Sesión científica del día 2 de marzo de 1931.

PRESIDENCIA DEL DR. PI SUÑER

La oclusión intestinal mecánica en la apendicitis.

POR EL DR. MANUEL CORACHAN

Dos son las causas principales de muerte en la apendicitis: la peritonitis y la oclusión. La primera, o sea la peritonitis apendicular, por ser tan frecuente, es bien conocida de todos los cirujanos; no sucede lo mismo con la segunda, o sea la oclusión intestinal, que se presenta sólo de tarde en tarde. Esto no obstante, su conocimiento es de gran importancia, pues representa un problema vital para el enfermo.

Con De Marchi (1) debemos distinguir los dos tipos clásicos de ileus, el paralítico o dinámico y el mecánico. El ileus paralítico está presente en las peritonitis agudas, y, por tanto, más o menos acentuado en las de origen apendicular. También se observa, después de apendicectomías en frío, en las que una infección operatoria accidental provoca una peritonitis, con la parálisis intestinal correspondiente. Ejemplo de ello son los casos publicados por Dudley (2), Huguier y Lasnos (3), etc. En la observación Jacquemaire (4), el ileus dinámico era de tipo espasmódico, y probablemente debido a una ligera infección operatoria. El ileus mecánico es aquel en el que la interrupción de las materias intestinales, es producida por una causa orgánica (bridas, adherencias, absceso que comprime, etc.), que obra acodando o estrechando la luz del intestino. Este segundo tipo de ileus es el que va a ser objeto de estudio, en el presente trabajo. Estudiaremos sucesivamente, su frecuencia, formas clínicas, etiología, diagnóstico y tratamiento.

Frecuencia.—La oclusión intestinal mecánica de origen apendicular es una complicación relativamente rara. Warren (5) en una estadística de 1011 apendicitis observa 34 casos de oclusión intestinal o sea un 3'36 por ciento. Nosotros sobre 324 casos de apendicitis, hemos observado 22 casos de oclusión intestinal de los que 6 eran de oclusión mecánica o sea un 2 por 100.

Formas clínicas.—Las formas clínicas dependen del momento en que aparece la oclusión intestinal, que es variable. Puede observarse durante la misma crisis apendicular, (compresión del ileón por un apéndice inflamado y adherido, por un absceso, etc.), o como más frecuentemente sucede, durante el curso post-operatorio e incluso más tarde (abcesos residuales o adherencias inflamatorias que comprimen el intestino delgado) Voncken (6) en una interesante memoria sobre este asunto, distingue la oclusión intestinal apendicular en: *primitiva*, contemporánea de la infección apendicular, *precoz*, que aparece en los primeros días que siguen a la intervención; y *tardía* cuando se manifiesta después de un período de curación aparente, entre el 8° y el 15° día después de la operación, o aun más tarde.

De oclusión primitiva o sea aparecida al mismo tiempo que evoluciona la peritonitis apendicular sólo hemos observado el siguiente caso:

Observación núm. 1773, L. 4.°.—*Apendicitis aguda complicada con un síndrome de oclusión intestinal. Se interviene a los 7 días; apendicectomía; curación.*—Juan T. de 37 años ingresa en mi clínica particular con apendicitis que ha empezado hace una semana y que durante los tres últimos días se ha complicado con un síndrome de oclusión intestinal. En el momento del ingreso mal estado general con vómitos porráceos.

Operación de urgencia (14-III-30) con anestesia raquídea. Incisión infraumbilical. Adherencias intestinales entre sí con la pared. Se deshacen estas adherencias, saliendo pus de la fosa ilíaca derecha. Apéndice muy inflamado y adherido. Apendicectomía e invaginación del muñón. Drenaje. Alta 11 abril 1930.

Del tipo de oclusión post-operatorio precoz hemos observado un caso muy característico:

Observación núm. 1286, L. 3.°—*Apendicitis aguda con abceso; apendicectomía y drenaje; oclusión intestinal; segunda intervención a los 7 días de operado; ano artificial; tercera intervención; cura radical del ano artificial; curación.*—Carmen C., de 7 años, hace 8 días intenso dolor abdominal sin localización precisa y acompañado de vómitos. Temperatura hasta 38° grados El primer día se le administra un purgante. La enferma se agrava paulatinamente, la temperatura asciende, la facies se altera, pulso pequeño. Ingresa en mi clínica particular el día 1 de noviembre 1927.

