

LAS APENDICITIS AGUDAS NO OPERADAS A TIEMPO

Por el doctor

L. M. VELA BRICEÑO

Señores:

Con no poca emoción me presento ante la honorable Academia de Medicina a llamar su atención sobre este tema que creo no está perfectamente bien dilucidado en el mundo científico, animado por la importancia capital que tiene, debida al gran número de víctimas de la apendicitis no operada a tiempo, y porque estoy seguro del generoso interés de los señores profesores y médicos en favor de toda investigación.

En la sesión anterior el profesor Salgar bondadosamente leyó este trabajo, de manera que solamente debo hacer un resumen de los puntos fundamentales de que trata para no alargarme demasiado.

Creo que la Cirugía moderna tiene que dedicarse a disminuir el tanto por ciento de la mortalidad y de las complicaciones postoperatorias, y que sin disminuir en un ápice los grandes progresos de todo orden en esta rama de la ciencia, el criterio quirúrgico debe estudiar las causas de los desastres de las intervenciones, apoyado en una lógica inflexible.

Con anunciar no más el tema de meditación y estudio que presento al honorable cuerpo médico, ya se puede colegir que se trata de un punto muy digno de vuestras mentes investigadoras.

He principiado por la apendicitis.

No se puede negar que a los Estados Unidos corresponde el honor de ser los primeros en el estudio de la apendicitis y los primeros que propusieron la Cirugía como tratamiento desde 1886.

Es evidente que el profesor alemán, Alberts de Bonn, desde 1838, describió la inflamación limitada al ciego con el nombre de *typhlitis*, pero fueron los cirujanos americanos los que demos-

traron que cuando se intervenía para síntomas atribuidos a una tiflitis, era siempre el apéndice el que se encontraba primitivamente lesionado.

Estoy de acuerdo con la mayoría de los cirujanos de que la apendicitis operada a tiempo no debe dar mortalidad, de manera que me refiero en este trabajo a los casos de apendicitis gravísimos que pueden dar una mortalidad del 50 por 100 y mucho más por cualquier causa.

Teniendo presente que la teoría de la *cavidad cerrada* del profesor Dieulafoy sufrió fracasos decisivos con la existencia de apendicitis con canal abierto, unas veces y cavidades cerradas sin infección (frecuente en los ancianos), en otros, y que en muchas ocasiones la cavidad cerrada puede ser producida por la inflamación y que el profesor Reclus aportó su importantísima teoría del estancamiento intra-apendicular, verdadero tubo de cultivo a 37°, que sería el mejor medio para la multiplicación de los microorganismos y aumento de sus toxinas cuando causas locales o generales la favorecen, sostengo o intento demostrar que las causas patológicas a que se refiere el profesor Reclus no se localizan únicamente en el apéndice sino que se propagan a las porciones intestinales vecinas, así como la infección puede ser primitiva en los intestinos vecinos y bajar, por propagación al apéndice, como en la tifoidea, enterocolitis, tuberculosis etc., y que la cirugía, con mucha inconsecuencia, ha seguido operando toda clase de apendicitis como si la enfermedad se localizara únicamente en el apéndice o como si la teoría de la cavidad cerrada fuera la única verdadera.

Fuera de que se admite hoy que el modo más frecuente de infección en las crisis agudas apendiculares es la infección por vía sanguínea, cuando el profesor Dieulafoy admite que puede haber apendicitis sin cavidad cerrada, pero que aquélla fue el *primun movens* de la enfermedad, la cual sigue evolucionando fatalmente, suministra a la tesis que sostengo un argumento poderoso, porque si la apendicitis evoluciona con canal abierto, no hay ninguna razón anatómica fisiológica o patológica para que la infección no se propague también fatalmente a las primeras porciones intestinales vecinas.

Al contrario, tratándose de estas toxi-infecciones, puedo considerar al ciego, al apéndice y a la porción terminal del ileon como a verdaderos *vasos comunicantes*, en física.

