

## ALGUNAS OBSERVACIONES

### SOBRE LA APENDICITIS AGUDA EN LOS NIÑOS

*Prof. Agregado, Luis Piñeros Suárez. Bogotá.*

La apendicitis aguda en los niños, presenta actitudes particulares que la diferencian de la apendicitis aguda del adulto y que vienen a formar grupos clínicos casi exclusivos de la infancia. De una manera general, las formas graves, las formas fulminantes de la apendicitis aguda se encuentran especialmente en la infancia y en estas formas graves llama poderosamente la atención, la falta de relación entre los signos clínicos observados y la importancia de las lesiones encontradas en el apéndice y el peritoneo, pues en los niños con signos de intensidad media y sin que se hayan presentado los síntomas que en el adulto caracterizan las formas graves de apendicitis, podemos encontrar en las operaciones practicadas en las primeras 24 a 36 horas, peritonitis generalizadas, formas de apendicitis gangrenosas, que no son frecuentes en el adulto y mucho menos en un lapso de tiempo tan corto.

El organismo del niño parece reaccionar de manera diferente al del adulto en frente de la infección apendicular, es muy posible que sus medios de defensa no se encuentren desarrollados, el poder antitóxico de sus humores sea menor y que su resistencia orgánica se agote muy pronto, ahora bien como las condiciones de la infección apendicular son más o menos iguales en el adulto y en el niño, las causas mecánicas, orgánicas o funcionales, que se consideran como más frecuentes para el desarrollo de la infección apendicular, pueden encontrarse en ambos casos, la explicación de la mayor frecuencia de la afección en los niños, su mayor gravedad, su evolución más rápida debe encontrarse sin duda en el terreno que presenta el niño y donde encontramos factores que favorecen el desarrollo y la gravedad de la infección.

El niño resiste muy mal la intoxicación producida por las toxinas microbianas y siendo la apendicitis una enfermedad toxi-infecciosa, por la gran cantidad de toxinas microbianas elaboradas por los gérmenes que infectan el apéndice, y como el niño es esencialmente sensible a las intoxicaciones, por razón, las formas tóxicas de la apendicitis se encuentran con mayor frecuencia en los niños que en los adultos, porque éstos se defienden mejor contra los fenómenos tóxicos.

En los niños las formas gangrenosas de la apendicitis evolucionan con más rapidez y con síntomas menos aparatosos que en el adulto, en éstos es muy raro encontrar perforaciones del apéndice, cuando se operan en las primeras 48 horas, que son de observación muy frecuente en los niños, en los cuales los fenómenos de gangrena y perforación se producen muy a menudo en las primeras 24 horas y sobre todo en las primeras 36 horas que siguen al principio del ataque; esta rapidez de las perforaciones, lleva la difusión de los productos sépticos en la cavidad peritoneal del niño, que se defiende muy mal, y por consiguiente las peritonitis generalizadas son más frecuentes en los niños, donde el peritoneo se infecta con tal rapidez, que no le da tiempo para reaccionar por medio de adherencias que limitan el proceso infeccioso, esta evolución tan rápida y emboscada de las apendicitis agudas, parece por estas razones muy especial de la infancia. En las formas menos agudas de la apendicitis, que tienden a la limitación por formación de abscesos localizados, éstos se encuentran ya formados en el adulto del décimo al duodécimo día del ataque y en el niño los encontramos ya formados desde el sexto al octavo dia, en éste evolucionan con mayor rapidez.

El estudio de la evolución de las formas en apariencia benignas de la apendicitis de los niños, presenta diferencias sustanciales, que la separan, en mi concepto, de la evolución de la apendicitis en los adultos; sucede con relativa frecuencia que en el curso de un ataque de apendicitis, con temperatura moderada, buen pulso, cien a ciento diez por minuto, dolores poco marcados, donde el vómito de las primeras horas se ha suspendido y donde los fenómenos del primer momento parecen haber cedido al tratamiento por la quietud, el hielo y la dieta; todas estas manifestaciones que parecen autorizar al Cirujano a esperar un enfriamiento de las lesiones, se ve con gran frecuencia estallar de un momento a otro y con gran rapidez, fenómenos alarmantes, que en pocas horas terminan con un niño cuyo estado general decae, su cara se afila, el pulso se acelera, la temperatura desaparece y a veces es reemplazada por hipotermia; en este estado de postración la operación de urgencia tiene muy pocas probabilidades de éxito; parece verdaderamente como si las débiles defensas orgánicas del niño que hasta allí habían luchado para contener la infección, se hubieran acabado y ésta viéndose libre, hubiera tomado posesión del pequeño organismo para destruirlo en pocas horas. Este fenómeno lo explica el Profesor Ombredanne diciendo que, si el niño es muy sensible a los venenos, lo es igualmente al tratamiento del enfriamiento, que la dieta

y el hielo no hacen sino ocultar los síntomas, suprimir el vómito, impedir la elevación de la temperatura y la aceleración del pulso, suprimir el dolor abdominal, pero que no pueden impedir la evolución de las lesiones y la difusión de la peritonitis; y piensa que si Ch. Nelatón ha condenado el empleo del opio en la apendicitis del adulto, que no hace sino ocultar los síntomas de gravedad, el hielo y la dieta producen en el niño efectos análogos y llevan después de una mejoría de algunos días a la terrible operación de urgencia retardada y por consiguiente propone que estos medios de tratamiento sean suprimidos en las apendicitis del niño.

Dentro de estas modalidades que son especiales a la infancia, es necesario colocar la que resulta de las dificultades con que se tropieza al examinar un niño; en primer lugar el niño localiza muy mal sus dolores y siempre que se le interroga por su sitio en el abdomen, él lleva su manecita la región umbilical o para umbilical, además la palpación, medio localizador por excelencia de los dolores, es muy difícil de practicar en los niños, pues ella despierta dolores que el niño trata de evitar defendiéndose y si se consigue que permita este examen, en él, es nulo el resultado del interrogatorio sobre la localización del dolor máximo, que tanta importancia tiene en el adulto.

Desde el punto de vista etiológico, la apendicitis es muy frecuente en el niño, mucho más que en el adulto, y la edad más peligrosa se encuentra entre los 5 y los 10 años, fuera de algunas raras observaciones en el primer año de la vida, ella es excepcional entre el primero y el segundo año; se encuentran en el niño con gran frecuencia las formas familiares de la enfermedad que son aceptadas por todos los autores; las formas por propagación en las enfermedades del intestino; las formas de apendicitis secundaria en el curso de una enfermedad infecciosa aguda o crónica y las causas locales que han sido invocadas para explicar la localización, como cuerpos extraños, presencia de detritus alimenticios no digeridos y duros, que al mismo tiempo que traumatizan la mucosa, impiden que el apéndice se llene y se vacie de manera completa, las acodaduras por defectos de posición o por brevedad del meso, la presencia de parásitos intestinales, la constipación crónica del intestino y en una palabra todas las causas locales ampliamente estudiadas en los tratados de Patología, pero según mi experiencia dos causas locales tienen importancia primordial en los niños: la primera se encuentra en el hecho de que el apéndice del niño es un órgano en plena evolución anatómica, cuya mucosa se encuentra sembrada de folículos linfáticos, que van desapareciendo por esclerosis con la edad, y como todo órgano que no ha terminado su evolución anatómica, el apéndice en los niños es un terreno muy fácil para el desarrollo de los procesos mórbosos y en particular de la infección; esta naturaleza linfoide acerca el apéndice de los otros órganos linfoideos: amígdalas faringianas y palatinas, vegetaciones adenoides. El profesor Ombredanne llama la atención sobre la coexistencia de las amigdalitis, de las adenoiditis, con las apendicitis y para él sería la infección de los órganos linfoideos de la

encrucijada de las fauces la principal causa de la infección secundaria del apéndice y la explicación de la frecuencia de esta afección en los niños.