A la exploración se encuentra el abdomen ligeramente meteorizado con defensa muscular más acentuada en hipogástrio y ambas fosas ilíacas; peristaltismo intestinal muy acentuado con bazuqueo. Al tacto rectal, fondo de saco de Douglas ocupado sin fluctuación. Cara desencajada, disnea orina escasa. Pulso 120. Temperatura 37,8.°

Operación de urgencia. Anestesia eterea con el aparato de Ombredanne. Laparotomía media infraumbilical. Vejiga urinaria distendida rechazando el fondo de saco peritoneal hasta la mitad de la distancia pubo-umbilical. Epiploon mayor y asas intestinales adheridas a la vejiga dificultando la exploración.

Se amplia el campo operatorio con una incisión transversal derecha sobre la fosa ilíaca derecha. Al despegar las adherencias epiploicas e intestinales, se abre una colección purulenta de la que salen unos 100 c. c. de pus. En medio del magma intestinal se encuentra un apéndice flogoseado y perforado en su punta. Extirpación sub-serosa del apéndice, invaginación del muñón y protección del mismo con el mesoapéndice. Tubo de goma y mechas de gasa como drenaje en el Douglas. Cierre incompleto de la pared en tres planos.

Curso post-operatorio. Durante las primeras 24 horas la enferma orina. Movimientos peristálticos y algún vómito. Al tercer día continúan los vómitos y estreñimiento. Se le administra un enema de glicerina, con lo que se obtiene una deposición y ventosidades. Durante el cuarto día el mismo cuadro. Un enema de sulfato de magnesia no surte efecto alguno, sólo expele algún gas. En días siguientes la enferma no va de vientre a pesar de los medios terapéuticos empleados, por lo que se decide intervenirla.

Segunda operación, el día 7 de noviembre 1927. Anestesia etérea con el aparato de Ombredanne. Incisión sobre el borde externo del músculo recto izquierdo. Se cae en péritoneo libre. Asas de intestino delgado muy dilatadas. S ilíaca y colon descendente retraídos. Siguiendo el asa del intestino distendida, se llega a la pelvis, donde se observa que dicha asa está acodada por bridas frágiles que son fácilmente desprendidas. Inmediatamente se nota como gases y líquidos corren hacia el extremo distal, pero debido a que existen otras asas intestinales adheridas al fondo de la pelvis difíciles de liberar, se procede a practicar una enterostomia a nivel del final del asa distendida, cerrando previamente la pared en dos planos. El hecho de haber practicado en este caso un ano sobre intestino delgado está justificado por la gran cantidad de adherencias que existían y por el nivel de la oclusión. Prácticamente no se podía hacer otra cosa.

Curso post-operatorio. Se expelen heces fecales por el nuevo ano. El día 19 de noviembre primera deposición abundante por el recto. A partir de esta fecha se regularizan las deposiciones.

Tercera operación, el 10 de enero de 1928. Anestesia etérea con el aparato de Ombredanne. Incisión circular alrededor del ano artificial, disecando y liberando las paredes del intestino, pero sin llegar a abrir el peritoneo. Cierre de la brecha intestinal por medio de una sutura transversal, después de haber avivado sus bordes. Un primer plano muco-mucoso. Segundo plano sero-muscular y un tercer plano de tejido celular subcutáneo incluyendo algunas fibras de la aponeurosis del oblicuo mayor. Piel con crin. Previamente se había colocado una sonda rectal hasta el colon ascendente para facilitar la expulsión de los gases.

Curso post-operatorio. Después de una ligera bronquitis que cede al tercer día, la enferma cura con facilidad, siendo dada de alta el 23 de enero de 1928.

Del tipo tardío tenemos dos observaciones, muy típicas:

Observación n.° 804, L. 2.°—*Absceso apendicular; incisión y drenaje; oclusión intestinal; a los 40 días de operado nueva intervención, sigmoido-sigmoidostomía; curación.*—Miguel R., de 48 años, ingresa en mi clínica particular con un cuadro de apendicitis supurada, cuyo comienzo databa de un mes.

Operación de urgencia el 9 de Mayo de 1925. Bajo anestesia con cloruro de etilo es desbridado un abceso de la fosa ilíaca derecha, saliendo más de un litro de pus fétido y cremoso; se dejan dos tubos de drenaje.

