

---

## NOTAS SOBRE APENDICITIS AGUDA

*Por el Dr. Martín Méndez S.  
de Bogotá.*

Al eminente cirujano Dr. Jorge E. Cavellier, cariñosamente.

Hacer un buen diagnóstico, tener el valor de la responsabilidad operando precozmente los enfermos, en los cuales después de minucioso examen se cree o se tiene certeza de una apendicitis aguda, es uno de los méritos de todo buen cirujano. Sin duda tendrá que luchar contra todo, la familia, el enfermo y los allegados; pero si triunfa y vence logrará éxitos y salvará vidas. Parece fácil diagnosticar una apendicitis aguda y sin embargo, es necesario decirlo claro, nada hay tan complicado y en ocasiones tan oscuro. Sin duda, a medida que los conocimientos clínicos se extienden, se va iluminando el campo, antes inexplorado, de la cirugía apendicular, y hoy día casi todos los médicos y cirujanos tienen un criterio científico muy bien formado para lograr hacer un buen diagnóstico y aconsejar o llevar a cabo una intervención quirúrgica.

No contienen estas ligerísimas anotaciones sobre apendicitis aguda ni nociones anatómicas, ni etiológicas, ni patogénicas, ni de diagnóstico diferencial; solamente me propongo sintetizar mis impresiones sobre algunos casos observados en mi clientela particular. Al presentar las historias de los casos en los cuales me ha tocado intervenir, lo hago para demostrar que es necesario operar, y operar precozmente, casi instantáneamente, pues toda demora justificada por una u otra razón conduce seguramente a desastres lamentables.

Toda apendicitis aguda que comienza, por benignos y poco ruidosos que sean los síntomas iniciales, es una apendicitis grave, cuyo porvenir es imprevisible. Las lesiones son más graves de lo que puede indicar un cuadro clínico al parecer benigno; de ahí que sólo el verdadero sentido clínico, la paciente investigación y el estudio minucioso y detenido de los síntomas iniciales ayuden al médico a darse cuenta precisa de la gravedad del caso, pues hay un axioma que dice: *Toda crisis apendicular que comienza es ya un síndrome peritoneal*. La tendencia general del médico al ser llamado cerca de un paciente con los síntomas de cólico apendicular es calmar el dolor, pues en el 90 por 100 de los casos, este signo es el más notorio y el más aparatoso. Error gravísimo que ha causado no pocos fracasos. Calmar un dolor sin hacer

antes un cuidadosísimo examen, es como buscar un objeto en la oscuridad, apagando la única luz que ayudaría a encontrarlo. La morfina, la belladona y las pociones calmantes son la terapéutica más errónea y que más desastres ha producido. No hay que ceder ante los ruegos insistentes de la familia y las clamorosas súplicas del enfermo, porque calmar el dolor es arrojar la bujía que puede iluminar el oscuro laberinto donde se halla el hilo milagroso capaz de salvar una existencia.

No se debe abandonar un paciente en el que se sospecha una crisis apendicular, sin haber pesado y medido signo por signo y síntoma por síntoma todas las manifestaciones, aun las más insignificantes y que pudieran al parecer no tener ninguna importancia, pues de la reunión de todo ello se desprenden enseñanzas de grandísimo valor.

He dicho que no quiero hacer un estudio clínico de la apendicitis aguda. En los libros se encuentra estudiada y descrita con detalles minuciosos que yo no haría sino repetir y copiar. Los libros enseñan mucho; pero hay algo mejor y es la observación de los casos clínicos. Cerca al enfermo se aprende a conocer lo que en los libros se ha olvidado.

Un caso desastroso deja más recuerdo que una lección magistral. La memoria es efímera en ocasiones; pero lo que los ojos han visto, pocas veces se olvida. Recordar los principales síntomas del ataque agudo apendicular, dolor, vómito, fiebre, estado intestinal, pulso, temperatura, es útil; pero más útil aún es el examen metódico, científico a la cabecera del paciente.

