

RÉSUMÉ

Nous classons les anémies hémolytiques en 4 groupes. Le premier dû à des agents toxiques, alimentaires, etc.; la splénectomie est rigoureusement contre-indiquée.

Dans le deuxième groupe, anémies hémolytiques constitutionnelles, la splénectomie assure la guérison dans bien des cas; dans d'autres elle constitue l'unique thérapeutique, dont nous disposons, plus ou moins efficace quoiqu'elle ne soit pas l'idéale.

Dans le troisième groupe, anémies dues à des facteurs agglutinants ou hémolyzants du plasma. Si elles sont symptomatiques le traitement sera type causal. Pour le reste, les stéroïdes promettent, et s'acquittent bien souvent; là où ils ne répondent pas bien la splénectomie a donné parfois de bons résultats; on doit l'essayer.

Dans le IV groupe, chez les hypersplénismes primaires la splénectomie constitue la thérapeutique rationnelle. Dans les secondaires le traitement de base sera causal; la splénectomie a une indication précise lorsque la maladie primaire siège dans la rate même.

EL COMIENZO DEL ATAQUE APENDICULAR.

Tenemos que remontarnos con insistencia e interés a las primeras sensaciones de enfermedad para hacer un buen diagnóstico en la apendicitis de los ancianos, porque en ella son tan corrientes las graves lesiones, aun con pocas molestias, que hemos de recurrir a la más pronta orientación diagnóstica.

En difícil saber dónde, en realidad, dió comienzo la enfermedad en pacientes ya por su edad susceptibles de padecer achaques que erróneamente pudieran ser tomados por molestias de comienzo de la afección. Con estas salvedades exponemos a continuación la relación de molestias en nuestros 143 ancianos:

	Casos
Dolorimiento o dolor abdominal espontáneo....	123
Dolor al mover el vientre	2
Dolor al caerse al suelo	1
Sensación de bulto doloroso	2
Náuseas y vómitos	5
Malestar y náuseas	1
Malestar en todo el vientre	3
Malestar y escalofríos	1
Ligeras molestias totalmente imprecisas	1
Molestias imprecisas en mitad infraumbilical.	1
Molestia o debilidad epigástrica	2
Trimus, temblor y desasosiego	1

LA SINTOMATOLOGÍA DE LA APENDICITIS AGUDA EN LOS VIEJOS

M. DE JUAN MARTÍN.

Médico Ex Interno del Servicio y Ex Becario
del C. S. I. C.
Logroño.

Casa de Salud Valdecilla.

Servicio de Aparato Digestivo. Jefe: Doctor GARCÍA-BARÓN.

La sintomatología de la apendicitis aguda en los enfermos de 50 y más años de edad ofrece peculiares características que creemos requieren un comentario especial.

Las líneas que siguen pretenden únicamente contribuir modestamente a llamar la atención sobre dicho problema, que es sólo una pequeña faceta del interesante tema del abdomen agudo en las personas de edad.

Nos hemos basado para este estudio en el material del Servicio de Aparato Digestivo de la Casa de Salud Valdecilla, de Santander, que dirige mi maestro, el doctor GARCÍA-BARÓN.

Este material comprende 143 apendicitis agudas en enfermos de más de 50 años y un grupo control de 654 existentes durante el decenio 1941-1950. El grupo de apendicitis seniles comprende la totalidad de la casuística del Servicio desde la fundación de la Casa de Salud Valdecilla hasta el año 1952, inclusive.

De lo que resulta que de 143 casos, 123 tuvieron en el primer momento dolores o dolor abdominal espontáneo, cinco dolor más o menos provocado y 15 molestias no dolorosas.

El orden de aparición de los síntomas en la apendicitis aguda descrito por MURPHY vemos, pues, que se da también en una mayoría de los ancianos, pero no en todos en cuanto al dolor se refiere, pues cinco de ellos comienzan por náuseas y vómitos, uno por malestar y náuseas y 14 con molestias del todo diferentes a las habituales en la iniciación de la apendicitis aguda. Claro es que más tarde aparece en casi todos los casos el dolor espontáneo, como veremos al tratar del dolor de comienzo, o para ser más exactos, de la primera sensación dolorosa. Es tan variable el comienzo del ataque apendicular, que MAES y MAC FETRIDGE van tan lejos que dicen que "... cualquier suerte de síntoma y cualquier clase de circunstancia puede iniciar una apendicitis y la enfermedad, particularmente en los últimos años de la vida, puede tomar cualquier forma". Tal vez, como dice POWERS, eso sea demasiado exagerado para aceptarse de una forma general. Para él, entre los pacientes de más de 50 años, el primer síntoma de apendicitis aguda fué muy comúnmente el dolor abdominal en mitad infraumbilical. En sus series no existen ni los bizarros síntomas iniciales descritos por otros autores ni, desde luego, el período prodrómico, que tan común es para MAES. BOYCE señala que en algunos pacientes el primer síntoma puede ser la cefalalgia, el

malestar, la hemorragia cerebral, el dolor escrotal, etc. LAZARUS dice que el paciente puede quejarse de un estreñimiento cada vez mayor, bordeando casi ya en la obstrucción intestinal, antes que el dolor, las náuseas, los vómitos, la rigidez y la fiebre aparezcan. El insiste en que generalmente la molestia es insidiosa y, más tarde, es cuando gradualmente aparece el dolor referido al lado derecho, pero muy frecuentemente a la región inguinal izquierda. Señala también que todo esto muy frecuentemente es atribuido a un error dietético. STEFANELLI llama la atención sobre el comienzo de los casos atípicos con dolores difusos abdominales, fiebre escasa, diarrea seguida de retención y alguna vez con retención urinaria. WOOD encuentra dolor en el 95 por 100 de los casos. WOLFF e HINDMANN hallan a veces vagas molestias en las que el dolor no es lo más característico. CLARKE y SHAPIRO también señalan que el dolor a veces no es el primer síntoma, y esto, si pensamos en el orden habitual de los signos de la apendicitis, representa un retraso para el diagnóstico y para la operación.