El curso post-operatorio al principio es favorable. Pero, el día 28 de Mayo aparece una fístula ester-

corácea, formándose en días sucesivos un plastron en la fosa ilíaca derecha. El día 16 de Junio se cierra la fístula estercorácea, apareciendo 24 horas después un síndrome de oclusión intestinal incompleta: vientre cerrado, ruídos hidroaéreos y clapoteo intestinal.

Segunda operación el día 18 de Junio por la tarde. Anestesia etérea con el aparato de Ombredanne. Laparotomía media infraumbilical. Se encuentra la S ilíaca adherida por su parte media al ciego y apéndice, formando un bloc de adherencias que llena la fosa ilíaca derecha y que es imposible deshacer. La S. ilíaca está enormemente dilatada por encima de su adherencia; en cambio, por debajo se encuentra vacía. Se practica una anastomosis entre la parte dilatada y la vacía de la S ilíaca. Cierre de la pared en tres planos.

Curso post-operatorio. Inmediatamente después de la operación, vuelve a abrirse la fístula estercorácea, pero a partir del día 21 de Junio, se empieza a agotar hasta que se cierra completamente.

Observación n.° 1240.—*Apendicitis con peritonitis generalizada. Apendicectomía y drenaje. El enfermo cura, y al mes y medio de operado presenta un cuadro de oclusión mecánica. Se interviene, deshaciendo adherencias, pero fallece a las dos horas de operado.*

N. N. de 22 años de edad, soltero, natural de Badalona. Individuo de tipo enfermizo. Ingresa en mi clínica particular, el día 6 de Octubre de 1930, a los cinco días de haber aparecido una crisis apendicular, y después de habérsele administrado cuatro purgantes. Al tercer día fué visto por un médico que diagnosticó una peritonitis.

Ingresa con abdomen distendido, con ligera resistencia en la fosa ilíaca derecha, pulso filiforme, cara afilada, etc.

Intervención. Apendicectomía, con drenaje, por peritonitis sero-purulenta.

El enfermo sigue bien, administrándosele durante los primeros días, suero hipertónico y suero antigangrenoso. Se retiraron los tubos de drenaje, siguiendo su curso excelente, aunque con ligero estreñimiento.

Al mes y medio de intervenido, se iba a darle de alta, cuando una noche deja de cenar por poco apetito, y a las dos de la madrugada aparecen dolores cólicos muy intensos, acompañados de vómitos, cuatro horas más tarde. El cuadro se agrava y a las 9 de la mañana presenta vómitos porráceos, cara afilada y pulso a 120, por lo que es intervenido de nuevo.

Por laparotomía, en línea media, se encuentran las asas intestinales adheridas unas a otras, en unos puntos muy dilatados y en otros sin dilatar. En la fosa ilíaca derecha es donde las adherencias eran más intensas. Se deshicieron en lo posible las adherencias, pero el enfermo sucumbió dos horas después de operado.

Existen, no obstante, casos que aparecen muy tardiamente y que no son tenidos en cuenta en la clasificación de Woncken (6). En el caso publicado por Vergoz (7) el síndrome de oclusión intestina no apareció sino a los 7 años de haber practicado una apendicectomia. Nosotros hemos tenido dos casos de oclusión intestinal mecánica aparecida a los 7 y 20 meses respectivamente de haber drenado una apendicitis supurada. Las historicas clínicas de estos dos enfermos son las que siguen:

Observación n.° 765, serie C.—*Apendicitis supurada; incisión y drenaje; sin apendicectomía; nueva intervención, cura radical de la eventración post-operatoria. Cuadro de oclusión intestinal a los seis meses de operado, tratado médicamente; nuevo síndrome de oclusión a los siete meses de operado, por brida que extrangula el intestino delgado. Extirpación de la brida y del apéndice; curación.* Juan M., de 22 años, ingresa en mi clínica hospitalaria con un cuadro de apendicitis aguda que data ya de 18 días.

Operación de urgencia el día 13 de Febrero de 1927. Anestesia raquídea. Laparotomía infraumbilical mediana. Asas de intestino delgado dilatadas, abceso estercoráceo en la fosa ilíaca derecha y otra en el espacio inframesocólico. En la región apendicular se encuentra un magma inflamatorio sin poder vislumbrar el apéndice. Drenaje con tubos y gasa. Cierre incompleto de la pared en tres planos.