Hay sin embargo, y quiero insistir sobre este asunto, un signo de grandísimo valor y que a falta de otros, puede inclinar al médico hacia un diagnóstico afortunado: la contractura de la pared abdominal. Es un síntoma de enorme trascendencia y de un valor casi real; es el super-síntoma, como dicen algunos clínicos notables. Lamento no poder describirlo con la precisión con que un buen escritor pudiera hacerlo: no es la hiperestesia cutánea, ni la hiperalgesia; es la sensación de dureza, de resistencia a la mano que palpa y que explora, es la defensa muscular clásica; el vientre de madera tan loadado y proclamado, y que sólo manos cuidadosas saben apreciar y medir; porque, preciso es decirlo, hay manos duras que no saben hacer ese examen de una manera cuidadosa. A veces se quiere forzar con los dedos una pared abdominal; el punto de Mc. Burney, cosa curiosa, no debe buscarse con la extremidad de los dedos: aquí el dedo no es buen indicador; es un pésimo y brutal engañador. Es con la mano, con la mano extendida, suave, dulce, acariciadoramente, como se logra hacer una buena palpación. Qué bella lección para un profesor de patología general, la lección de la palpación. No sabemos hacer la palpación, y si me extendo sobre este signo, lo hago con la certeza del valor que encierra. Palpar la fosa iliaca izquierda primero, luego ir avanzando lenta y suavemente, con dulzura,

con delicadeza, hasta llegar a la fosa derecha, y olvidar los puntos que grandes clínicos han querido inventar, punto de Lanz, de Morris, de Rowsing, etc. Sólo hay en mi concepto, uno que tiene enorme y trascendental importancia, el punto doloroso en el fondo del Douglas y también el punto retrocecal, hacia atrás, volviendo el enfermo sobre el lado izquierdo. Cuántas apendicitis retro-cecales se ignoran por no buscarlo. Y repito, no estoy haciendo un estudio minucioso de los síntomas principales de la crisis aguda apendicular; mi objeto es insistir, clamar y pregonar las ventajas de la operación precoz, ojalá dentro de las cuarenta y ocho horas del ataque inicial. Sólo así se pueden salvar muchos enfermos, sólo así se puede realizar una operación fácil y con éxito, sólo así se triunfa, sólo así se evitan esos desastres que pesan como un mundo toda la vida. Así habría evitado la muerte de una enfermita de doce años a quien me llamaron a examinar no hace dos años todavía. La encontré con un dolor violento en la región apendicular, dolor que había empezado unas seis horas antes; vómito bilioso tenaz, pulso magnífico, facies admirable, temperatura  $37\frac{1}{2}$ , defensa muscular marcadísima en la fosa ilíaca derecha. Hago mi diagnóstico, y con ese criterio demasiado arraigado de temporizar una intervención, aconsejo hielo, calmantes, etc., y ruego al padre me avise al día siguiente; no habiendo obtenido ningún dato en cuarenta y ocho horas, vuelvo a verla llamado urgentemente dos días después, y qué cuadro encuentro!: la enfermita presentaba síntomas alarmantes, ojos hundidos, nariz afilada y fría, faz demacrada, vómito incesante, hemático, pulso miserable, timpanismo, en fin, humanamente imposible hacer nada; muerte seis horas después. Seguro estoy de haber salvado esa niña si con autoridad declaro que sólo operándola se hallaría remedio; pero la familia y yo aguardamos una remisión voluntaria, y el fracaso no se hizo esperar.

Y qué pensar de esas formas de apendicitis super-agudas, tóxicas, violentas, con síntomas larvados, incipientes y engañosos, y que sin embargo matan sin la intervención precoz? Fresca aún tengo la observación de Maximino Escobar, hombre obeso, gigantón, de constitución plétórica, gran comelón y bebedor de chicha, marranero de profesión, que dos días después de su matrimonio tiene un cólico a media noche, que calma la dulce compañera con cariños y aguas caseras, fomentos y lavados, y luego fue visto por dos eminentes cirujanos, quienes aconsejaron la operación temporizada por los allegados y parientes. Lo veo por la noche, llamado de urgencia; lo hago transportar a la clínica de Peña y hallo un apéndice perforado y gangrenado, nadando en un lago de pus horriblemente fétido. Doce horas después el enfermo moría en plena intoxicación.