En segundo lugar en el examen macroscópico llevado a cabo, sistemáticamente en el Hospital de la Misericordia sobre los apéndices extraídos, hemos encontrado la presencia de parásitos intestinales, tricocéfalos especialmente, en el cincuenta por ciento de los casos. Esta no despreciable circunstancia llamó poderosamente la atención del doctor Patiño Camargo, quien nos ha pedido le envíemos los apéndices extraídos, para someterlos a un examen microscópico y espero que muy pronto sepamos el resultado de sus observaciones.

Las formas clínicas que pueden adoptar la apendicitis aguda en los niños, presenta algunas diferencias con las del adulto y especialmente la rapidez en la evolución de las lesiones agrega una fisonomía particular a las formas clínicas graves, que toman una importancia particular en el niño. Dentro de estas formas clínicas procuraré enumerar aquellas que son más frecuentes en la infancia.

En primer lugar existe una forma de cólico apendicular benigno. Un niño de 5 a 10 años que ha presentado en la mayoría de los casos signos clínicos de apendicitis crónica, que estudiaré en detalles en las conclusiones, siente un dolor agudo en el vientre, en la mayoría de los casos durante la comida o pocas horas después, de una manera brusca el dolor se instala y localiza con gran frecuencia en el epigastrio y es solamente después de algunas horas cuando se localiza en la fossa ilíaca derecha, al mismo tiempo el niño vomita los alimentos ingeridos en su última comida y este vómito puede repetirse llevando al exterior un líquido bilioso, la temperatura es moderada ( $37\frac{1}{2}$  a 38 grados). Si se examina este enfermo en las primeras horas de la crisis, se encuentra que el pulso está ligeramente acelerado, 100 pulsaciones por minuto, bien marcado, la cara se muestra un poco encendida, la mirada expresa ligero dolor, pero las líneas generales del rostro son satisfactorias, la lengua ligeramente saburral, el vientre un poco meteorizado, se defiende ligeramente de la mano que lo palpa, no se encuentra ningún dolor generalizado y solamente en el punto de Mac Burney o una pulgada alrededor de este punto, la presión puede despertar un dolor agudo. Si el niño se somete al tratamiento de Jalaguier: dieta, quietud, hielo, 24 horas después la mayor parte de los síntomas han desaparecido; temperatura normal, el vómito no se repite, pulso normal, vientre normal, el dolor espontáneo no se ha repetido, pero a la palpación se puede despertar sensibilidad marcada de la fossa ilíaca derecha; 48 horas después el niño tiene apetito, hace deposición espontánea, quiere levantarse y si en este momento se examina, algunas veces se encuentra sensible la foca ilíaca derecha, por otra parte esta sensibilidad, algunas veces, no desaparece antes de los ocho días. Este es el cólico apendicular de Talamón, forma clásica que se encuentra con gran frecuencia en los niños, que se parece bastante y al examen superficial a la indigestión y que la madre del niño, sin consultar con su médico, trata con un purgante, que

puede llevar a la perforación del apéndice y a una peritonitis generalizada. Otras veces esta forma se confunde por nuestro público, con lo que llaman el rebote de lombrices, por los síntomas: vómito y dolor; que también tratan administrando un vermífugo-purgante con sus terribles consecuencias como podemos verlo en las observaciones que me permitiré relatar al fin de este capítulo. En general esta forma benigna se termina por una resolución completa, pero ella viene a marcar el diagnóstico vacilante de apendicitis crónica y por consiguiente a decidir la intervención o bien si ésta no se decide, puede ser el primero de una serie de ataques, cada vez más graves en los cuales el niño pierde resistencia y en el intervalo de estas crisis, en lo general, los síntomas de apendicitis crónica se acentúan. En algunas ocasiones las cosas no pasan tan felizmente y una pequeña crisis en plena resolución, cuando parecía que todos los síntomas mejoraban, presenta una recrudescencia, con todos los síntomas de una apendicitis grave, con su rápida evolución en los niños, que nos lleva a intervenir de urgencia, y a correr terribles contingencias.

En apoyo de la evolución de las formas anteriores me permitiré relatar las siguientes historias:

Eudoro Sarmiento, de 10 años de edad, entró al Hospital de la Misericordia el 23 de mayo de 1934. Hijo de Teodoro Sarmiento y María Torres. Antecedentes hereditarios sin importancia. Antecedentes personales, tuvo sarampión a los 4 años. Ha sufrido con frecuencia de indigestiones, el sábado 19 de mayo de 1934, después de comer tuvo dolores de estómago, que se repitieron el domingo por la mañana, acompañados de vómito y náuseas. El padre creyendo que eran lombrices le dió vermífugo Brasil, después del purgante el niño vomitó varias veces y los dolores se hicieron más fuertes, hizo varias deposiciones fétidas y arrojó lombrices, pero como en los dos días siguientes el estado del niño era cada vez más grave, llamaron al doctor Pulecio Pinzón, quien dándose cuenta de la urgencia del caso lo envió al Hospital.

Examen de 6 p. m. del día 23 de mayo de 1934. Niño bien conformado, muy pálido, color terroso, nariz afilada, mirada brillante, lengua saburral y seca, vómito tenaz, diarrea abundante y fétida, polipnea 50 respiraciones por minuto, temperatura 35 y medio grados, pulso 150 por minuto, muy pequeño y deprimido, el niño no se queja, no se mueve, la postura es completa, vientre meteorizado e inmóvil, poca defensa muscular, dolor generalizado pero más agudo en la fossa ilíaca derecha, timpanismo alto en todo el vientre, hígado rechazado; ante este cuadro se decidió intentar la operación como último recurso, por mi parte con muy pocas esperanzas, no así por parte de los doctores Montoya J. M. y Rafael Barberi, quienes se manifestaban, teniendo presente su experiencia de casos anteriores, bastante confiados del resultado.