LA PRIMERA SENSACIÓN DOLOROSA. EL DOLOR GENERALIZADO DE COMIENZO.

Una de las características clínicas de la apendicitis aguda senil es el dolor vago, difuso, de comienzo. Muchos enfermos lo aquejan tan levemente que incluso dudan de si realmente tienen sensación dolorosa o es, quizá, sólo una molestia medio dolor, medio vago malestar, que incluso no llega a perturbarles en sus habituales ocupaciones. Esta vaguedad del comienzo, señalada entre otros por CUTLER y TARNOWSKI, da lugar, como dice BONDARENKO, por su poco pronunciado comienzo, a un retraso diagnóstico y terapéutico.

Generalmente es una molestia difusa en todo el vientre, un discomfort abdominal (del que, a veces, como dice MILLER, no se quejan ni siquiera), que poco a poco, a veces demasiado lentamente, va ganando el aura de lo doloroso. Así queda ya durante todo el cuadro o a veces el dolor se hace más intenso.

BERNARD y JOMAIN subrayan la frecuencia del dolor abdominal difuso. En un gran número de casos (para WOOD en el 33 por 100, para GARCÍA-BARÓN en el 45 por 100, para PIULACHS y PLANAS GUASCH en el 22 por 100 y para nosotros en el 30 por 100) el dolor de comienzo es un dolor difuso, generalizado a todo el abdomen. Esto es interesante, y siempre que en un anciano observamos un discomfort abdominal difuso, seguido o no de un dolor generalizado en vientre, habremos de pensar en la eventualidad de hallarnos ante un ataque apendicular agudo.

La evolución de este dolor generalizado es variable. BERNARD y JOMAIN, SIMPSON, WOOD y PIULACHS y PLANAS GUASCH, manifiestan que es poco localizado. Para GARCÍA-BARÓN, el 14 por 100 de los apendiciticos tenían dolor generali-

zado que luego se localiza en fosa iliaca derecha, un 19 por 100 también tenían un dolorimiento abdominal difuso, pero ya con predominio en fosa iliaca derecha, y un 12 por 100 sin máximo ni aun en fosa iliaca derecha. BOCKUS admite además que se localicen luego o no y cree que la localización es paulatina.

Hemos comparado nuestros datos en enfermos ancianos con los casos de apendicitis aguda de 3 a 49 años, observados en la Casa de Salud Valdecilla durante el decenio 1941-1950, y hemos observado que el dolor generalizado de comienzo tiene una curva de frecuencia mayor de los 3 a 9 años, desciende desde los 10, continúa este descenso durante las décadas siguientes hasta los 40 años, y a partir de entonces empieza nuevamente a aumentar, cosa que hace decididamente, como ya hemos visto durante la vejez. Creemos que esta curva de frecuencia debe estar en relación con la misma evolución del sujeto, aunque no podamos asegurarlo. Este en los primeros años es un poco capaz de distinguir en casos de poca intensidad del dolor la localización del mismo, o incluso reacciona de una manera general con el dolor por todo el abdomen. Luego las sensaciones dolorosas son más discriminadas y más fijadas también en virtud de recuerdos de sensaciones semejantes o análogas y tal vez, finalmente, al llegar a la vejez, el organismo tenga en vías de derumbamiento su mecanismo de ser impresionado por sus propias cenestesias, y tiene agotada, por así decirlo, su capacidad de captación del dolor, o se ha hecho duro y resistente al mismo.

Se ha hablado por POWERS, entre otros, de localización inicial del dolor en el hemiabdomen inferior. Nosotros lo hemos encontrado, en el 8 por 100 de los casos, ocupando el cuarto lugar de frecuencia, como puede verse en el adjunto cuadro:

LOCALIZACION	Número de casos
Fosa iliaca derecha	46
Dolor generalizado	43
Epigástrico	18
Mitad infraumbilical	12
Región periumbilical	7
Hipogastrio	4
Dolor en barra en mitad supraumbilical	2
Epigastrio y región periumbilical	2
Fosa iliaca derecha y flanco derecho	1
Fosa iliaca derecha y región periumbilical	1
Fosa iliaca derecha y pene	1
Mitad infraumbilical y testículo	1
Uretra	1
Hernia inguinal derecha	1
Arco de Falopio	1
Fosa iliaca izquierda	1
Reborde costal derecho	1

BERNARD y VIGNARD destacan la localización generalmente más elevada en el hemiabdomen

derecho. Nosotros sólo la hemos encontrado en dos casos: uno, en flanco derecho, y otro, bajo reborde costal. Los citados autores advierten el peligro de la confusión diagnóstica con un cólico hepático.