Hay formas traidoras que engañan a los más avisados y que se caracterizan principalmente por una especie de apagamiento de las ma-

nifestaciones iniciales. Son las formas optimistas de los partidarios de la abstención operatoria. Un ilustre clínico tituló magistralmente la mejoría aparente con una frase célebre: CALMA TRAIIDORA. Berard y Vignad dicen: *Existe en multitud de casos un período generalmente corto durante el cual el proceso infeccioso bajo apariencias de localización y apaciguamiento se precipita hacia la inoculación general de la serosa peritoneal o hacia la septicemia o la intoxicación. Es el estado de difusión que es necesario despistar y conocer a tiempo.* Observé hace no muchos meses un caso semejante. N. C., de 55 años, visto en junta médica con mi colega Cuéllar Durán; pensamos ambos en operarlo urgentemente: tal era la gravedad; mas razones de familia, impresión, miedo, hambre, etc., hiciéronnos desistir de la intervención cuando todo estaba ya listo. Un médico, un buen médico fue llamado a resolver el trance y opinó que se debía aguardar. Sobrevino la calma, la *calma traidora* descrita por Dieulafoy; alegría de la familia, alegría del enfermo, plácemes por haber diferido la operación, sátiras y alfilerazos a los cirujanos que abusaban de las operaciones; pero seis días después la hoguera prendió de nuevo; el apéndice se había entibado pero no se había enfriado completamente y... para qué narrar el cuadro: en las esquinas más tarde leí los avisos mortuorios.

Lo frecuente en el ataque agudo es la detención de los fenómenos intestinales; ni gases ni materias; y por eso decía yo, sólo la clínica puede ayudar a dilucidar esas formas engañosas, disparatadas, que no corresponden a lo normal. Hace meses operé en Marly una enferma, la señorita N. Briceño, de veinte años, cuya enfermedad había comenzado por una crisis disenteriforme, con evacuaciones frecuentes, cólicos, vómito verdoso, fiebre moderada, pulso normal, nada de meteorismo, escasa sensibilidad en la fosa iliaca; dos días después comienza a formarse un empastamiento en la región anexial derecha, defensa muscular marcada, elevación de la temperatura: diagnóstico salpingitis; pero no sólo yo cometí el error; mi colega y eminente maestro el profesor Ucrós compartió conmigo la misma opinión. La opero, abro el vientre, un paquete de asas intestinales con el epiplón adherido me impiden ver; insisto, un absceso de pus fétido hace irrupción, me doy cuenta de que los anexos están sanos, no hallo el apéndice, dreno con Mikulicz y la enferma se salva.

La apendicitis es una enfermedad traidora, desorienta al médico, desorienta a la familia. Sobre todo en los niños reviste caracteres particulares; se piensa en una indigestión, en una fiebre gástrica, etc., y, ¡oh supremo error!, un purgante intempestivo aconsejado por los viejos amigos causa desastres funestos. El 24 de marzo de 1928 fui llamado a examinar un niño de 12 años, que dos días antes había sido atacado súbitamente de un cólico intestinal y se le había dado, como primera medicina, un purgantes aceitoso; examinándolo lo encuentro

fatigado, adolorido, vomitando frecuentemente, con pulso regular y con una gran defensa muscular en la fosa derecha. Pienso en la apendicitis y aconsejo la intervención; el niño es trasladado a la clínica de Peña y operado al día siguiente a las nueve de la noche. Apéndice perforado y gangrenado, ligera mejoría, pero los fenómenos tóxicos se acentúan, el meteorismo aumenta, el pulso se hace frecuentísimo, la parálisis intestinal es sumamente marcada; resolvemos en compañía de un colega hacer una fistula en el intestino, mas todo inútil, el enfermito muere en las primeras horas del día siguiente.