A los dos meses se le da el alta, curado. Queda una eventración en la pared para interventir más tarde.

Segunda operación (13 de Julio de 1927). Anestesia raquídea. Extirpación de la cicatriz cutánea que se encuentra adherida a peritoneo y a algunas asas de intestino delgado. Epiplóon mayor y asas intestinales adheridas entre sí en el fondo de la pelvis; la exploración del ciego es difícil y peligrosa. Se rehace la pared abdominal, abriendo las vainas de los músculos rectos y suturándola en 3 planos; un primer plano peritoneo y hoja

posterior de las vainas; un segundo adosando los dos músculos rectos y un tercero suturando las hojas anteriores de las vainas. Curso post-operatorio normal.

Reingresa el 5 de Agosto con un cuadro de oclusión intestinal, que cede con un tratamiento médico, y es dado de alta.

Tercera operación; el 10 de Septiembre reingresa en el servicio del Dr. Ribas y Ribas, con un nuevo síndrome de oclusión intestinal, y es intervenido de urgencia, encontrando en la operación una brida que estrangula una asa de intestino delgado. Se encuentra el apéndice muy flogoseado, siendo extirpado.

Observación n.º 715, Serie C.—*Apendicitis aguda; apendicectomía y drenaje; oclusión intestinal por bridas a los 20 meses de la apendicectomía; operación con mejoría del enfermo; a los 8 días nuevo cuadro de oclusión seguido de muerte.*

Fidel B., de 26 años, ingresa en mi clínica hospitalaria el día 29 de Diciembre de 1926. Este enfermo, desde hace ya un año cada 2 ó 3 meses ha sufrido crisis dolorosas abdominales, particularmente localizadas en la fosa ilíaca derecha, con náuseas y vómitos. Después de 2 ó 3 días los dolores calmaban y se presentaban deposiciones.

Hace 3 días intenso dolor abdominal, primero localizado alrededor del ombligo, más tarde en la fosa ilíaca derecha. Náuseas y vómitos. Síntomas de paresia intestinal.

A la exploración se observa una facies peritoneal, abdomen contracturado y doloroso a la presión, principalmente en la fosa ilíaca derecha. Este enfermo está afecto de una coxalgia izquierda en evolución.

Operación de urgencia el mismo día del ingreso. Anestesia general con el aparato de Ombredanne. Laparotomía media infraumbilical. *Una vez abierto el peritoneo sale una gran cantidad de pus.* Peritoneo con síntomas de inflamación. Por las dificultades que se presentan en la busca del apéndice se agranda el campo operatorio por medio de una incisión transversal hacia la derecha. Una vez encontrando el apéndice se extirpa, invaginándose el muñón. Se deja un tubo de drenaje en el fondo de Douglas y otro en el punto de implantación del apéndice.

Curso post-operatorio bueno. Alta el día 12 de Mayo de 1927, después de haber tratado su coxalgia, de la que está muy mejorado.

Reingresa el día 10 de Noviembre de 1928, o sea 20 meses después de operado, con un cuadro de oclusión intestinal agudo, que data de ocho días.

Operación. Es intervenido por el médico de guardia, encontrando el final del ileón estrangulado por una serie de bridas y adherencias externas. Se deshacen estas adherencias y se cierra el abdomen rápidamente, a causa del mal estado general del enfermo. Pulso casi imperceptible.

Se administra suero, tónicos cardíacos y suero clorurado hipertónico; consiguiéndose a las 48 horas *una extraordinaria mejoría del enfermo. Pulso a 110. Ha expulsado ventosidades.* No obstante, a los 6 días de la intervención aparecen nuevos fenómenos de oclusión, acompañados de esfacelo de la herida operatoria, falleciendo el enfermo 2 días más tarde.

Al lado de estos casos de oclusión aguda existen otros de oclusión subaguda, que se resuelven por vaciamiento de un abceso, con aplicaciones de diaterma, etc., etc., sin que por esto queramos decir, que los casos con poca sintomatología sean leves. Adridge Matlhews (8) publicó un caso de torsión de intestino sobre un apéndice inflamado, que hizo necesaria una resección intestinal de 12 centímetros y su enfermo apenas presentaba síntomas (abdomen poco distendido, sin dolor y sin vómitos).