Cirujanos: doctores L. Piñeros Suárez y Rafael Barberi. Incisión de Jalaguier, de 12 centímetros de largo, paredes del abdomen congestionadas, se abrió el peritoneo parietal con gran cuidado e inmediatamente sa-

lió un líquido de color amarillo, seropurulento, de olor fecaloide, el ciego y las asas delgadas muy vascularizadas y dilatadas, no habían adherencias algunas falsas membranas entre el ciego y las asas del delgado y el líquido salía de toda la cavidad peritoneal con grumos de color más oscuro que por su consistencia y olor fueron identificados como partículas de materia fecal, el apéndice en posición interna, tenía adherencias muy ligeras al delgado, rojo, congestionado y largo, presentaba cerca de la punta una perforación cubierta por falsas membranas de color verdoso. Se quitó, se lavó el peritoneo y el intestino con éter después de haberlo enjugado cuidadosamente, se dejaron tres drenes en distintas direcciones y se cerraron los polos superior e inferior de la herida dejando una abertura de seis centímetros; se aplicó suero fisiológico y suero bicarbonatado, aceite alcanforado y se calentó al enfermo. Al día siguiente el estado del enfermo fué angustioso, la temperatura subió a 39 grados, vómito e hipo, la indiferencia fué reemplazada por agitación, pulso de 140 por minuto cara ligeramente congestionada, pero las líneas generales modificadas. Al tercer día el aspecto del enfermo era mejor, el vómito había desaparecido, el pulso de 130; recibió pequeñas cantidades de líquido la herida había drenado abundantemente, se cambió la curación superficial; al cuarto día se quitaron los drenes que se cambiaron por otros más pequeños en número de dos y gasa. El enfermo más tranquilo, pulso 120, la cara dejó el aspecto peritoneal, la diarrea de los primeros días se suspendió y se ordenó un pequeño lavado intestinal. En los días siguientes el enfermo continuó mejorando. La herida drenaba en abundancia, se practicaron curaciones diarias, la abundancia y el olor de la supuración fueron mejorando y el último drenaje se retiró a los 15 días. Durante este tiempo el enfermo permaneció en posición semi-sentado, herida que cerró con dificultad, favoreciendo el afrontamiento con vendajes apretados. El enfermo salió del Hospital el 10 de julio de 1934 por curación. Quedó como secuela una even-tración que debía operarse más tarde, pero el enfermo no volvió.

No es esta la sola observación de peritonitis generalizada de origen apendicular que ha salido del Hospital de la Misericordia por curación. consultado las estadísticas que allí se llevan, solamente de 1932 a esta fecha, llegan a 3 las peritonitis generalizadas de origen pendicular que ha salido por curación contra dos que han salido por muerte; este dato me permite pensar que el niño se defiende mejor que el adulto de la peritonitis generalizada, si bien en él estalla con más rapidez y los fenómenos en conjunto son más graves, el pronóstico de las operaciones es menos sombrío.

---

Daniel González, 10 años de edad, hijo de Luis González y Carmen de González. Natural de Bogotá. Antecedentes personales: diarreas frecuentes con dolores en el estómago, neumonía a los cuatro meses, anginas frecuentes.

Historia: Hace tres meses le principió la enfermedad por fiebre muy

alta, dolor al lado derecho del estómago, vómito y diarrea. Con el reposo y la dieta se mejoró, durante estos tres meses ha tenido dos ataques más muy semejantes al anterior pero menos fuertes. Hace 4 días le repitió el ataque con vómito después de la comida, dolor ilíaco derecho, constipación, fiebre de  $38\frac{1}{2}$  grados, le aplicaron hielo en el estómago, dieta y reposo y una vez calmados los síntomas lo trajeron al Hospital el 23 de Noviembre de 1936.

**Examen:** Niño bien conformado, semblante pálido, bastante enflaquecido, temperatura de 37 grados, pulso 95 por minuto, lengua saburral, dientes en buen estado. Amígdalas grandes y llenas de criptas, que daban a la expresión un líquido purulento y muy fétido. Abdomen normal a la inspección, a la palpación dolor en la fossa ilíaca derecha en el punto de Lanz, sin defensa muscular, signo de Rovsing positivo, reflejo cutáneo abdominal muy marcado, fossa lumbar indolora, sin vómito, apetito regular, deposición espontánea. En vista de la calma completa se decidió enfriar completamente la lesión, continuando con el tratamiento de Yalaguier, y se ordenaron los exámenes de sangre y de materias fecales. Resultado: Materias fecales: tricocéfalos. Sangre numeración: Glóbulos rojos 4.400.000. Glóbulos blancos 12.690. Pólinucleares n. 80%. P. a. 00%. P. b. 00%. Grandes mononucleares 1% Normablastos 10%, formas de paso 3% linfositos 6%. El niño permaneció dos días en este estado, el día 25 de Noviembre después de la comida tuvo vómito, dolores abdominales y la temperatura subió a 38 grados.

Al día siguiente en la mañana fué examinado, se encontró una lengua saburral, temperatura 38.2, pulso 110 p. m., abdomen ligeramente meteorizado, dolor en la fossa ilíaca derecha, con ligera resistencia muscular, desde el día trasanterior, es decir dos días antes, el niño no había hecho deposición, en vista de este cambio de síntomas se resolvió operar ese día. Cirujano: doctor Piñeros Suárez.

#### Ayudante. El interno.

Incisión de Mac-Burney de seis centímetros de largo. Sección de la piel y de la aponeurosis del gran oblicuo en sentido longitudinal, disección de las fibras del pequeño oblicuo y del transverso en sentido transversal. Se abrió el peritoneo. Se exteriorizó el Ciego con dificultad, se encontró fácilmente el apéndice en posición ilíaca interna. Tenía adherencias en la punta que se desprendieron con gran facilidad. Era un apéndice corto, muy vascularizado, lleno de un líquido purulento en bastante tensión. Tenía el aspecto clásico de un pene en erección. Se resecó, se dejó un pequeño dren que se quitó al tercer día, después de tomar nota que los síntomas fiebre, rapidez del pulso y dolor habían desaparecido.

Salió del Hospital el 20 de Diciembre por curación.

Junto a estas formas benignas, tenemos en los niños las formas graves, que en ellos con gran rapidez pueden venir a ser fatales, y especialmente las formas tóxicas de la apendicitis, verdaderas intoxicaciones de origen apendicular, producidas por las toxinas de los microbios que

infectan el apéndice, en un estado de virulencia muy exaltado; la gravedad de estas formas se deben sin duda a la virulencia de los gérmenes que se encuentran en el apéndice, pero también debemos tener presente como factor de gravedad en estas formas, la ninguna resistencia de los organismos infantiles para la intoxicación microbiana; estas son formas que se encuentran rara vez en los adultos, y que sin embargo son de observación relativamente frecuente en los niños. Lo que caracteriza estas terribles formas clínicas es la ausencia casi completa de síntomas de apendicitis y la aparición de síntomas de intoxicación, que vienen a dificultar enormemente el diagnóstico. En estas formas, que aparecen de manera súbita por un vértigo con vómito que deja al niño en una postración enorme y desde este momento se encuentra el niño indiferente, muy pálido bastante frío. El pulso rápido, el facies alterado, el vómito puede repetirse a intervalos variables dejando en el niño cada vez mayor postración. Examinado pocas horas después, se encuentra muy pálido, cianosado, la nariz alargada, los ojos hundidos, brillantes, la mirada fija, el pulso pequeño depresible y muy rápido, anuria completa, en algunas ocasiones se produce también diarrea fétida. La temperatura se encuentra por debajo de la normal, el examen del vientre es totalmente negativo, ni meteorismo, ni defensa muscular, ni inmovilidad diafragmática, ni dolor a la palpación, los vómitos continúan, la diarrea del principio se cambia en parálisis intestinal completa, los vómitos vienen a ser negros. El niño parece tener muy pocos sufrimientos; por esta descripción de los síntomas parece revelar más bien un envenenamiento que una peritonitis.

Estos casos son de un diagnóstico difícil y de una gravedad muy grande, en la mayoría de los casos no se recurre a la operación, ya sea que ésta se considere inútil, ya sea que el diagnóstico de peritonitis no haya podido ser establecido de manera definitiva; en algunos casos el síntoma dolor puede aparecer y localizarse en la fossa ilíaca derecha y los Clínicos guiados por este síntoma han practicado operaciones de urgencia. En estos casos se ve salir del peritoneo un líquido turbio, muy fétido, sin parecido con el pus, la cavidad peritoneal está libre, no hay falsas membranas, el apéndice está libre, de color rojo turgecente, perforado, a veces lleno de un líquido purulento y muy fétido, en ocasiones totalmente esfacelado; estas formas se comprende, desde luego, son absolutamente fatales, aun operadas en las primeras 24 horas.