Sorprende también el contraste en la variedad de localización dolorosa del comienzo de los ancianos con las de decenios anteriores expuestos en el cuadro siguiente:

LOCALIZACIÓN	Porcentaje
3-9 años:	
Generalizado	32,3
Epigastrio	8,8
Fosa iliaca derecha	35,2
Periumbilical	11,7
Mitad infraumbilical	8,8
Fosa iliaca izquierda	0,0
Hemiabdomen derecho	0,0
Hipocondrio derecho	2,9
10-19 años:	
Generalizado	28,8
Epigastrio	26,0
Fosa iliaca derecha	27,4
Periumbilical	10,0
Mitad infraumbilical	4,6
Hemiabdomen derecho	0,4
Hipocondrio derecho	0,4
Reborde costal derecho	0,4
Hipogastrio	0,8
20-29 años:	
Generalizado	24,5
Epigastrio	33,6
Fosa iliaca derecha	27,1
Periumbilical	5,6
Mitad infraumbilical	4,7
Hemiabdomen derecho	0,4
Hipocondrio derecho	0,4
Precordial	0,4
Hipogastrio	0,4
Lumbar	1,2
Mitad supraumbilical	0,4
Parte superior muslo derecho	0,4
Testículos	0,4
30-39 años:	
Generalizado	18,5
Epigástrico	31,0
Fosa iliaca derecha	27,0
Periumbilical	7,6
Mitad infraumbilical	5,4
Hemiabdomen derecho	1,5
Reborde costal	0,7
Hipogastrio	3,1
Fosa iliaca izquierda	1,5
Reborde costal izquierdo	0,7
Lumbar	0,7
Hemiabdomen izquierdo	0,7
40-49 años:	
Generalizado	27,2
Epigástrico	29,5
Fosa iliaca derecha	20,4
Periumbilical	11,3
Mitad infraumbilical	6,8
Hemiabdomen derecho	2,0
Fosa iliaca izquierda	2,0

Como vemos, existe un claro contraste. Las localizaciones no habituales son bastante menores antes de los 50 años, tanto en cantidad como en diversidad. En nuestros 143 casos hay un tanto por ciento de localizaciones extrañas (9 casos), entre las cuales, si bien no sean en gran número, llaman la atención las inguinales y genitourinarias.

También merece atención la intensidad con que comienza el dolor. He aquí nuestros datos:

Intensidad del dolor	Número de casos
Ligero	64
Regular	9
Más intenso	18
Muy intenso	22
No se cita	30
TOTAL	143

Muy posiblemente los casos que no se citan fueron ligeros o de regular intensidad, pues si no, fácilmente se hubieran anotado. Pero aunque así no fuese, resalta la aplastante mayoría de enfermos de más de 50 años en los que su dolor de comienzo es ligero, casi banal, y esto es de gran trascendencia si lo comparamos con las graves alteraciones patológicas. En cuanto al carácter del comienzo del dolor, obtuvimos lo siguiente:

	Casos
Continuo	75
Intermitente	32
A "punzadas"	3
No se cita	33
TOTAL	143

De lo que se desprende la preponderancia del dolor continuo al comienzo del cuadro.

Veamos ahora la localización del dolor en el momento del ingreso en nuestra serie:

	Casos
Fosa iliaca derecha	76
Generalizado	29
Hipogastrio	4
Mitad infraumbilical	12
Hemiabdomen derecho	9
Fosa iliaca izquierda	1
Mitad supraumbilical	2
Región inguinal derecha	2
Sin dolor espontáneo	8

El dolor en fosa iliaca derecha representa el 53,3 por 100; el generalizado, el 20 por 100; con otro tipo de dolor está el 41,2 por 100 de los ca-

sos, y sin dolor espontáneo el 5,5 por 100. Sorprende el elevado número de apendiciticos que llegaron sin dolor espontáneo; pero aún se queda uno más atónito cuando se analiza la relación de estos 8 casos, pues en ellos, además de 4 plastrones, había una gangrena de 33 horas, otra de 40 horas, una perforación de tres días, un absceso de 15 días y un absceso de un mes. ¡Buen índice es esta relación de las dificultades del diagnóstico y del grave pronóstico de la apendicitis aguda senil!

Hemos estudiado los datos del dolor espontáneo en el momento del ingreso en las tres décadas anteriores de nuestro lote de control, obteniendo los siguientes datos:

Fosa ilíaca derecha	342 (84,4 %)
Generalizado	28 (6,9 %)
Hipogastrio	2 (0,4 %)
Mitad infraumbilical	15 (3,7 %)
Hemiabdomen derecho	3 (0,7 %)
Fosa ilíaca izquierda	2 (0,4 %)
Mitad supraumbilical	0
Región inguinal derecha	0
Periumbilical	6 (1,4 %)
Epigástrico	3 (0,7 %)
Sin dolor espontáneo	4 (0,9 %)

Sorprende esta variada localización del dolor espontáneo al momento del ingreso, especialmente la diferencia tan grande del dolor en fosa ilíaca derecha (53,3 por 100 y 84,4 por 100 en viejos y en enfermos de 20 a 49 años, respectivamente) y también la enorme desproporción entre el dolor generalizado (20 por 100 y 6,9 por 100, respectivamente). Los casos sin dolor espontáneo en el momento del ingreso eran en general formas graves en los apendiciticos seniles. En cambio, en los casos de 20 a 49 años, eran más leves: 3 apendicitis simples de 15, 17 y 72 horas y un plastrón de 5 días.

En cuanto a la localización del dolor en la fosa ilíaca derecha, más pronto o más tarde, ocurre en la apendicitis aguda senil en mucha menor proporción que en edades anteriores, pues esa irradiación y localización preferente del dolor la hubo en nuestra serie en 121 casos (84,6 por 100) y no existió en 22 (15,3 por 100).

En cuanto al dolor de hombro sólo lo hemos

encontrado en 3 apendicitis gangrenosas seniles, o sea en un 5 por 100 del total de casos, y no le concedemos gran valor.

EXISTENCIA Y AUSENCIA DE VÓMITOS.