En efecto, las válvulas de Gerlach y de Bahuin no tienen allí ninguna misión que desempeñar de aislamiento, y las glándulas de Lieberkuhn, dedicadas a la absorción, son muy numerosas en esa región, terminal del ileon, y los folículos cerrados, origen de los linfáticos, se multiplican profusamente en ese lugar hasta formar las placas de Peyer de 10 a 12 centímetros, y el mismo apéndice parece un órgano linfoide de la misma naturaleza, de manera que la histología y la fisiología ya están en favor de mi tesis. Los ganglios del ciego rodean la porción terminal del ileon, colocados unos en el repliegue ileocecal anterior, y otros en el lado postero interno del ciego, y su infarto puede producir, según Tuffier, síntomas de oclusión intestinal, uno de los más frecuentes y primitivos de la apendicitis.

Ahora, los vasos linfáticos del ciego, apéndice y porción terminal del ileon, anastomosados, van al origen del mesenterio a una pléyade ganglionar de 130 a 150 ganglios, según Theile. Y es tan importante este sistema linfático que su inflamación prematura, frecuente en las apendicitis graves, puede producir las *parapendicitis de Quenu*, y se sabe que por esta vía linfática sigue frecuentemente su camino la infección apendicular que va a causar la peritonitis sin perforación, los abscesos lumbares, las zoítis, las pleuresías etc.

Y las venas del ciego y del apéndice unidas irían a la gran vena mezaraica, unas y esta particularidad explica los abscesos aereolares del hígado; y las otras irían del ciego a anastomosarse con las venas de la fosa ilíaca derecha por intermedio del sistema venoso de Retzius, anastomosis que explican el origen de algunos abscesos retrocecales!

Queda, pues, demostrado que anatómica, fisiológica e histológicamente, el ciego, el apéndice y la porción terminal del ileon no se pueden dissociar en la toxi-infección que estudiamos. Y fuera de estas nociones anatómicas, los he comparado a vasos comunicantes fundado en casos curiosos de patología: v. gr., ciegos largos, en ptosis, pueden presentar fenómenos semejantes a la apendicitis crónica, según Glenard, y la inflamación de los divertículos intestinales de la S ilíaca puede dar origen a la sigmoiditis o perisigmoiditis descrita por Mayo, semejantes a la apendicitis! Concadamiento de síntomas y características anatómicas que demuestran, hasta la saciedad, que la infección del apéndice, en los casos graves, debe propagarse a las porciones in-

testinales vecinas, y que la operación ordinaria de extirpar el apéndice no ataca esta causa de mortalidad!

Pero si hasta la misma antigua equivocación de atribuir a la tiflitis las lesiones apendiculares demuestra que la infección se propaga al ciego! Eleckin explica las peritonitis producidas por la ligadura de una asa intestinal sin perforación por la alteración de la pared intestinal y por los cambios biológicos que han exaltado la virulencia de la flora microbiana; pues precisamente esto hace la apendicitis: altera la pared intestinal con la cual no tiene solución de continuidad, y como uno de los síntomas más permanentes que se observan en las apendicitis graves, son los de oclusión intestinal: estancamiento de materias fecales y gases, vómitos etc., resulta que el experimento de Eleckin que sirvió al profesor Dieulafoy para su teoría de la cavidad cerrada, refuerza poderosamente mi tesis porque se debe tener presente que en la oclusión intestinal puede haber peritonitis con las paredes intestinales intactas.