Etiología.—Ya hemos dicho que la apendicitis como causa directa de la oclusión intestinal, generalmente obra por medio de adherencias que acodan o torsionan el intestino. Más raramente, el estrechamiento de la luz intestinal es producida por un apéndice inflamado que rodea a manera de anillo un segmento intestinal. Como hace observar muy bien Royster (9), cuando vemos las lesiones que se observan en cada caso de apendicitis nos admiramos de que la oclusión intestinal no sea más frecuente. Según este autor, su rareza seguramente es debida a que el apendice pocas veces se dirige hacia adentro y yace directamente sobre el intestino delgado. Como ya hemos dicho más arriba la oclusión intestinal durante una crisis apendicular es rara: no obstante, recientemente a más del nuestro, han publicado casos de Petit (10), Caraven (11), Matlhews, (8), Hunke (12) etc. Como caso raro podemos citar el observado por Wegener (13), en 1925, en que

la oclusión era debida a un tumor quístico de la punta del apéndice, adherido inflamatoriamente a la pared de colon ascendente y actuando como un cuerpo extraño.

Mucho más frecuente es la oclusión después de una intervención cruenta por apendicitis. En efecto, después de una operación las adherencias pueden interesar las formaciones anatómicas vecinas al apéndice, siendo los factores básicos provocadores de la infección y el traumatismo. Según Mora (14) existen peculiaridades individuales en la reacción del peritoneo a la infección y al trauma. En algunos enfermos, pequeños traumatismos provocan grandes adherencias, mientras que en otros una prolongada manipulación no produce ninguna reacción importante.

En una gran mayoría de casos la oclusión es debida a adherencias inflamatorias (de origen peritonítico) que aglutinan las asas intestinales y cuyo síndrome aparece después de una operación por apendicitis aguda; apendicectomia en caliente (casos de Wianney (15), de Autefage (16), de Maisonnet (17), etc., o complicada de abcesos (caso de Baranger (18), y nuestros 5 casos cuyas historias hemos expuesto.

Debemos hacer mención especial de una causa de oclusión post-operatoria que ha sido considerada por parte de algunos cirujanos como muy frecuente. Nos referimos a la oclusión provocada por la adherencia del intestino delgado a nivel de un muñon apendicular no invaginado. De ahí la necesidad, dicen los autores que han observado casos de esta naturaleza, de invaginar bien el muñón apendicular para que no aparezcan posteriormente fenómenos de oclusión. Recientemente, Fiolle y Hayem (19) han presentado dos casos muy demostrativos de este tipo de oclusión intestinal. En uno de ellos al reintervenir la enferma el 8.° día de una apendicectomia, encontraron una asa intestinal acodada y adherida al ciego exactamente a nivel de donde había sido seccionado el apendice. En el otro caso, la oclusión apareció a los 3 años de una operación por peritonitis supurada apendicular y en la que, dado el volumen enorme del muñón, éste no pudo ser invaginado. En la operación se encontró una brida que partía del muñón y que estrangulaba el intestino. A propósito de estos casos, de Martel (20) niega que las adherencias sean debidas al muñón no invaginado; cree más bien que ellas sean debidas a las lesiones de peritonitis y para ello se apoya en la observación de cuatro casos personales observados desde el año 1023, época en la que tuvieron lugar todas estas discusiones sobre la invaginación o la no invaginación del muñón. En estos cuatro casos la oclusión era provocada por adherencia del intestino delgado al ciego y no obstante, en los cuatro enfermos el apendice había sido muy bien invaginado después de su extirpación. Así pues, según de Martel la verdadera causa de la oclusión intestinal después de una apendicectomia, es la peritonitis, y no la forma como se trata el muñón apendicular.

No obstante, en algún caso la oclusión puede ser debida a la mala tecnica seguida en la invaginación del muñón. Oudard (21) al ocuparse de esta complicación post-operatoria del apendicitis, dice que cree que la causa puede ser debida a una invaginación deficiente del muñón apendicular, que se enclava en la válvula ileocecal.

Diagnóstico. — Según Royster (9) es muy difícil el diagnosticar si un caso es una simple apendicitis, una oclusión intestinal o ambas a la vez. Por regla general, el intestino es fácilmente vaciado con un enema en la apendicitis y si no sucede así, debe sospecharse la oclusión intestinal, no perdiendo de vista el apéndice como posible causa de ello.