Las náuseas y los vómitos constituyen uno de los síntomas cardinales de la apendicitis aguda. En los enfermos de edad avanzada suelen faltar en gran número de casos. BOCKUS dice que pueden existir. WOOD indica que el vómito sólo tuvo lugar en el 53 por 100 de sus casos. BOYCE admite la no existencia de náuseas y vómitos. Estos faltaron en los dos tercios de los casos de TAMANN y LOHMANN. STALKER señala que algún grado de náuseas se presenta, pero que usualmente no hay vómitos en las primeras fases. ARNOLD admite que los vómitos se presentan en la mitad de los casos agudos y encontró en su serie las siguientes proporciones: vómitos, a veces vómitos y malestar, 49,7 por 100; deseos de devolver, 4,7 por 100; malestar sólo, 12,9 por 100; eructos, 1,2 por 100; falta todo, 22,2 por 100, y ninguna indicación en la historia, 9,3 por 100. BONDARENKO insiste en que las náuseas y vómitos son notados menos frecuentemente. SIMPSON indica la frecuente ausencia de ellos. BOYCE dice que las náuseas son más frecuentes que los vómitos, pero que pueden no presentarse. LEWIN señala que los vómitos no son constantes y que no ocurren frecuentemente en el comienzo de la enfermedad. En la serie de MENSA el vómito sólo consta en el 22 por 100 de los casos. DUBS cree que son excepcionales. MILLER dice que mientras que las náuseas son casi constantes, los vómitos pueden no hacer acto de presencia hasta muy tarde. En el 30 por 100 de los casos de KRAMER no hubo vómitos. DOMENECH-ALSINA dice que pueden faltar los vómitos iniciales reflejos. MARTÍNEZ ALONSO señala que suele haberlos, pero no constantemente. Para GARCÍA-BARÓN en más de la mitad de los casos faltan los vómitos iniciales. PIULACHS y PLANAS GUASCH los encontraron en la mitad de los casos. Así, pues, la ausencia de vómitos no permite negar la apendicitis aguda.

En nuestra serie obtuvimos lo siguiente:

FORMAS ANATOMICAS	Náuseas	Vómitos	Nada	Total
Simples	5 (12,8 %)	20 (51,2 %)	14 (35,8 %)	39
Gangrenosas	2 (10,0 %)	14 (70,0 %)	4 (20,0 %)	20
Perforadas	8 (25,0 %)	12 (37,5 %)	12 (37,5 %)	32
Plastrones	0	3 (33,3 %)	6 (66,6 %)	9
Abscesos	2 (8,0 %)	14 (56,0 %)	9 (36,0 %)	25
Peritonitis	5 (27,7 %)	8 (44,4 %)	5 (27,7 %)	18
TOTALES	22 (15,3 %)	71 (49,6 %)	50 (34,9 %)	143

Aproximadamente la mitad de los casos tiene vómitos, pero otra mitad o no los tienen o sólo tienen náuseas. Como se ve, en conjunto

hemos sido más afortunados en su hallazgo que la mayoría de los doctores; pero, aun así, la mitad de los enfermos con apendicitis aguda de

más de 50 años no vomitan nunca, y como ya veremos, cerca del 75 por 100 no tiene vómitos en los estados precoces de la enfermedad. En nuestro lote de control el 61 por 100 de los casos tuvieron vómitos. Es curioso que en nuestra serie de viejos, a excepción de los grupos de apendicitis aguda simple, gangrena y absceso, todos los demás tienen un porcentaje de vómitos menor que la mitad de los casos. Particularmente merece mención el hecho de que los perforados o los peritoníticos, en su mayoría, o han tenido náuseas o no han tenido ni eso. He aquí una razón más de las dificultades del diagnóstico y pronóstico de la apendicitis aguda senil, pues es bien sencillo que en un enfermo con tan poca sintomatología pase inadvertida o su enfermedad o la gravedad de la misma. Y en cuanto a las náuseas, si no se acompañan de más datos, pueden ser atribuidas a los más banales estados patológicos con el correspondiente peligro para el sujeto en cuestión. No podemos basar la ausencia de apendicitis en la no existencia de vómitos. En la mayoría de apendicitis agudas en los ancianos, toda prevención es poca.

FLORCKEN y RIEMANN encontraron únicamente vómitos en 22 de sus 145 casos, o sea, en un 15 por 100, y en todos ellos existía ya peritonitis purulenta difusa. LOCKWOOD cita en un caso de 75 años con ligeras náuseas y tenía un apéndice gangrenado y perforado con gangrena del íleon terminal. En los casos de ARNOLD, en los que no había malestar ni vómitos u otros síntomas semejantes, se encontró en la operación 15 veces una apendicitis altamente aguda y sin complicaciones, 17 veces un absceso y 6 veces peritonitis. GARCÍA-BARÓN insiste en que no pueden servirnos las náuseas o los vómitos para saber en las primeras horas si el ataque apendicular va a ser ligero o grave. PIULACHS y PLANAS GUASCH se expresan de modo idéntico. Una vez más debemos recordar las palabras de ROYSTER de que "... en cuestión de apendicitis agudas no podemos esperar a que se presenten los síntomas cardinales porque éstos muchas veces son ya síntomas terminales".

Los vómitos constituyen en ocasiones el co-

mienzo del ataque apendicular agudo en los viejos. Esta eventualidad ocurrió en 22 de los casos de MAES y MAC FETRIDGE, y en nuestra serie 5 comenzaron por náuseas y vómitos y uno por malestar y náuseas. MARTÍNEZ ALONSO señala que al comienzo no son una ayuda para el diagnóstico diferencial, pues suele formar parte tanto del cuadro clínico de una apendicitis aguda como el de una obstrucción intestinal orgánica.

LAS NÁUSEAS, SÍNTOMA DIGNO DE ATENCIÓN.