En otros casos muy serios, pero que no tienen el pronóstico de los anteriores, el dolor síntoma dominante, que ha aparecido en el epigastrio, con una violencia extrema, se extiende rápidamente a todo el vientre, la temperatura entre 38 y 39 grados, el pulso de 140 pulsaciones, los vómitos son tenaces, alimenticios al principio, vienen a ser luégo biliosos y después verdosos, la cara se afila, a veces sudorosa, los ojos se hunden, la mirada es brillante, el niño orina muy poco y con dificultad, el vientre ligeramente dilatado e inmóvil no hay respiración abdominal, la contracción muscular es ya generalizada a los rectos del abdomen especialmente

sobre el derecho, la constipación intestinal es a veces completa, ni gases ni materias fecales son expulsados, pero en algunos casos y siempre en los más graves, puede presentarse diarrea fétida; ante este cuadro sintomático el diagnóstico de apendicitis por propagación o por perforación es evidente y la laparotomía debe ser inmediata; esta forma se diferencia de la del adulto, en que ella puede presentarse con una sintomatología menos alarmante y sin embargo tratarse de una invasión del peritoneo, además ella evoluciona con mayor rapidez y el apéndice puede perforarse antes de las 36 horas del principio del ataque, y por consiguiente encontrarse a la abertura del abdomen lesiones del apéndice y del peritoneo que no podían sospecharse dada la rapidez de la operación; a propósito de esta forma clínica me permito referir una historia reciente de una peritonitis apendicular que evolucionó en dos tiempos:

Ana Inés Romero, 12 años de edad. A. H. La madre ha tenido cinco hijos, dos murieron de 4 y 5 años de enfermedades infecciosas, A. P. Alimentada al seno, caminó a los 15 meses, dentición normal, ha tenido sarampión, tos ferina y varicela. Entró al Hospital de la Misericordia, el día 11 de marzo de 1939, por la noche. Historia: Hace 8 días le principió la enfermedad, dice la madre, con dolores muy agudos en el estómago, vómito, fiebre, constipación intestinal, por prescripción médica la madre la puso a dieta, la acostó y aplicó hielo en el estómago, la enferma pareció mejorar, pero el día 11 de marzo la enferma se agravó y la madre consultó al doctor Barón Rico quien la envió al Hospital. Examen de la enferma, el 11 de marzo de 1939, a las 10 $\frac{1}{4}$  de la noche, presentaba la enferma una cara enflaquecida y muy pálida, tinte sub-ictérico, ojos hundidos, mirada fija, nariz afilada, labios ligeramente cianosados, lengua seca, había vomitado varias veces durante el día, temperatura 38 $\frac{1}{2}$  gs. pulso de 140 por minuto, pequeño y depresible, abdomen meteoreizado, dolor muy agudo en la fossa ilíaca derecha y hacia el hipogastrio, defensa muscular especialmente resistente en la parte inferior del recto del lado derecho, la palpación de la fossa ilíaca derecha despierta una contracción peristáltica del intestino en forma de onda, que nace en el flanco derecho y va a morir en la fossa ilíaca derecha y coincide con un gran dolor sentido por la enferma, el reflejo cutáneo abdominal había desaparecido, la hiperestesia cutánea era muy marcada, a la percusión se encuentra sonoridad muy clara en la fossa ilíaca derecha, en la fossa lumbar la palpación despierta un dolor agudo, el tacto rectal combinado con el palpar abdominal, hecho con mucha dulzura, revela una tumefacción marcada de la fossa ilíaca derecha, profundamente colocada; en estas condiciones se hizo el diagnóstico de peritonitis de origen apendicular y se decidió la operación inmediata. Cirujano doctor Piñeros Suárez, Ayudante el Interno Botero. Anestesista Marín, Incisión de Mac Burney, se cortaron todos los planes en sentido longitudinal en una extensión de 10 centímetros, sangraron con abundancia, con gran preocupación se abrió el peritoneo y se encontró un ciego dilatado congestionado, colocado inmedia-

tamente por debajo de la incisión, su exteriorización fué difícil por las adherencias que le fijaban a la pared posterior. Se introdujo el dedo índice siguiendo la franja anterior del ciego para tratar de desprender su polo inferior. Al libertarlo de las primeras adherencias apareció detrás del dedo un chorro de pus de color amarillo verdoso, de olor colibacilar. Se enjugó con compresas el pus y se penetró en la cavidad del absceso desprendiendo con prudencia las adherencias. Se levantó el polo inferior del ciego, en ese momento se vió el apéndice que estaba en posición retrocecal, congestionado y muy grueso, de paredes espesas y cerca de su base presentaba una perforación. Al continuar el desprendimiento del apéndice siguiendo la cara posterior del ciego, un nuevo chorro de pus salió detrás del dedo, del mismo aspecto que el anterior. Se enjugó con compresas, se penetró en la cavidad del nuevo absceso y desprendiendo con gran cuidado las adherencias, se encontró la punta del apéndice en forma de pequeño tumor, con placas de gangrena de color verdoso. Se hizo la apendicectomía con sutura en bolsa. Se lavaron las cavidades de los abscesos con éter, se dejaron dos drenes de guante embutidos de gasa, el uno en el polo inferior del ciego y el otro en la cara posterior del mismo, introduciéndolo entre éste y la pared, se cerró la pared en tres planos en la parte superior, las consecuencias de la operación fueron normales, desde el tercer día se movilizaron los drenes y se hicieron curaciones diarias y la enferma salió el 30 de marzo por curación.

**Apendicitis apirética:** Es ésta una forma relativamente rara pero de la cual se conocen algunas observaciones. En efecto la apendicitis aguda puede evolucionar sin fiebre, porque el apéndice puede estar infectado por microbios que producen toxinas hipotermisantes; pero existe una forma clínica de apendicitis apirética al principio, que se encuentra con más frecuencia en el niño que en el adulto y que es la realizada por el vólvulo del apéndice; esta forma clínica evoluciona en dos etapas: la primera tiene una sintomatología que corresponde a la lesión mecánica, el vólvulo principia con síntomas poco marcados que podrían hacer pensar en un ataque apendicular leve y susceptible de curar por el procedimiento de Jalaguier, lo que expondría al enfermo a riesgos muy graves entonces cuando se presente la segunda etapa de la enfermedad, que se manifiesta con síntomas de intoxicación y de peritonitis localizada o generalizada, cuando el apéndice obstruido por el vólvulo viene a ser un vaso cerrado donde existe un cultivo virulento de microbios, que le infectan y le gangrenan. La enfermedad principia por un cólico que puede iniciarse en el epigastrio, pero que rápidamente se localiza en la fossa ilíaca derecha acompañado de vómito, el pulso es frecuente 100 a 110 por minuto, pero la temperatura no pasa de 37 grados. El vientre es normal y no existe contractura de la pared, pero la palpación profunda despierta un dolor muy marcado en la fossa ilíaca derecha, donde puede encontrarse, examinando detenidamente y en niños flacos la presencia de un pequeño budín; este período puede durar de dos a cuatro días y se presentan sín-

somas de la segunda etapa. La temperatura se eleva bruscamente, el pulso se acelera, los dolores se hacen muy fuertes, la pared abdominal se contrae, especialmente hacia la fosa iliaca derecha. Las líneas del rostro se alteran y en una palabra la peritonitis se presenta por gangrena del apéndice. La torción del apéndice se realiza con más frecuencia en la base y el meso se encuentra torcido en sentido inverso, al menos es la forma más frecuente encontrada en las observaciones del Profesor Fevre; esta forma clínica nos dice del peligro de contemporizar con las apendicitis en apariencia las más benignas y la necesidad de operar rápidamente aun en los casos en que la fiebre no exista y el vientre se encuentre sin contractura y sin meteorismo, ante los síntomas vómito y dolor localizado en la fosa iliaca derecha.