Sin enumerar las muchísimas complicaciones de la apendicitis debo hacer hincapié en que la apendicitis grave tiene marcada predilección por producir procesos patológicos del lado del intestino, tales como perforaciones, gangrenas, ulcus simple duodenal u estomacal, lesiones que no se explicarían con la lesión aislada del apéndice, principalmente cuando ésta evoluciona con canal abierto, y mucho menos cuando la complicación tiene lugar después de nuestra operación ordinaria de extirpar el apéndice, como el absceso retrocecal, las tiflitis y peritiflitis, los focos peritoneales secundarios, seis, quince, veinte días después de la intervención usual, y *la perforación secundaria del intestino*, complicaciones tardías observadas por los grandes cirujanos que representan el cuerpo del delito—podiera decirse como los criminalistas—porque son la demostración palpable de que en la intervención tardía, en las apendicitis graves, dejamos un enemigo invencible en el ciego y en el intestino delgado, biológicamente alterados, llenos de flora microbiana con toxinas de terrible virulencia, y de donde lógicamente se deduce que con extirpar el apéndice no se ataca ese enemigo poderoso que seguirá batallando tenazmente y que es la causa eficientísima del tanto por ciento de la mortalidad! En estos casos ya nada sacamos con extirpar el apéndice, cuando es posible, lo que hacemos es destruir las adherencias, verdaderas fortalezas de defensa, trau-

matizamos los intestinos, ayudamos a la absorción de toxinas, ayudamos a arruinar al enfermo con el chock y le dejamos un foco de toxinas mortales y en peores condiciones de virulencia!

A reparar este descuido viene la técnica que propongo para estas casos graves y tardíos de intervención.

Todos los profesores y colegas habrán visto casos operados por muy buenos cirujanos que con toda la mejor técnica y los cuidados necesarios, han sucumbido varios días después de la intervención. Cuántos hombres notables, entre nosotros, han caído víctimas de estos fracasos? Rodolfo Valentino, el popular actor de cine, en Nueva York, el general Manguin, en París, murieron después de operaciones perfectas, practicadas por grandes cirujanos.

El doctor Martín Méndez S., en el número 11 de la *Revista de la Facultad de Medicina*, publica casos de éstos demasiado ilustrativos que debo reproducir aquí porque presentan enseñanzas muy elocuentes:

“El 24 de marzo de 1928 fui llamado a examinar un niño de doce años, que dos días antes había sido atacado súbitamente de un cólico intestinal y se le había dado como primera medicina, un purgante 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 fístula en el intestino, mas todo inútil, el enfermito muere en las primeras horas del día siguiente”.

Sigue el doctor Méndez: “. . . Yo vi un enfermo, joven de 24 años, estudiadiante, en quien se había diferido la operación. Lo vi, lo operé urgentemente en asocio de mis colegas, los doctores 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 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”.

“Y qué pensar de esas formas de apendicitis superagudas, tóxicas, violentas, con síntomas larvados, incipientes y engañosos, y que sin embargo matan sin la intervención precoz? Fresca aún tengo la observación de Máximo E., 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 gangrenado, nadando en un lago de pus horriblemente fétido. Dos horas después el enfermo moría en plena intoxicación”.

Como estos casos del doctor Méndez podría traerles miles.

En la toxemia apendicular es muy amarga la experiencia de nuestros cirujanos! Quién no ha visto los cientos de enfermos que perecen con síntomas de intoxicación renal, cerebral, hepática, y siempre repetimos la misma sentencia: *La muerte sobrevino porque la operación fue tarde*; yo tengo el valor o pretensión—puede que esté equivocado—de corregir: la muerte sobrevino porque el proceso patológico mortal ya no estaba únicamente en el apéndice, estaba en los intestinos, estaba en el ciego y en la porción terminal del ileon, convertidos por la toxi-infección en *vasos comunicantes*, de tal manera que el mismo índice de gravedad apendicular estaba ya marcado en las porciones intestinales vecinas, hasta por la misma ley del nivel de los líquidos. Podría llamar esta teoría la de la *toxi-infección en vasos comunicantes* (o tubos de cultivo), en las apendicitis graves no operadas a tiempo.