Las náuseas, bien solas o bien acompañadas de ligero malestar o discomfort, son un síntoma tan vago que pocas veces se le hace mucho caso. Sin embargo, creemos que constituye un síntoma importante para el diagnóstico de la apendicitis aguda en los viejos.

STALKER llama la atención sobre la ausencia frecuente de vómitos en los primeros estadios, aunque admite que algún grado de náusea se presenta. En la serie de ARNOLD las náuseas, el malestar y los eructos constituyen el 18,8 por 100 de todos los casos. BOYCE, aunque indica que pueden, incluso, faltar, dice que son más frecuentes que los vómitos. MILLER señala que las náuseas son casi constantes.

Hemos encontrado las náuseas solas en 22 casos, o sea, en un 15,3 por 100; pero creemos de interés ese porcentaje, pues en él va incluida la cuarta parte de los enfermos perforados y algo más de la cuarta parte de los peritoníticos.

Creemos que las náuseas deben llamar más nuestra atención de lo habitual y que en un anciano o persona de edad no debemos de considerarlas banales de antemano, sino que deben de servir para ponernos en guardia frente a un posible proceso agudo abdominal y concretamente frente a la apendicitis aguda.

VÓMITOS INICIALES Y TARDÍOS.

Los datos de nuestra serie de enfermos de más de 50 años son los siguientes:

VÓMITOS	Simples	Gangrenas	Perforación	Plastrones	Abscesos	Peritonitis	Totales
Iniciales	13	7	4	3	7	1	35 (49,2 %)
Tardíos	7	7	8	0	7	7	36 (50,7 %)
TOTALES	20	14	12	3	14	8	71 (49,6 %)

Resulta, pues, que en casi idéntica proporción hay vómitos iniciales y tardíos si se consideran globalmente. Pero llama la atención que en igual frecuencia sean iniciales o tardíos en gangrenas y abscesos y, sobre todo, que sean doblemente tardíos que iniciales en los perforados, y 7 veces más tardíos que iniciales en

las peritonitis. Lo cual viene a confirmarnos en que no podemos esperar a que haya vómito para diagnosticar una apendicitis aguda en una persona de edad, pues fácilmente diagnosticamos ya muy avanzadas lesiones.

En el lote de control de enfermos menores de 50 años, el 23 por 100 de los vómitos eran tar-

díos y el 77 por 100 precoces, lo que representa una marcada diferencia en los casos seniles.

Todo toma mayores proporciones si recordamos lo antes dicho de la ausencia de vómitos en las grandes lesiones. Así, por ejemplo, en las gangrenas sólo el 35 por 100 tiene vómitos iniciales, sólo el 28 por 100 de los abscesos y lo que es más desolador, sólo el 5,5 por 100 de las peritonitis.

Más nos sobrecogen aún estos datos cuando analizamos su posible repercusión en la mortalidad, pues un diagnóstico tardío por ausencia de datos clínicos predispone más fácilmente a la muerte. Pues bien, de los 26 fallecidos de nuestra serie, sólo 13 tuvieron vómitos y sólo 5 de los 26 fallecidos mostraron vómitos iniciales. Más aún: de los 12 peritoníticos fallecidos ninguno tuvo vómitos iniciales y sólo 5 vómitos tardíos. Esto subraya una vez más las dificultades del diagnóstico en la apendicitis aguda senil y tiñe sombríamente su pronóstico.

LA TEMPERATURA.

Es criterio prácticamente unánime que la fiebre que fué señalada por MURPHY como uno de los síntomas capitales en el diagnóstico de la apendicitis aguda, o es muy escasa o falta en la de las últimas décadas de la vida.

En la serie de MAES y MAC FETRIDGE estaba ausente en un quinto de los casos de más de 40 años. BOCKUS cree que la fiebre es escasa o falta por completo. WOOD encontró un promedio de 100,2° F. al ingreso. STEFANELLI insiste en esto de la escasa temperatura. STALKER indica la frecuencia de los casos afebriles. LOCKWOOD cita un caso con temperatura de 101° F. y que tenía el apéndice gangrenoso, perforado y con gangrena del íleon terminal. BONDARENKO señala la menor reacción febril de comienzo de la apendicitis aguda en los viejos. SIMPSON se expresa parecidamente. BOYCE señala que los períodos tempranos de la enfermedad pueden presentar una temperatura normal o subnormal. El 70 por 100 de sus 421 pacientes de más de 39 años tenía menos de 100° F. LEWIN subraya la poca pirexia. BERNARD y JOMAIN señalan la frecuencia de la febrícula. MARTÍNEZ ALONSO dice

que la temperatura suele ser muy escasa o faltar por completo. En parecidos términos habla ORTEGA SPOTORNO. En la serie de KRAMER, la temperatura era normal en el 48 por 100, poco elevada (38°) en el 32 por 100 y en el resto más o menos elevada, alcanzando los 39° solamente 8 casos.

Otro asunto a tratar es la relación de la temperatura y las alteraciones anatómicas. El citado caso de LOCKWOOD es bien significativo. MONDOR señala que la temperatura puede quedar absolutamente indiferente al comienzo de las lesiones muy graves. KORGANOV y KAPRIVINA dicen que la fiebre puede estar ausente hasta el desarrollo de la peritonitis. DUBS se expresa en parecidos términos. GARCÍA-BARÓN señala que la temperatura no llega a los 37° en más de la mitad de las apendicitis no perforadas ni en la quinta parte de las perforaciones, abscesos tardíos ni peritonitis difusa (excluyendo en estas últimas la hipotermia terminal). Dice, además, que no llega a los 38° en casi la mitad de las apendicitis no perforadas, en el 80 por 100 de las perforadas, en el 85 por 100 de los abscesos ni en el 65 por 100 de las peritonitis difusas.