Apendicitis diarréicas. Este síntoma, no constituye una forma clínica completamente diferenciada: el síntoma diarrea se presenta con frecuencia en las apendicitis del niño, no sólo en los casos graves en que él acompaña a una peritonitis con más frecuencia una peritonitis por apéndice perforado y gangrenado. La diarrea ha sido encontrada también en apendicitis ligeras, especialmente en las variedades retrocecales y pélvianas, pero lo interesante en estos casos es saber que existen apendicitis con diarrea y no descartar el diagnóstico de la apendicitis por la presencia de este síntoma y llegar a confundir una apendicitis con diarrea con una enterocolitis.

El diagnóstico de la apendicitis cuando ella se presenta con sus síntomas clásicos, es de los más fáciles, pero cuando estos síntomas no son claros o que ellos se disfracen con los síntomas de otras enfermedades, el problema del diagnóstico viene a ser muy difícil y como es necesario definir este problema rápidamente, para tomar una determinación que puede ser de vida o muerte para el enfermo, es necesario estudiarlo detenidamente. El diagnóstico de la apendicitis en los niños presenta algunas particularidades en relación con las afecciones que presentan una sintomatología parecida y que son especiales a la infancia. En presencia de un síndrome apendicular más o menos agudo, tendremos problemas de diagnóstico que es preciso resolver muy rápidamente, teniendo en cuenta que la operación precoz en la apendicitis es unánimemente aceptada por los cirujanos, apenas si subsisten algunos partidarios del tratamiento de Jalaguier, en los casos en que el enfermo no haya sido visto sino 48 horas después del principio de la crisis y cuando los síntomas presenten claras manifestaciones de regresión.

En los niños podemos confundir la apendicitis con algunas afecciones que en el adulto son las que con más frecuencia dificultan el diagnóstico. Pero no haré sino enumerarlas para detenerme suficientemente en las que son más frecuentes en los niños: en efecto en ellos como en los adultos podemos tener problemas de diagnóstico. Con las peritonitis de otra causa, las oclusiones intestinales, las hidronefrosis agudas, los quistes del ovario de pedículo torcido, los cólicos hepáticos o nefríticos pero hay

lugar de hacer el diagnóstico con otras afecciones, algunas más frecuentes en la infancia: la neumonía de dolor abdominal, la fiebre tifoidea, las peritonitis de nemococo, los vómitos de la acetonemia; estudiare este diagnóstico a propósito de cada una de estas afecciones. En algunas neumonías de los niños el dolor es muy bajo y en lugar de ser dolor de costado es un dolor abdominal y a veces ilíaco derecho, puede haber vómito, ligera defensa muscular, inmovilidad respiratoria abdominal y además los estertores y el soplo pueden ser tardíos en su aparición, como se puede ver estos casos vienen a ser de diagnóstico muy difícil, sin embargo, la observación atenta de los sistemas, como la disnea, la congestión de la cara, la temperatura elevada, los antecedentes catarrales que militan en favor de la neumonía; y el dolor agudo con defensa muscular de la fosa ilíaca derecha, la ausencia de gases y de materias fecales, el metorismo que son síntomas más frecuentes en la apendicitis, podrán guiarnos el diagnóstico, además en la una como en la otra afección se forman cuadros clínicos que orientan en muchos casos el diagnóstico; así en las neumonías el punto doloroso es más bien sub-costal, que se propaga al abdomen, la temperatura muy elevada hace contraste con la poca defensa muscular en la fosa ilíaca derecha, la dificultad respiratoria es más marcada; por el contrario un dolor de la fosa ilíaca derecha, con la zona sub-costal indolora y sin defensa muscular, es seguramente de una apendicitis; estos dolores se explican por la congestión del pulmón derecho, localizada sobre el trayecto de un ramal nervioso intercostal o del frénico que se irrita y en este caso si el dolor se encuentra en el punto de Mac-Burney, él se encuentra, también en la parte alta del abdomen y sobre el trayecto nervioso, pero en los casos de dolor de la fosa ilíaca derecha en las neumonías izquierdas el Profesor M. Fevre admite una localización numocóccica más o menos intensa sobre el apéndice. Además, si la duda subsiste, queda el recurso de la radiografía que puede mostrar semillas congestivas de forma triangular en las neumonías incipientes. El diagnóstico diferencial de las dos afecciones tiene una enorme importancia, por la gravedad que puede tener la anestesia para la evolución de una neumonía.

La apendicitis aguda puede prestarse a confusión con una fiebre tifoidea en su principio, la tifoidea en los niños puede tener un comienzo agudo, sin prodromos, sin oscilaciones ascendentes de la temperatura, con un ciego con gargoteo y doloroso, ligero meteorismo, constipación, etc. y en este caso es necesario buscar con cuidado los síntomas de las dos afecciones. El examen del bazo, las epistaxis, lacefalalgia, el examen de la sangre con leucopenia, son signos que inclinan definitivamente el diagnóstico hacia la fiebre tifoidea; en cambio el dolor agudo en la fosa ilíaca derecha, la defensa muscular, el vómito, la parálisis intestinal y el examen de la sangre con leucocitosis son signos que definen el diagnóstico de la apendicitis. Además es necesario pensar que las dos afecciones pueden superponerse, una fiebre tifoidea que principia por el apéndice (Apéndi-

lotifus, o un tifoidea que se complica de apendicitis; casos éstos muy difíciles y que ponen a prueba toda experiencia clínica.