En algunos casos en que se teme una oclusión intestinal mecánica u orgánica, puede ser que se trate simplemente de una infección peritoneal que produzca síntomas de acción paralítica sobre el mecanismo nervioso del intestino. Estos casos son difíciles de diferenciar, si bien hay datos clínicos que pueden ayudarnos. En el ileus paralítico de la peritonitis, la detención de materias y gases es menos absoluto, el dolor se generaliza más rápidamente. La contractura parietal es más pronunciada, el derrame más rápido y abundante en los flancos, la dilatación abdominal es difusa y hay una ausencia total de movimiento peristáltico; los vómitos no son fecaloideos sino porráceos y menos abundantes.

Sin embargo, el diagnóstico de la oclusión intestinal como complicación pre-operatoria de una apendicitis tiene poca importancia, pues tanto en uno como en otro diagnóstico la indicación es la misma: intervención quirúrgica urgente. Atendiendo a la posibilidad de una oclusión, al intervenir por apendicitis aguda es de aconsejar se explore cuidadosamente el ileon terminal, el colon ascendente y sigmoideo, liberándolos cuando estén tensionados o adheridos; así podrán evi-

tarse algunos casos de oclusión post-operatoria. El empleo mínimo de tubos de drenaje, y su buena colocación cuando son necesarios, contribuirá a disminuir el número de casos de ileus.

Por lo que se refiere al diagnóstico de los casos de oclusión post-operatorios, hay que reconocer que es fácil. Se trata de enfermos que hace más o menos días que han sufrido una operación por apendicitis aguda (apendicectomia, incisión de un abceso) y que de pronto presentan un cuadro de oclusión intestinal más o menos típico que induce al cirujano a intervenir de nuevo. En los casos de oclusión intestinal mucho tiempo después de una crisis apendicular o de una operación sobre este órgano, la historia previa de una crisis o de una intervención sobre el apéndice nos harán *sospechar sea este último la probable causa de la oclusión.*

Pronóstico. — El pronóstico de la oclusión intestinal de causa apendicular por ser debida, como hace observar Warren (5), a un proceso inflamatorio, es grave y de tratamiento difícil. De los 34 casos observados por este autor, 13 correspondían a la forma primitiva, es decir, apareció la oclusión concomitantemente con inflamación apendicular y todos ellos curaron después de la operación; los otros 21 corresponden a oclusiones post-operatorias y se observó una mortalidad de 33,3 %.

Tratamiento. — El tratamiento de la oclusión mecánica de origen apendicular siempre es operatorio. En los casos que sobrevienen durante la crisis apendicular, resolveremos la causa de la oclusión al practicar la apendicectomia de urgencia. Cuando observemos un síndrome de oclusión intestinal algunos días después de una operación por apendicitis, la indicación operatoria es también urgente. Por lo que se refiere a la técnica a seguir, no difiere de la que se emplea en los casos corrientes de oclusión intestinal mecánica. Como hemos expuesto al detallar las historias clínicas, en un caso nos vimos obligados a practicar una enterostomia, en otro, practicamos una sigmoido-sigmoidostomía. Es de aconsejar se laparotomice el enfermo siguiendo la línea media, lo que es de gran importancia ya que, si abordamos el foco de oclusión intestinal a nivel de la fosa ilíaca derecha, lo más probable es que nos encontremos con un magma de adherencias, en las que es sumamente difícil orientarse. En cambio, practicando una laparotomía media infraumbilical, como hemos hecho en nuestros casos, además de que obtenemos un campo operatorio mayor, llegamos desde el primer momento en peritoneo libre, a partir del cual es más fácil atacar las adherencias acantonadas generalmente en la fosa ilíaca derecha y fondo pelviano. En uno de nuestros casos, laparotomizamos el enfermo, no por la línea media sino más hacia la izquierda, siguiendo la incisión a lo largo del borde externo del músculo recto izquierdo, al objeto de estar aun más seguros de entrar directamente en peritoneo libre.

No olvidaremos en todos los casos, después y antes de la intervención, el tratamiento complementario, especialmente las inyecciones hipertónicas de cloruro sódico.