Y una digresión, con perdón de los señores profesores: siempre he creído que en nuestro país nos falta un estímulo para trabajar y que no podemos concebir nada bueno entre nosotros, porque estamos acostumbrados a esperarlo todo del extranjero. Y estoy convencido que tenemos cerebros capaces para

proseguir experimentos y tener escuelas científicas propias. Si miro alrededor, veo en cada uno de los honorables profesores que me escuchan, talentos capaces de sustentar con ventaja cualquier tema científico nacional. Me daría por satisfecho con que estas clases de trabajos, acogidos con benevolencia por la Academia, representaran un estímulo para el trabajo. Por mi parte, solo o con el apoyo de mis honorables colegas, seguiré publicando anotaciones únicamente hijas del sentido común, de la observación, del raciocinio obediente a la pura lógica. Y espero confiado la crítica científica.

Me parece que puedo sentar como tesis indiscutible que la apendicitis tiene la propiedad de exaltar la virulencia de los microbios contenidos en el ciego y en el intestino, es decir, que la infección no se localiza en el apéndice en las apendicitis graves no operadas a tiempo.

Es inútil recordar el cuadro de la apendicitis, pero sí debo hablar de la inyección para calmar el dolor, que con justicia anatematiza el honorable colega doctor Méndez. En nuestro medio social, lo primero que se le pide al médico es que alivie al enfermo, y si no aplica la inyección malhadada, la familia llama a otro, porque dice que no fue capaz de calmar el sufrimiento por el afán de proponer la intervención a la cual es adversa por el predominio del *método de espera*.

Se debería aprobar esta tesis definitiva: la apendicitis se debe operar lo más pronto posible y para esto es urgentísimo confirmar el diagnóstico desde las primeras horas. Y si operado así el enfermo se agrava, y no reacciona como en las operaciones apendiculares ordinarias, se debe aplicar inmediatamente la técnica que propongo, y con mayor razón cuando el cirujano ha sido llamado tarde!

De manera que en estos casos ya no podemos decir a la familia:

—Resignación: el caso es fatal porque han llamado tarde!

Ya no podemos asistir como simples espectadores a la escena que nos describe con mano maestra el doctor Méndez en el artículo citado:

“Operar y operar pronto, ojalá dentro de las primeras cuarenta y ocho 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

(es opinión valiosa del doctor Méndez).

“He visto también tántos desastres, escuchado también de otros labios tántas 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 o congojas de los amigos y parientes, que también ayudaron a desencadenar ese su premo instante”.

Si esto sucede en las grandes ciudades y centros importantes, ¿qué sucederá en las poblaciones y campos?

Señores, en esos lugares se necesita más valor y poder para luchar contra el *tegua* que contra la enfermedad!

Cuando el cirujano llega ya ha pasado por allí el bendito *tegua* que con el título de *licenciado para ejercer la medicina*, título inventado por algún Sancho-emperador, que con una plumada intenta anular la Facultad de Medicina. Porque para qué sirve una Facultad si autoridades ignorantes pueden dar estos títulos fatídicos que representan una burla para los estudios médicos y son una irrisión para los pobres estudiantes que gastan la vida sobre los libros, en los hospitales, anfiteatros, laboratorios?

Qué profesional tendrá la abnegación suficiente para dedicarse al estudio continuo para que el *tegua* insolente le suplante o vaya a ocupar la misma categoría en el ejercicio de la profesión?

Y cuando llega el cirujano ya el doctor Licenciado ha ordenado los grandes lavados intestinales y los purgantes necesarios que, con los nombres de muchos específicos, consideran indis-

ESTAFILASA del D^r DOYEN

Solución concentrada, inalterable, de los principios activos de las levaduras de cerveza y de vino,

Tratamiento específico contra las Infecciones Estafilocóccicas :
ACNÉ, FORUNCULOSIS, ANTRAX, etc.

MICOLISINA del D^r DOYEN

Solución coloidal fagógena polivalente.