La peritonitis generalizada a gonococos, enfermedad del sexo femenino, con su principio brusco a veces en plena salud, sin antecedentes genitales, como sucede en las niñas, presenta un cuadro clínico muy completo de peritonitis por perforación y puede confundirse con las formas graves de peritonitis por perforación del apéndice. El examen del conjunto de sistemas de las dos afecciones presenta algunas diferencias: en la peritonitis a gonococos la contractura abdominal es generalizada, pero se reduce a una simple resistencia de la pared, nunca tiene la dureza de la peritonitis por perforación del apéndice, predomina siempre en el hipogastrio, la enfermedad evoluciona rápidamente hacia la mejoría, de aquí el nombre de candelada de 48 horas de que habla el Profesor Mondor. La cara del enfermo en lugar de ser pálida, es cianótica, la nariz afilada, ojos hundidos y brillantes, se encuentran con mucha frecuencia en la peritonitis a gonococos, los labios azules, pómulos cianosados, el estado inflamatorio de la vulva es muy manifestado, el examen microscópico del flujo vaginal muestra siempre la presencia de gonococos. El tacto vaginal cuando es posible descubre un dolor uretral muy agudo; con todos estos datos, si ellos se encuentran claros podría hacerse diagnóstico; pero teniendo en cuenta la poca frecuencia de la peritonitis a gonococos en relación con la peritonitis de origen apendicular 1 por 50 casos según Comby y que en muchas ocasiones los síntomas no son tan claros, el error es fácil de cometer y tomar una peritonitis a gonococos por una peritonitis de origen apendicular, que tiene un tratamiento muy diferente. En los casos dudosos es preferible operar, pues las consecuencias son menos graves al operar una peritonitis a gonococos que cura por el tratamiento de Jalaguier, que abandonar una perforación apendicular a su propia suerte, que es casi la totalidad de los casos mortales. Además el diagnóstico puede ser hecho inmediatamente después de la laparotomía, que muestra un peritoneo congestionado, una pequeña cantidad de exudado, apéndice sano, trompas congestionadas, por las cuales es posible hacer salir algunas gotas de pus por expresión, y muy rápidamente tratar de corregir el error cerrando la pared y sometiendo al enfermo al tratamiento correspondiente.

La peritonitis a nemococos, enfermedad de los niños, ha sido siempre diagnosticada por peritonitis de origen apendicular y hacer este diagnóstico sería muy importante, pues la operación inmediata está contraindicada, contrariando la regla general de operar rápidamente todas las peritonitis agudas, pues el pronóstico se agrava con la operación, desgraciadamente es muy difícil de hacer el diagnóstico con las otras peritonitis, el examen de los síntomas puede dar alguna luz; su principio es siempre brusco, casi nunca es mataneumática, se presenta con frecuencia después de un catarro rinofaríngeo, el dolor es muy intenso pero generalizado, la temperatura es muy alta, más alta que en la peritonitis de origen apendi-

cular 40 a 41 grados, los vómitos son muy rebeldes, existen desde los primeros momentos diarrea, la contractura abdominal es poco aparente y generalizada, los exámenes de Laboratorio muestran una leucositosis más elevada que en la apendicitis de 30.000 a 40.000 glóbulos blancos por c.c. La presencia del neumococo en el moco vaginal, laringeo y a veces en la sangre y las materias fecales, pero desgraciadamente estas comprobaciones no son definitivas y las peritonitis apendiculares graves como lo hemos visto, pueden presentar diarrea, con contractura generalizada de la pared y dolores difusos; se ha recurrido en los casos de duda a la punición de fondo de saco de Douglas, para buscar en el líquido extraído el neumococo, al tacto rectal para localizar los dolores en la fosa ilíaca derecha, pero a pesar de estos signos, como las formas clínicas de la peritonitis a neumococos puede ser variables, en cuanto a los síntomas y en cuanto a la intensidad y además su poca frecuencia (1 por 100) según Ombredanne, (1 por 20) según Menegaux, hacen todavía más difícil el diagnóstico diferencial, que no será hecho en la mayoría de las veces sino después de la laparatomía, que deja ver una reacción peritoneal muy intensa, con la formación de falsas membranas, un pus de color verdoso o blanco, sin mal olor, muy abundante, lleno de masas de fibrina iguales a las que se encuentran en las pleuresías a neumococos. El divertículo de Meckel, apéndice del intestino delgado, como lo llama Roby, tiene una patología que en sus reacciones inflamatorias se parece mucho a la del apéndice ilio-cecal, de aquí que las diverticulitis agudas se puedan confundir con las apendicitis.

La presencia del divertículo de Meckel es una malformación bastante frecuente en los niños, lo que hemos podido comprobar en el Hospital de la Misericordia en el curso de las operaciones sobre tumores, adenomas diverticulares del ombligo. Puede presentarse con una frecuencia de uno sobre 70 individuos según Gosset; siendo un rudimento embrionario, restos del canal onfalo-mesentérico, no desaparecido normalmente al tercer mes de la vida intra-uterina; la estructura de su mucosa es muy variable; puede ser la de la mucosa intestinal sembrada de folículos linfáticos que lo acercan en un todo a la apéndice iliocecal. Pueden también presentarse islotes pancreáticos y con más frecuencia islotes de mucosa gástrica, que pueden ser el punto de localización de úlceras pépticas que se perforan; las afecciones de origen diverticular pueden presentarse en los adultos pero se presentan con más frecuencia en la pubertad y en el sexo masculino, que es más frecuentemente atacado en una proporción de 4 a 1 según las estadísticas.

La patogenia de la diverticulitis no difiere de la patogenia de la apendicitis, las mismas lesiones anatomo-patológicas se encuentran en las dos enfermedades.

El divertículo de Meckel inflamado, puede dar lugar a un cortejo de síntomas muy parecidos a los de la apendicitis, que pueden ser seguidos de peritonitis agudas generalizadas. Sea peritonitis progresivas, sea en va-

rios tiempos con gangrena del divertículo, afección relativamente rara, pero muy difícil de distinguir de un ataque de apendicitis aguda; los autores señalan algunos síntomas que podrían guiarnos en el diagnóstico: en primer lugar la localización del dolor no sería en el punto de Mac Burney, ni en el punto de Lanz, sino más alto, periumbilical o infrahepático. La constructura muscular ocuparía el hipocondrio derecho y la zona umbilical pero esta localización de los signos depende únicamente de la extensión de las lesiones y por consiguiente no son demostrativas y la prueba se encuentra en que las diverticulitis simples o complicadas nunca han sido diagnosticadas antes de la operación; felizmente el error se traduce a intentar el tratamiento quirúrgico de la lesión, por una incisión muy baja, que en todo caso se puede corregir durante la intervención, pues tanto en una como en otra lesión se impone la laparotomía de urgencia.

Desde luego, en el adulto como en el niño hay lugar a confundir la peritonitis de origen apendicular, con la oclusión intestinal aguda, pero estudiaré únicamente el problema en relación con la oclusión intestinal debida a la invaginación intestinal de los niños. La invaginación intestinal de los niños menores de 2 años tiene una sintomatología bastante diferente de la apendicitis y en ellos lo raro del ataque apendicular hace menos frecuente la discusión entre las dos afecciones; no así en los niños mayores de dos años, en los que la forma seudo-occlusiva de la apendicitis, puede confundirse con la invaginación intestinal y tan es así que el Profesor Fevre nos dice que en 20 casos en que se ha intervenido en su servicio, para apendicitis de forma oclusiva, en 8 de ellos se encontró la invaginación intestinal; los dolores en la fosa ilíaca derecha, la defensa muscular, el vómito unido a los signos de oclusión, llevan a hacer un diagnóstico de apendicitis, pero existen diferencias que nos pueden guiar, para hacer el diagnóstico diferencial; los dolores en la invaginación son del tipo intermitente, dolores atroces de la tarde, calmados durante la noche, que reaparecen en la mañana, los sitios del dolor son diferentes en la invaginación son del hipocondrio derecho y de la región umbilical, los vómitos son casi constantes y acompañan a la crisis dolorosa, la defensa muscular se localiza en la mitad superior del gran recto del abdomen. La temperatura es casi normal, el reflejo cutáneo abdominal existe y es generalmente muy marcado, el pulso es rápido y contrasta con una temperatura tan baja. La palpación abdominal profunda puede hacernos encontrar una vez sobre 20 casos la presencia de un budín de invaginación. El tacto rectal puede ponernos en contacto con la cabeza de la invaginación, que tiene la forma de un cuello uterino y sobre todo mostrarnos la presencia de mucosidades sanguinolentas en el recto, pues es sabido que uno de los síntomas evidentes de la invaginación, las melenas, puede ser muy tardío; en caso de duda el Profesor Menegaux, aconseja el lavado baritado según técnica de Pouliquén, imagen en media luna, imagen de pinza de cangrejo; es bueno tener presente que el examen radioscópico es negativo en los casos de invaginación ilio-ilial pura que el sólo detenimiento