Otra cuestión es la diferencia entre la temperatura rectal y la axilar. ARNOLD señala la importancia de tomar la temperatura rectalmente, sobre todo en los pacientes viejos y en los casos dudosos. En alguno de éstos el control rectal da una diferencia de 1,5° y en un caso diagnosticado como tumor dió una diferencia de 2,3°, lo que fué muy decisivo para el diagnóstico. Este asunto de la temperatura rectal en los ancianos ya fué estudiado por CHARCOTS y después por PROPPING y SCHLESSINGER, que se expresan en parecidos términos a los de ARNOLD.

Coincidiendo con la mayoría de los autores las cifras de temperatura (a la llegada de los enfermos) en nuestra serie, son en su mayoría francamente bajas y hemos tenido muchos casos de todos los tipos anatómicos de apendicitis aguda con sólo 36° o poco más. La cifra media de temperatura en nuestra serie de 143 enfermos de más de 50 años fué de 37,5°.

Las temperaturas máxima, media y mínima, por formas anatómicas, fueron las siguientes:

TEMPERATURAS	Simples	Gangrenas	Perforadas	Plastrones	Abscesos	Peritonitis
Máxima.....	38,6	39	40	38	39,1	39
Media.....	37,2	37,3	38,1	37,2	37,6	37,3
Mínima.....	36	36,5	36,1	36,4	36,4	36

Llama especialmente la atención el hecho de que a excepción de la apendicitis perforada, las cifras medias son tan sólo de muy pocas décimas cuando, sin embargo, existen gangrenas, abscesos e incluso peritonitis. Obsérvese que nuestra cifra media de temperatura en las peritonitis y en las gangrenas es prácticamente igual

que la de las apendicitis simples, y concluiremos que la temperatura en la apendicitis aguda senil no ayuda para el diagnóstico. En primer lugar, porque unas décimas se tienen tanto con una apendicitis como por otras causas banales, y en segundo lugar, y esto es lo más serio, porque no nos sirve para discernir la gravedad de

la lesión. Con unas décimas, bien escasas por cierto, y hasta con una temperatura subnormal, el apéndice puede ser ya pasto de la gangrena, estar libre la cavidad abdominal, haberse formado una colección purulenta circunscrita o haberse invadido ya la cavidad abdominal, masivamente, de una manera silenciosa y traidora.

Nos ha parecido de gran utilidad contrastar estos datos con los de anteriores décadas. A tal fin hemos estudiado el lote de enfermos desde los 3 años hasta los 80 y más (los menores de 3 años no van incluidos por corresponder a enfermos del Servicio de Pediatría) habidos en nuestro Servicio durante el período 1941-1950, ambos inclusive. He aquí los datos:

AÑOS	Hasta 36°	37,1-37°	37,1-38°	38,1-39°	39,1-40°	40,1° y más
3-9.....	—	8,3 %	66,6 %	16,6 %	5,5 %	—
10-19.....	2,5 %	20,0 %	53,2 %	19,0 %	4,3 %	0,43 %
20-29.....	2,5 %	28,0 %	51,4 %	14,0 %	3,3 %	—
30-39.....	2,9 %	28,0 %	52,6 %	12,5 %	2,9 %	—
40-49.....	—	20,4 %	48,0 %	20,4 %	2,0 %	—
50-59.....	—	36,1 %	47,2 %	16,6 %	—	—
60-69.....	5,2 %	47,1 %	26,3 %	10,5 %	10,5 %	—
70-79.....	—	75,0 %	25,0 %	—	—	—
80 y más.....	—	100,0 %	—	—	—	—

Dos hechos se deducen de este cuadro: 1.º Que hasta los 60 años, la temperatura predominante es de 37,1° a 38°. 2.º Que desde los 60 años, la mayoría de los enfermos están incluidos en el grupo 36,1° a 37°; es decir, en temperaturas subnormales o casi subnormales. Estos datos acentúan todavía más las conclusiones del cuadro anterior y establecen como época de transición en este marcado cambio de la temperatura en la apendicitis aguda el decenio 50-59 años.

EL PULSO.

El criterio general es que el pulso o está normal o suavemente acelerado en la apendicitis aguda senil. MAES señala un aumento progresivo del pulso. DUBS dice que desde el comienzo el pulso es frecuente. FLORCKEN y RIEMANN dicen que el pulso suele estar entre los 80 y 90, pero que nunca suele alcanzar la cifra de los jóvenes cuando es grave. MARTÍNEZ ALONSO señala un pulso frecuente con alguna interminencia en ocasiones. SIMPSON indica que muchas veces el pulso acelerado no se encuentra. MONDOR manifiesta que el pulso puede quedar absolutamente indiferente. STAIKER admite que el pulso puede estar elevado, pero no significadamente. TAMANN y LOHMANN admiten que el pulso puede estar acelerado. BOYCE señala que con frecuencia no lo está. Para WOOD el promedio del pulso fué de 95. BOCKUS señala que la elevación del pulso suele ser ligera o faltar por completo. DOMENECH ALSINA indica que las elevaciones del pulso son más tardías y menos acentuadas que en los jóvenes.