El apéndice es un órgano de movable situación anatómica: unas veces se dirige hacia arriba y toma conexiones con el hígado, otras hacia abajo, tornándose en órgano pelviano; ocasiones hay en que se dirige hacia la línea media, es meso-celiaco, y con frecuencia se envuelve detrás del ciego. Así también cambia la sintomatología y desorienta al clínico mejor preparado. Por eso se aconseja explorar con atención la región posterior ilio lumbar y allí se hallan muy frecuentemente signos indicadores de grandísima importancia: defensa muscular, hiperestesia, sensibilidad extrema, etc. Vi en asocio de mi colega el doctor Acosta una enferma cuyas primeras manifestaciones comenzaron por un dolor muy vivo en el bajo vientre, con irradiación a la región lumbar derecha, vómito, fiebre, pulso frecuente y parálisis intestinal. Pensamos en una oclusión y aún diferimos la intervención por diez horas, engañados por el meteorismo y la fuerte reacción peritoneal. Operada con anestesia raquídea hallamos un apéndice enormemente largo, enrollado y adherido a la cara posterior del ciego, inflamado, rojo, congestionado y con varios cálculos. No había perforación ni absceso, pero al abrirlo, la mucosa estaba ya gangrenada y muy seguramente se preparaba la perforación. Esta enferma se repuso después de una larga y penosa convalecencia.

Hay veces que sería criminal temporizar una intervención: cuando se ha hecho con criterio científico el diagnóstico de apendicitis aguda. Esperar la sedación de los fenómenos o la formación de un plastrón o la atenuación de las manifestaciones peritoneales, es ir seguramente al fracaso. Se debe obrar, y obrar pronto. Más vale pecar por precipitación que lamentar los desastres de una intervención tardía. Yo vi un enfermo, joven de 24 años, estudiante, en quien se había diferido la operación. Lo vi y lo operé urgentemente en asocio de mis colegas, los Dres. Cruz, Trujillo Gutiérrez y Ospina R., encontrando un apéndice perforado y gangrenado, rodeado de falsas membranas y ahogado en un lago de pus; mas fue tarde; la intoxicación había avanzado demasiado y el enfermo murió en plena septicemia peritoneal.

También recuerdo el caso de un señor Martínez, operado urgentemente en la casa de salud de Peña, cuyos primeros síntomas parecían nada graves; mas la evolución se fue acentuando más y más violenta.

ta, y al hacer la laparotomía se halló un apéndice gangrenado y el peritoneo invadido por un líquido negruzco y fétido. Naturalmente, el desenlace no se hizo aguardar.

Estas peritonitis pútridas son de una malignidad terrible. Los enfermos mueren en medio de la confianza de los que los rodean; sólo el médico se da cuenta de la enorme gravedad: el pulso filiforme e incontable, la cara alargada y terrosa, los ojos hundidos y excavados, la lengua seca y una angustia penosa son los signos preagónicos que denuncian el final de estas traidoras crisis, cuyo comienzo nadie pudo prever. Más afortunado por la rapidez con que obré fue el caso de un enfermo, estudiante del Rosario, el señor Héctor Rojas, de 19 años, a quien me llamaron a ver el 14 de noviembre de 1928. Súbitamente había sentido un dolor profundo en la fosa iliaca derecha, con vómito, ligero calofrío y malestar general. Al examinarlo hallé defensa marcadísima en la región apendicular, pulso normal, lengua húmeda, temperatura de 38 grados y detención de gases y materias. Sin perder tiempo fue transportado a la clínica de Peña y operado tres horas después. El apéndice, enormemente largo e inflamado estaba adherido al borde interno del ciego. No hubo complicación ninguna y el enfermo curó rápidamente.