del bario en un sitio del intestino constituye un síntoma de alarma pero no de certidumbre, además en el tratamiento de la invaginación por el lavado baritado, él puede ser útil para demostrar la desinvaginación; por otra parte este recurso no puede intentarse sino estando muy cerca de la sala de operaciones y en presencia de los Cirujanos; a pesar de estos sistemas diferenciales el diagnóstico en muchos casos no puede ser hecho sino después de la laparotomía, por el estado de asfíxico del ciego y del intestino que se encuentran dilatados, sin adherencias, el apéndice sano, y por la palpación del ciego y del intestino que se puede descubrir el budín y aplicar el tratamiento correspondiente.

En los niños se puede confundir el ataque de apendicitis aguda con la acetonemia, pero los caracteres diferenciales son numerosos, el máximo de frecuencia de la apendicitis se encuentra después de los dos años coincidiendo con la disminución de la acetonemia que es sobre todo frecuente antes de los dos años, los síntomas dolor localizado, defensa muscular, meteorismo, constipación, no existen en la acetonemia, los vómitos son muy tenaces y el rechazo estomacal se hace con una violencia que no se encuentra en la apendicitis, el olor agridulce del aliento es más marcado en la acetonemia, en fin es necesario tener presente que toda afección intestinal en los niños, toda hipoalimentación, lleva fácilmente una acetonemia que la presencia de acetona en la orina no es síntoma que pueda descartar de manera definitiva el diagnóstico de apendicitis; pero a pesar de estas diferencias clínicas el error es frecuente, y sobre este particular a falta de experiencia personal, puedo atenerme al concepto de M. Fevre "Los vómitos acetonémicos, no deben ser operados, en la práctica yo me abstengo en los casos raros, en donde el diagnóstico es indiscutible, pero en los casos dudosos siempre opero, y aun en los casos en que el apéndice se encuentre sano, los vómitos han desaparecido después de la operación.

Como resultado del estudio de la etiología, las formas clínicas y el diagnóstico de la apendicitis en los niños; nos podemos dar cuenta de que el problema en ellos, es más complejo que en el adulto, y que las normas adoptadas desde el punto de vista de profilaxis de la apendicitis aguda, el tratamiento quirúrgico precoz en la apendicitis diagnosticada, tienen que ser aplicados con más rigor en los niños, por las razones que hemos expuesto; rapidez en la evolución, evolución en forma silenciosa y a veces monosintomática, frecuencia de las formas graves sin que los síntomas las delaten, poca resistencia del niño a la intoxicación, etc.; estas poderosas razones nos llevan a examinar a todo niño con gran cuidado, con el fin de sorprender los menores indicios de la apendicitis y poder de esta manera verificar la operación antes de un ataque serio, encontrando por consiguiente al niño en las mejores condiciones; esto nos llevaría al estudio de toda la variada sintomatología de la apendicitis crónica, que no tiene cabida en estas observaciones sobre apendicitis aguda; pero no podemos pasar por alto la relación que en los niños existe entre las frecuentes afecciones de la garganta, amigdalitis, vegetaciones adenoides, con la in-

Hemación de los órganos linfoides, como la apéndice; las perturbaciones del aparato digestivo, lengua saburral permanente, mal aliento, vómitos matinales, pérdida del apetito, el niño viene con hambre a la mesa y a los primeros bocados queda satisfecho, espasmos pilóricos, cólicos, constipación crónica, dolores frecuentes que aparecen al menor desarreglo en la alimentación, localizados en la fossa ilíaca derecha y con mucha frecuencia en el epigastrio, lo que hace decir a Gosset, que el apéndice sufre y el estómago se queja, perturbaciones hepáticas, tinte sub-ictérico, hígado en acordeón, que aumenta y disminuye con frecuencia, perturbaciones generales, rostro pálido, fatigas al menor esfuerzo físico o mental, enfraquecimiento, demora en el crecimiento, perturbaciones nerviosas, el niño no tiene la alegría de su edad, es triste, no se alegra con los juegos, sufre de dolores de cabeza y en fin, todo ese cortejo de síntomas acumulado por Longuet en las tres formas clínicas siguientes: apendicitis de síntomas reflejos; apendicitis de síntomas toxí infeciosos y apendicitis de síntomas mecánicos; es por el estudio atento de estos grupos sintomáticos y por la relación a su verdadera causa, como podremos hacer un tratamiento profiláctico del ataque de apendicitis aguda.

Respecto al tratamiento de la apendicitis aguda, parece que el acuerdo ha llegado entre los Cirujanos; operar siempre siguiendo el consejo de Dielafoy "no existe tratamiento médico de la apendicitis aguda" y el consejo de P. Duval y Ameline "el mejor tratamiento de la apendicitis aguda es la operación en las primeras 24 horas" este acuerdo ha sido hecho en vista de la experiencia quirúrgica y de una mejor observación de los casos clínicos y se funda en muy poderosas razones.

En primer término debe operarse toda apendicitis aguda o sub-aguda una vez diagnosticada, y debemos dejar como tratamiento post-operatorio el tratamiento de Jalaguier, enfriamiento, hielo, dieta, reposo, etc., y la razón es clara; el mismo grupo de síntomas puede manifestarse en lesiones muy diferentes del apéndice, las unas muy benignas y las otras muy graves (retención de pus en el apéndice, perforación, gangrena) y no existen síntomas que nos permitan afirmar que una crisis que principia, sea benigna o sea grave; además hemos dicho que el hielo, el reposo, la dieta en los niños es una equivalente de la morfina en los adultos, que no hace sino acultar el dolor, la angustia, la contractura muscular, que son síntomas de primer orden, que nos llevan a una operación rápida, haciéndonos perder un tiempo precioso, porque, en algunos casos nos hacen pensar en una remisión engañosa, dejando evolucionar las lesiones apendiculares hacia la perforación y la peritonitis.