Provoca la fagocitosis, evita y cura la mayor parte de las **ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

2 FORMAS: MICOLISINA BEBIBLE y MICOLISINA INYECTABLE.

Vino de Bugeaud

Tónico-Nutritivo, con Quina y Cacao.

Actúa por la Teobromina y por los Alcaloides de la Quina en la **NEURASTENIA, la ANEMIA y las CONVALECENCIAS**

Tratamiento específico completo de las *Afecciones Venosas*

Venosina

Comprimidos compuestos de *Hipófisis y Tiroides* en proporción prudencial, de *Hamamelis, Castaña de India y Cltrato de Sosa.*

PARIS, P. LEBEAULT & C^{ia}, 5, Rue Bourg-l'Abbé
POR MENOR: **PRINCIPALES FARMACIAS.**

SOLUCALCINE

Cloruro de calcio puro y estable — 30 gotas 1 gr.

RÉCALCIFICANTE - HEMOSTÁTICO

TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LAS HEMORRAGIAS QUIRURGICAS
Y OBSTÉTRICAS

OPOTERAPIA

por los

FERMENTOS ORGANICOS ZEVOR

(Grajeas à base de todos los organos)

LEVADURA COIRRE

LEVADURA SECA DE CERVEZA

LABORATORIOS DEL DOCTOR COIRRE

PARIS - 5, Boulevard du Montparnasse, 5 - PARIS

CHLORO-CALCION

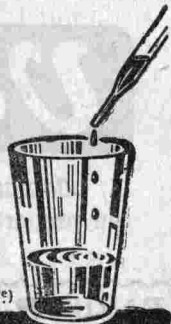
SOLUCIÓN DOSIFICADA DE CLORURO DE CALCIO ESTABILIZADO QUÍMICAMENTE PURO
1/2 cucharadita u 80 gotas = 1 gramo de-Ca Cl²

DIRECTAMENTE ASIMILABLE

Recalcificante

Hemostático

Desclorurante



Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS - 9, Rue Castex - PARIS (19^e)

Muestras: Señores PANNIER y PREVOSTEAU, Apartado 1063,
BOGOTA (Colombia).

pensables para curar el cólico intestinal que han diagnosticado, fuera de las inyecciones de morfina a alta dosis!... Y esta visita tiene lugar, cuatro, seis, ocho días después de iniciada la apendicitis! Y el abdomen está a punto de estallar, y si intenta una operación clásica el enfermo se muere hasta en la mesa de operaciones, y el tegua es el primero que propala que el cirujano lo mató.

Aquí es donde provoca volver la espalda y repetir la fórmula acostubrada: *el enfermo está perdido porque nos han llamado tarde!*

Pero esta conducta ya no es posible: ¡la considero criminal! Es preciso salvarse de una terrible responsabilidad y luchar contra el medio hostil y en favor de estos moribundos a costa de grandes sacrificios!

Es preciso practicar el *ano ilíaco* a nivel del apéndice; puedo llamar la operación: *ano ilíaco apendicular*.

Con la técnica descrita en el trabajo practicamos esta sencilla intervención buscando como puntos de reparo la terminación del ileo y las franjas longitudinales, procurando, en cuanto sea posible, llegar a la base del apéndice. Se prolonga o inclina un poco la incisión de la pared del ciego hacia la válvula de Bauhin. Si el apéndice está en su posición normal, la extremidad inferior de la incisión busca la base del mismo, y si es retrocecal, se busca el orificio en la cavidad del ciego para colocar el dren correspondiente.