BIBLIOGRAFIA

(1) DE MARCHI, S.—Oclusione intestinale meccanica per peritonite appendicolare. *Il Policlinico* (sez chir), 15 de Septiembre de 1928, pág. 470-481.

(2) DUDLEY.—Ileus paraliticus as complication of acute appendicitis. *Annals of Surgery*, 1926.

(3) HUGUIER, A.—LASNOS, J.—Deux cas de peritonite avec occlusion aigue après appendicectomie a froid. *Paris Chirurgical*, n.° 1. Enero de 1925, pág. 44-48.

(4) JACQUEMAIRE.—Un cas d'occlusion spasmodique de l'intestin grèle a la suite d'une appendicectomie a froid. *Bull. et Med. de la Soc. des Chir. de Paris*, n.° 17, 1917, pág. 815-817.

(5) WARREN, R.—Complications and mortality of appendicitis. *The Lancet*, vol. CCXVII, n.° 5523, 6 de Julio de 1929, pág. 16-21.

(6) WONKEN, M.—Les occlusions intestinales consécutives a l'operation pour appendicite aigue. *Bull. et Mem. de la Soc. N. de Chir*, n.° 21, 25 de Junio de 1927, pág. 878-885.

(7) VERGOZ, M.—Occlusion intestinale tardive après appendicectomie. Tetanos d'origine viscerale. *Bull. et Mem. de la Soc. N. de Chir*, n.° 33, 17 de Diciembre de 1927, pág. 1354-1356.

(8) ADRIDGE MATLHEWS, A.—Appendicitis causing partial intestinal obstructions. *S. Clin. North America*, Octubre de 1927, pág. 1253-1254.

(9) ROYSTER, H. A.—Appendicitis.—*Surgical Monographs*, 1927, pág. 190-191.

(10) PETIT, M. J.—De l'occlusion intestinale au cours de l'appendicite aigue. *Bull. et Mem. de la Soc. N. de Chir*, n.° 25, 22 de Octubre de 1927, pág. 1053-1055.

(11) CARAVEN, M.—Occlusion intestinale, strictement mecanique, sans abces ni peritonite, au cours d'une premiere crise d'appendicite.—*Bull. et Mem. de la Soc. N. de Chir*, n.° 26, 29 Octubre 1927, pág. 1.104-1.107.

(12) HUNKE, HANS.—Strangulation ileus infolge akuter Appendicitis und Garungsileus. *Zentral. f. Chir.* n.° 2, 11 de Enero de 1930, pág. 86-87.

(13) WEGENER.—*Zeitzschr. f. chir.*, 1925, LII, 971.

(14) MORA.—*Illinois M. J.* 1923, XLIV, 273.

(15) WIANNEY, CHARLES.—Trois cas d'occlusions intestinale survenue peu après une appendicectome a chaud. *Bull. et Mem. de la Soc. N. de Chir.*, n.° 24, 16 de Julio de 1927, pág. 998-1.003.

(16) AUTEFAGE.—Occlusion intestinale apres ablation de l'appendice, Coeliotomie mediane, anastomose ileo-colique. Guerison.—*Bull. et Mem. de la Soc. N. de Chir.*, n.° 33, 17 Diciembre 1927, pág. 1352-1353.

(17) MAISONNET.—Occlusion intestinale consecutive a une appendicectomie d'urgence. Enterostomie. Interventions consecutives. *Bull. et. Mem de la Soc. N. de Chir.* n.° 20, 16 Junio 1928, pág. 816-823.

(18) BARANGER.—Appendicite compliquée de deux abces et d'occlusion intestinale. Guerison.—*Bull. et Mem. de la Soc. N. de Chir.* n.° 21, 23 Junio 1928, pág. 872-875.

(19) FIOLLE, J. y HAYEM, L.—Occlusión intestinale par adherence du grèle au moignon appendiculaire non enfoui.—*Bull. et. Mem. de la Soc. N. de Chir.*, n.° 20, 6 Junio 1928, pág. 813-816.

(20) DE MARTEL, T.—A propos des occlusions intestinales postappendiculaires. *Bull. et Mem. de la Soc. N. de Chir.*, n.° 22. 30 Junio 1928, pág. 898-900.

(21) OUDARD.—*Bull. et Mem. de la Soc. N. de Chir.*, 1924, pág. 660.