Con respecto a la relación entre pulso-lesión anatómica, DUBS dice que "... casi todos los médicos recordarán cuando no había elevación de temperatura y pulso juntamente en un diagnóstico diferencial en los viejos que no reconocie-

ron lo que ocurría, dejando pasar el momento favorable para la intervención, pues al médico poco experto estos momentos le inducen a esperar y precisamente cuando el pulso y la temperatura se elevan es cuando no hay curación porque se presenta la perforación", y añade que ha visto unos cuantos apéndices en viejos con temperaturas de 36,8° y 37,4° y pulsos de 90 a 102 y en la operación tenían grandes gangrenas y necrosis y la mayoría perforación. KORGANOV y KAPRIVINA señalan que la elevación del pulso puede estar ausente hasta el desarrollo de la peritonitis. ARNOLD dice que debemos tener en cuenta que en los casos graves de peritonitis el pulso no se suele acelerar. Parecidamente se expresa BUM. PIULACHS y PLANAS GUASCH señalan que el estado del pulso no orienta sistemáticamente respecto al tipo anatomopatológico y dicen que frecuentemente en formas perforadas apenas se altera, pero que cuando está acelerado esto es de valor como signo de gravedad. GARCÍA-BARÓN señala las escasas variaciones de la frecuencia media del pulso en las apendicitis no complicadas y en las perforadas. Asimismo encuentra poco alta la frecuencia media en las peritonitis difusas. Por consiguiente, cree que el pulso pierde su significación diagnóstica y pronóstica pasados los 50 años, y que superada esta edad no podemos negar la existencia de una apendicitis perforada o de una peritonitis exclusivamente porque el número de pulsaciones sea pequeño.

Al llegar a nuestro Servicio los enfermos, han sido también estudiados respecto al pulso de un modo semejante al de la temperatura. En general, el pulso está más elevado que la temperatura, pero mantiene la tónica general de serlo menos que en otras edades. Veamos ahora la distribución del pulso según la edad en los enfermos del decenio 1941-1950.

AÑOS	Hasta 60	61-70	71-80	81-90	91-100	101-110	111-120	121-130	131-140	Más de 140
3-9.....	0	0	2,7 %	0	22,2 %	16,6 %	27,0 %	13,8 %	8,3 %	5,5 %
10-19.....	0,4 %	2,5 %	19,0 %	13,0 %	20,0 %	14,0 %	22,2 %	4,3 %	1,2 %	0,8 %
20-29.....	5,0 %	7,9 %	21,7 %	16,7 %	16,7 %	14,6 %	12,9 %	2,3 %	0,8 %	0,0 %
30-39.....	3,7 %	8,0 %	22,2 %	22,9 %	20,0 %	11,8 %	8,0 %	2,2 %	0,7 %	0,0 %
40-49.....	2,0 %	4,0 %	28,5 %	20,4 %	28,5 %	8,1 %	6,1 %	2,0 %	0,0 %	0,0 %
50-59.....	2,7 %	8,3 %	22,2 %	22,2 %	27,0 %	2,7 %	8,3 %	0,0 %	2,7 %	2,7 %
60-69.....	0,0 %	5,2 %	15,7 %	36,0 %	26,0 %	10,0 %	5,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
70-79.....	0,0 %	0,0 %	25,0 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	25,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
80 y más.....	0,0 %	0,0 %	100 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

En este cuadro podemos ver en líneas generales que hay una desviación hacia la izquierda (hacia las cifras altas) en los decenios hasta 20 años; que a partir de esa edad hay una desviación marcada hacia la derecha, que se mantiene con cifras poco más o menos semejantes hasta

los 50 años y que a partir de entonces sufre una nueva desviación hacia las cifras bajas de pulso.

En el cuadro que va a continuación hemos expuesto por lesiones anatómicas las cifras máxima, media y mínima de pulso en nuestras 143 apendicitis:

PULSO	Simples	Gangrenas	Perforadas	Plastrones	Abscesos	Peritonitis
Máximo.....	115	144	128	116	148	150
Medio.....	84	94	88	86	100	110
Mínimo.....	44	70	76	66	76	86

Resalta que ha habido apendicitis agudas de todo tipo, incluso gangrenas, perforaciones y peritonitis con unas cifras totalmente normales de pulso o incluso algo bajas. En cambio, en las cifras medias, aun manteniendo la regla general de ser inferiores que en edades anteriores, tienen, sin embargo, bastante paralelismo con las lesiones anatómicas. Cualquier lesión mantiene su predominio en pulsaciones sobre las apendicitis agudas simples, y las perforadas, gangrenas, abscesos y peritonitis, tienen progresivamente, y por este orden, cifras más altas. La cifra media total de pulsaciones fué de 91, cifra desde luego baja, pero quizá más alarmante para el médico que la de 37,5° obtenida en las temperaturas.

EVACUACIÓN INTESTINAL.

El estudio de la evacuación intestinal es de interés en los enfermos con apendicitis aguda. En primer lugar, y haciendo abstracción de que sean apendicíticos o no, los viejos tienen muy frecuentemente disturbios de la evacuación intestinal y por lo general predomina en ellos el estreñimiento, tanto que en ocasiones la apendicitis aguda es para ellos menos problema por sus molestias que las ocasionadas por aquél. De ahí también la frecuencia del uso de enemas y laxantes en las edades avanzadas. En segundo lugar, es de interés el estudio de las diarreas en el cuadro de las apendicitis agudas seniles. De ello nos ocuparemos más adelante. Finalmente, el estreñimiento tiene importancia desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, pues a veces es tan intenso y pertinaz que, acompañando

do o no de sintomatología concomitante, hace pensar en lesiones malignas.

Conforme al criterio de una gran mayoría de autores, el estreñimiento no es un síntoma útil para el diagnóstico de la apendicitis aguda senil. Como dice BARROW, las molestias intestinales son tan frecuentes en los viejos que ellos mismos llegan a no hacerles caso. Y muchas veces, como ya hemos dicho, y como también ha señalado STALKER, las molestias se interpretan como debidas al estreñimiento.