En los niños las consideraciones de orden técnico y sobre todo general, de resistencia física son más obligantes que en el adulto; fuera del peligro que representa una operación retardada, en los niños hemos de tener presente lo que tantas veces se ha repetido, que las lesiones evolucionan con más rapidez, y con mucha frecuencia hemos oído los comentarios de los Cirujanos que se sorprenden, al operar un niño, de encontrar

el apéndice ya gangrenado y reacciones peritoneales, antes de las primeras 36 horas del principio del ataque; debemos igualmente tener en cuenta, que el niño soporta mal la intoxicación por la reabsorción de toxinas y la constipación y que la dieta puede provocar fenómenos de acidosis; atendiendo todas estas consideraciones y las recogidas por la experiencia, durante 7 años de trabajo, como Cirujano Honorario del Hospital de la Misericordia, nosotros operamos toda apendicitis diagnosticada, y en cualquier momento de su evolución que llegue al Hospital, siguiendo esta regla de conducta hemos conseguido disminuir en mucho la mortalidad por apendicitis aguda y no hemos tenido que arrepentirnos; cuando hemos obrado de distinta manera las complicaciones pre y post-operatorias han sido frecuentes como se desprende de la observación siguiente:

José Larrocha Pinilla. Natural de Tunja. De trece años de edad. Entró al Hospital de la Misericordia el 1º de marzo de 1939. Hijo de Luis Roberto Larrocha y Ester Pinilla. Antecedentes hereditarios: la madre ha tenido 6 hijos normales, un aborto de tres meses. Dentición a los 7 meses. Caminó al año y medio. Habló a los dos años. Ha tenido sarampión, varicela, colitis. Otros órganos y aparatos normales. Oíñas normales. Historia: Hace dos meses tuvo un ataque que se presentó con dolores en la fossa ilíaca derecha, vómito, fiebre y diarrea, le duró tres días; hace 5 días se le presentó un nuevo ataque con los mismos síntomas y después de este tiempo fué traído al Hospital. Examen, cara pálida, anémico, estado sábrural de la lengua, temperatura 38 gs., pulso 90 gs., no vomita, hace deposición espontánea; el examen del vientre pone de manifiesto a la inspección un tumor de la fossa ilíaca derecha, a la palpación, se siente un plastrón duro y elástico, sin edema, que ocupa la fossa ilíaca derecha y el hipogastrio; en vista de esta localización tan clara y del estado general del enfermo satisfactorio, se resolvió acabar de enfriar la lesión; se aplicó el tratamiento de Jalaguier hasta el día 23 de marzo de 1939, en esta fecha en vista de que los síntomas locales y generales no se modificaban, y que el enfermo iba perdiendo energías, se operó. Cirujano doctor Piñeros S. Ayudante doctor Botero. Anestesista señor Marín. Incisión de Jalaguier de 12 ctms. de larga, tejidos celular sub-cutáneo, aponeurosis y músculos, desfigurados por el edema, el gran epiplón estaba adherido a la pared abdominal anterior por adherencias muy duras que sangraban abundantemente, fué necesario desprenderlas, para exteriorizar el ciego, al tratar de desprender el ciego de la pared posterior, se abrió una colección purulenta, con ligero olor colibacilar, de pus bien ligado, el apéndice en posición interna, fué resecado y se hizo sutura en bolsa, se dejaron tres drenes en distintas direcciones; en los primeros días el enfermo mejoró; pero en los días siguientes la temperatura subió y el plastrón que había principiado a desaparecer, se hizo duro y prominente hacia el hipogastrio, el día 5 de abril se abrió un absceso infraumbilical, que se comunicó con la herida operatoria; el día 22 de abril, se abrió también bajo anestesia otro absceso del hipogastrio; 5 días después de este drenaje aparecieron cólicos, algunos bastante

luertes, que dibujaban las asas intestinales, que aparecían en el epigastrio y morían en la fosa ilíaca derecha; en los primeros días del mes de junio la herida además de pus dejaba salir materias fecales en pequeña cantidad al principio y luégo en abundancia, en vista de los síntomas de seudo oclusión y de fistula intestinal se resolvió la operación el 28 de junio. Laparotomía infraumbilical, pasando a la izquierda para evitar las adherencias del intestino y del epiplón, se encontró un ilión muy dilatado y adherido, al tratar de desprenderlo, se perforó dejando escapar gases y materias fecales, se suturó en dos planos, este ilion presentaba de trecho en trecho sobre el meso, verdaderos tumores inflamatorios y terminaba sobre el ciego en un tumor duro y adherente, que fué imposible desprender; en vista de este estado y como supremo recurso, se resolvió hacer una anastomosis látero lateral de la parte desprendida y casi terminal del ilión a la ese ilíaca del colon; se cerró la pared dejando un dren; en los días siguientes el enfermo ha mejorado, la fistula estercoral cerró, todavía tiene cólicos menos intensos; se alimenta y va en vía de mejoría, no ha dejado el Hospital.

Blanca Cecilia Gamba. Natural de Bogotá. Hija de Rosa Gamba. Entró al Hospital de la Misericordia el 29 de noviembre de 1938. A. H. La madre ha tenido dos hijos, ningún aborto. Dentición a los 7 meses. Habló a los dos años. A. P. Ha sufrido de la garganta, tiene amígdalas grandes, trastornos digestivos, indigestiones febriles con alguna frecuencia. Historia. Hace tres días tuvo la niña vómito y dolor en el estómago, localizado en el epigastrio, fiebre, arrojó dos ascárides en la deposición; el día 29 de noviembre le dieron un purgante "Vermífugo Tobar" después del purgante la niña se agravó y por la tarde fué traída al Hospital; niña de desarrollo de acuerdo con la edad 11 años, presentaba una carita pálida y afilada, mirada brillante, pulso 130, temperatura 38, los vómitos habían desaparecido, lengua saburreal, abdomen absolutamente inmóvil, sin dolores espontáneos, poco meteorismo, defensa muscular en todo el abdomen, la niña había hecho dos deposiciones diarréicas en la mañana por efecto del purgante, en la tarde ni gases, ni deposición, el dolor provocado se encontraba generalizado a todo el abdomen, la percusión daba un timpanismo notorio, el tacto rectal muy doloroso, no localizaba ninguna lesión en la pelvis; en estas condiciones se operó a las 6 p. m., del día. Cirujanos doctores Barber y Piñeros. Incisión de Jalaguier de 10 cms., se encontró una pared muscular que sangraba en abundancia, las asas intestinales estaban adosadas al peritoneo parietal, se procedió con gran cuidado al abrilo para evitar la herida del intestino, una vez abierto salió un líquido purulento de olor colibacilar, el ciego y el delgado muy dilatados, de color rojo y reconociéndose aquí y allá el principio de formación de falsas membranas, este mismo estado se encontró en toda la cavidad abdominal, el apéndice enroscado, en posición mesoceliaca, presentaba dos perforaciones en el centro de placas de gangrena de color negrusco, una en la punta y otra hacia la parte media, ligeras

adherencias la prendían al fin del delgado, se resecó con toda facilidad, se lavó el peritoneo con éter, se colocaron drenes en cigarrillo en distintas direcciones, se cerró en una extensión de tres ctms. la herida en su polo superior; las curaciones se hicieron diariamente y tanto el estado general como el local fueron mejorando lentamente, la supuración se prolongó bastante tiempo, al fin la herida cerró y la enferma salió del Hospital el 9 de abril de 1939 llevando una eventración como secuela.

## BIBLIOGRAFIA

Diagnóstico quirúrgico, tomo III. **Ch. Lnormant, G. Menegaus, J. Patel, J. Séneque, P. Wilmoth.**

Tratado de Patología Quirúrgica. Tomo IV. **Pierre Duval, A. Gosset, J. Gatellier, D. Petit-Dutaillis, A. Ameline.**

Tratado de Cirugía de urgencia en los niños de **M. Fevre.**

Tratado de Patología quirúrgica infantil de **Ombredanne.**

Tratado de Patología Médica y de Terapéutica. Tomo II. Aparato digestivo. **L. Ribadeau-Dumas, L. Babonneix.**

Operative Surgery. **Bickham**, Tomo IV. Appendix-cecal Tract.

Técnica Quirúrgica de Marion.

Tratado de técnica operatoria, por los Prosectores de la Facultad de Medicina de París.