Respecto de la técnica, podría concluir que intento combinar el ano cecal de *Pillore* con la enterostomía de *Nelaton*, y lo hago, repito, fundado en la noción antómico-histológica de que allí están la mayor cantidad de folículos cerrados origen de los linfáticos y muchas glándulas de *Lieberkuhn* y que por lo mismo allí está el mayor peligro de absorción y el más eminente peligro de perforación... y quizá, esta particularidad anatómica imponga también esta intervención en las tifoideas muy graves con tendencia a la perforación, aun cuando no haya apendicitis, desde luego que la localización de las infecciones *Eberthianas* tiene lugar en los folículos cerrados de las placas de *Peyer*, y desde luego que el apéndice tiene una constitución anatómica semejante y la infección apendicular principia en el mismo punto, es decir, por una foliculitis. Y la prueba es que allí es más

frecuente la perforación en la fiebre tifoidea y el cirujano debe buscarla allí, en primer lugar.

Por esta razón, la operación racional en las apendicitis de la fiebre tifoidea sería el ano ilíaco a nivel del apéndice, en lugar de trasplatación del mismo, propuesta por varios cirujanos.

Con respecto al avenamiento soy ecléctico: entre los extremos representados por los partidarios de los tubos de caucho, únicamente, como Pierre Duval, y los que prefieren el Mikuliez, como Jean Luis Faure. Cuando el ano ilíaco se puede hacer fijando la pared intestinal a la piel, prefiero únicamente los drenes. Sigo a Duval: cuando el ano ilíaco queda profundo donde ya están las adherencias que se deben respetar, usa los drenes de caucho separándolos con otros de gasa, que tienen la ventaja de que cuando se retiran las gasas dejan los cauchos con avenamiento por su cara externa: sigo, en parte, el procedimiento de Faure.

Cuando propongo el drenaje intracecal del apéndice, parto de la opinión muy autorizada, de grandes anatómicos como Testut y Jacob, quienes demuestran que la válvula de Gerlach no tiene una constitución anatómica que permita el estrangulamiento apendicular, de manera que cuando se presenta—como en la gangrena—, debe haber allí bridas u otro proceso patológico que se debe drenar. Puede ser que para los ilustres profesores parezca muy atrevida la tesis que sostengo: *Si en la operación en frío y en un ataque agudo, antes de las primeras treinta y seis horas la intervención debe dar mortalidad, pasado el tiempo oportuno de la operación, en los casos llamados mortales de apendicitis, el ano ilíaco apendicular tampoco debe dar mortalidad*—con raras excepciones.

Lo sostengo porque he visto verdaderas resurrecciones; la reacción de estos enfermos condenados a una muerte segura, cuando se practica esta sencilla intervención es portentosa; no he tenido un solo caso fatal...

“La ptomaína de la intoxicación bacteriana es semejante al envenenamiento por los alcaloides; y si puede ser dominado el inmediato y abrumador efecto y se impide la absorción, y se favorece, la eliminación se evitará el resultado fatal”, dice el profesor Murphy. Y si esto ha experimentado el eminente cirujano de Norte América con la *proctocclisis*, lo mismo puedo decir del

ano ilíaco apendicular—y si allí se aplica la protoclisis, que sería lo racional—los resultados serán sorprendentes.

Algunos colegas me han indicado que debo enumerar con claridad las indicaciones del ano ilíaco porque fuera de los casos que a la simple vista se consideran mortales por el tiempo de la intervención demasiado tarde o por la gravedad extraordinaria de los síntomas, cuando se operan apendicitis insidiosas, por el procedimiento actual, el cirujano necesitaría reglas para orientarse y no practicar una operación inútil por lo menos, o dejar de hacerla cuando evitaría un resultado fatal.

Pues bien: el examen cuidadoso del enfermo suministra estos datos, “*el grito de alarma del peritoneo*” del Profesor Jacob proporciona un índice muy seguro y, al tiempo de la operación, el examen de la serosa visceral y de las paredes del intestino da los otros datos, fuera de los enumerados en el trabajo a que me refiero. Peritoneo visceral que se deja desgarrar y que no permite las suturas, indica la necesidad del ano ilíaco porque el proceso patológico ya ha pasado a los intestinos. Lo mismo indican el color anormal de las paredes intestinales, puntos o placas negruzcas con una dilatación inflamatoria de los vasos mesentéricos.

