 1917.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Pascual Palma, al profesor titular Dr. Pedro Benedit y al profesor suplente Dr. José M. Jorge, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA
J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Abril 27 de 1917.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3248 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA
J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

- Bibliografía nacional.

Pascual Palma.

II

Caracteres diferenciales entre los cólicos nefríticos y apendiculares.

P. Benedit.

III

Anatomía patológica del proceso que precede la formación de la fistula vesical. Complicación poco frecuente de los abscesos apendiculares.

J. M. Jorge.