Mas estos son casos excepcionales. Hay que convenir que en ocasiones es difícil convencer a los enfermos de la gravedad del ataque. Hay que luchar contra multitud de prejuicios de los familiares y allegados; hay que vencer mil dificultades, pues el médico se deja suggestionar por razones y argumentos del mismo paciente, o bien porque espera y aguarda una mejoría, las más de las veces engañosa. Engañosa sí, porque los signos clínicos están lejos de tener siempre una intensidad de expresión igual o paralela a la intensidad de las lesiones; los signos clínicos muy a menudo son más ligeros y atenuados que las lesiones. Cuántas veces, al tener entre las manos un apéndice acabado de resecar, la sorpresa es enorme: una gangrena, una perforación, un absceso recuerdan la discrepancia entre el ataque inicial y la gran lesión hallada. Recordemos y gravemos en la memoria las palabras de un sabio maestro ya desaparecido: *Si esta terrible afección que mata tantos adultos y no pocos niños fuese reconocida como tal desde el comienzo, la mortalidad sería nula, pues por un capricho de la diosa Fortuna, quizá único en cirugía abdominal de urgencia, la operación de la apendicitis hecha en buena hora da éxito seguro en manos experimentadas.* Pero nos dejamos engañar fácilmente, tomando por mejoría y buen augurio de curación la calma traidora que obnubila los primeros síntomas. El vómito cesa, la fiebre baja, el dolor se apacigua, renace la esperanza y la tranquilidad bajo el impulso de los sedantes, de la bienhechora morfina y del hielo anestesiador, y así se va preparando allá en el fondo de ese vaso cerrado una desbordante perfo-

ración. Las envolturas protectoras del apéndice son débiles y frágiles, las toxinas invaden sordamente el organismo y al romperse el velo que guardaba tantas ilusiones, el drama se desarrolla con una rapidez aterrador.

Hablo naturalmente de las apendicitis agudas, donde el diagnóstico se basa únicamente en los signos clínicos, donde no hay tiempo de hacer un examen citológico, una numeración globular, que dan datos de grandísima importancia. Yo hablo de esas formas brutales, en ocasiones hipertóxicas, con dolor fulminante de puñalada, que aterra al enfermo, con vómito y arqueadas estruendosas, temperatura altísima, pulso frecuente, defensa y contracción abdominal que dan a la palpación la sensación de un vientre endurecido; y de esas otras formas tóxicas también, pero cuyo comienzo es menos dramático, imperando más bien los fenómenos de toxemia aguda, cara griposa, palidez, hipo, vientre inmóvil, ojos hundidos, ojerías enormes y profundas, pulso apenas perceptible, temperatura baja, piel fría, mirada vaga. Y entre estas dos formas extremas, cuántas variaciones! Es del criterio científico del médico y del cirujano de donde depende la muerte o salvación de estos enfermos. El maestro Hartmann lo dice claro: *El día en que nuestros colegas estén convencidos de que ante tales casos sólo la supresión del apéndice evitará esas peritonitis graves, esos accidentes de supuración prolongada, esas complicaciones infecciosas que hoy día tienden a oscurecer el pronóstico de la apendicitis, ese día se salvarán muchas vidas.* Operar y operar pronto, ojalá dentro de las primeras 48 horas, no temer ningún accidente, ya lo han dicho los que tienen en estos asuntos una gran experiencia. Por mi parte, al escribir estas líneas, me adhiero a sus sabios consejos. He visto tantos desastres escuchado también de otros labios tantas lamentaciones, he conocido decepciones tardías y pésames amargos; pero jamás he visto retractarse a ningún cirujano de premura o precipitación. He asistido con emoción al final supremamente doloroso de muchos enfermos abandonados a los solos recursos de una pobre terapéutica médica; recordad el cuadro: inmóviles, angustiados, ansiosos, los ojos inmensamente abiertos y con la mirada vagando en el vacío, los pómulos salientes, sudorosos, fríos, vomitando de cuando en cuando un líquido negruzco, indiferentes, no experimentan ya ningún dolor físico, sólo débiles quejidos lanzan, como pidiendo un alivio que la ciencia impotente ya no puede dar, se van calmando poco a poco y dulce, tranquila, suavemente se van desencajando, se mueren sin saberlo ellos mismos, ante la suprema desilusión del médico de cabecera, que no tuvo el valor de afrontar con serenidad la tentativa de una intervención seguramente salvadora, y ante las lágrimas y congojas de los amigos y parientes, que también ayudaron a desencadenar ese supremo instante.

Bogotá, febrero de 1933.