Y cuando haya mucha duda, se podría dejar un punto de fijeza de la pared correspondiente del ciego a la pared abdominal, en previsión de un ano ilíaco de urgencia en caso de reacción adversa del operado con la apendicectomía acostumbrada.

Creo que el ciego tiene cierto grado de fijeza por los ligamentos superior e inferior de Tuffier, por la continuación con el colon ascendente y que no hay ninguna contraindicación para agregar otra adherencia limitada a su pared anterior; al contrario: creo demostrar en mi trabajo que esta técnica evita las hernias postoperatorias, tan comunes en las supuraciones prolongadas (de tres y medio a veinte por ciento).

Sostengo en mi trabajo que el quinteto apendicular de Murphy, debidamente analizado puede dar también las indicaciones del ano ilíaco, y debo ampliar que el síntoma *dolor*, estudiado a la luz de los datos anatómicos es sumamente importante.

Por ejemplo: dolor fuerte en la región hepática, subfrémica o en el hombro derecho debe indicar que la toxi-infección puede seguir la vía venosa, por la gran vena mezaraica, y con los otros síntomas de gravedad, el cirujano ya sabe que si pierde tiempo

y no impone el avenamiento correspondiente se le presentará la *toxemia apendicular*; el dolor fuerte hacia la región lumbar, por las mismas anastomosis venosas que recordamos, indicará el peligro del absceso retrocecal etc. Y esto mismo nos explica por qué las múltiples teorías para explicar el dolor tienen su fondo de verdad, v. gr. La teoría de Lennander que atribuye el dolor a linfangitis que irradian de la región apendicular puede ser evidente cuando la infección sigue a la pléyade ganglionar del origen del mesenterio, como en la para-apendicitis de Quenu; cuando hay dilatación enorme de los intestinos, como cuando sobreviene el ataque apendicular después de una comida copiosa, puede ser producido el dolor por el aumento de tensión de los gases intestinales, como lo indica Rovsing, y aquí el peligro de peritonitis por perforaciones es mayor, por la misma razón; cuando se unen al dolor marcadas contracciones intestinales, puede tener razón Moullen cuando cree el síntoma es debido al peristaltismo intestinal, y el cirujano tiene en cuenta los peligros concomitantes de la oclusión intestinal.

Creo también, que en las apendicitis operadas tardíamente se debe sentar como regla de conducta la que da el profesor Murphy para los casos de apendicitis durante el embarazo: *La extensa manipulación del peritoneo y de las vísceras prolonga la operación y es responsable del aborto y de la absorción y no está jamás justificada.*

Sostengo también que no se encontrará una sola objeción valiosa contra esta técnica que debe revolucionar la cirugía en los casos desesperados de apendicitis, pero como me alargaría demasiado, como puedo estar equivocado en muchos puntos, espero que el informe del eminente profesor Salgar corregirá las equivocaciones y nos dará una luz muy clara en la discusión.

Termino con esta última consideración: todos los médicos y cirujanos tienen que haberse preguntado a sí mismos: ¿por qué razón cuando se opera en las primeras horas de la apendicitis la curación del enfermo es segura, y por qué pasado este tiempo la mortalidad es tan grande? La respuesta se la dejo a mi teoría: porque la toxi-infección no ha tenido tiempo de pasar a los *tubos comunicantes de cultivo vecinos*.

Por qué se enfrían muchas apendicitis? Porque la infección apendicular no es muy grave y es posible el avenamiento por los tubos comunicantes al canal intestinal o por otra parte, como

sucede en los abscesos que se abren espontáneamente en el recto, vagina, vejiga etc., casos que demuestran que si la naturaleza cura así muchas apendicitis, con mayor razón debe curarlas un avenamiento directo al exterior.

Y suplico al señor Presidente de la Academia que ordene agregar estas explicaciones a mi trabajo porque en parte lo complementan.