No hay acuerdo en qué es lo más frecuente, si la evacuación o la retención. PIULACHS y PLANAS GUASCH, GARCÍA-BARÓN y ARNOLD, entre otros, sustentan la primacía de la evacuación. En cambio, LAZARUS, BARROW, LEWIN, STALKER, STEFANELLI, WOOS y DOMENECH ALSINA, creen que predomina la retención.

PIULACHS y PLANAS GUASCH observan casos con diarrea. También ARNOLD, STEFANELLI, GARCÍA-BARÓN y DOMENECH ALSINA. La diarrea no es motivo para refutar un diagnóstico de apendicitis aguda.

Es indudable que un estreñimiento pertinaz si se acompaña de otras molestias como ruidos hidroaéreos, retortijones, anorexia y pérdida de peso, puede hacer pensar en una obstrucción de origen neoplástico. De hecho, muchos autores confiesan haber tenido esta equivocación. WOOD insiste sobre todo en la posibilidad de que el estreñimiento intermitente conduzca a ese error diagnóstico, y LAZARUS avisa de que antes de que aparezca el resto del cuadro clínico apendicular, el estreñimiento puede simular la obstrucción intestinal.

Veamos ahora la distribución de la evacua-

ción intestinal en nuestra casuística senil y en el lote de control de los enfermos menores de 50 años en el decenio de 1941-1950 de la Casa de Salud Valdecilla.

Tipo de evacuación	Simples	Gangrenas	Perforadas	Plastrones	Abscesos	Peritonitis	Totales
ENFERMOS MAYORES DE 50 AÑOS							
Evac. toda la enfermedad	38 %	20 %	21,8 %	55,5 %	56,0 %	16,6 %	30,5 %
Evac. seguida de retenc.	10	10	15,6	22,2	24,0	50,0	19,0
Evac. norm. seguida diarrea.	2	0	3,1	0,0	0,0	0,0	1,5
Ret. toda la enfermedad	43	50	46,8	0,0	16,0	27,7	37,4
Ret. seguida diarrea	0	5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7
Ret. seguida evacuación	0	10	0,0	11,1	0,0	0,0	2,2
Diarrea seguida retención ...	0	0	0,0	11,1	0,0	0,0	0,7
Diarrea toda la enfermedad.	7	5	12,4	0,0	1,0	5,5	7,6
ENFERMOS MENORES DE 50 AÑOS							
Evac. toda la enfermedad	38,7	18,0	14,3	38,4	25,0	0,0	—
Evac. seguida de retenc.	6,4	0,0	7,1	7,6	25,0	50,0	—
Evac. norm. seguida diarrea.	0,0	0,0	0,0	7,6	0,0	0,0	—
Ret. toda la enfermedad	38,7	83,3	42,8	30,7	0,0	50,0	—
Ret. seguida diarrea	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	—
Ret. seguida evacuación	0,0	0,0	21,4	15,3	50,0	0,0	—
Diarrea seguida retención ...	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	—
Diarrea toda la enfermedad.	16,1	0,0	14,2	0,0	0,0	0,0	—

Hemos dividido, pues, las evacuaciones en los ocho modos en que pueden verificarse. En las apendicitis agudas simples la evacuación durante toda la enfermedad, y la retención durante la misma, dominan el cuadro casi a partes iguales tanto en los viejos como en las décadas anteriores. En las gangrenas predomina en los viejos la retención durante toda la enfermedad y asimismo en los jóvenes, pero con muy distinto porcentaje (50 y 83 por 100, respectivamente). En las perforaciones la retención durante toda la enfermedad seguida de la evacuación es lo característico en los viejos. En cambio, en las décadas anteriores la retención (bien durante toda la enfermedad o bien seguida de evacuación) domina el cuadro. En los plastrones y abscesos en los viejos la evacuación con mucho existe en la mayoría. En cambio, la retención se presenta con bastante frecuencia en décadas anteriores en los plastrones, y en los abscesos es más variable. En las peritonitis en los ancianos, el predominio es a favor de la evacuación seguida de retención; en cambio, en los más jóvenes domina claramente la retención.

Así, pues, en los ancianos la retención durante toda la enfermedad está igualada casi por la evacuación en toda la enfermedad. Las formas con diarrea predominan en las apendicitis perforadas seguidas de las gangrenosas y de las simples. El predominio de la retención es claro, aunque no tan intenso como en las décadas anteriores. Únicamente la evacuación predomina claramente sobre la retención en los plastrones y en los abscesos. La retención predomina en más de las tres cuartas partes de las peritonitis difusas.

Veamos la distribución por grupos anatómicos de la evacuación sólo con enema:

TIPOS ANATOMICOS	Número de casos	Por 100
Simples	5	29,4
Gangrenas	1	6,8
Perforadas	4	23,5
Plastrones	1	5,8
Abscesos	1	5,8
Peritonitis	3	17,6
TOTALES	17	11,8

En cuanto a la evacuación sólo con purgante tuvimos 13 casos (9,9 por 100), distribuidas en 6 apendicitis simples, 4 perforadas, un absceso y 2 peritonitis. Resulta, pues, que entre los casos de evacuación sólo con enema y sólo con laxantes hubo un 21,7 por 100 de evacuaciones no espontáneas. El uso de laxantes, sin embargo, fué mayor que el citado (15,2 por 100), pero no hizo efecto siempre. O sea, que enemas y laxantes se usaron en un 27 por 100 aunque sólo tuvieron éxito en el 21,7 por 100. Veamos la distribución de laxantes:

TIPOS ANATOMICOS	Número de casos	Por 100
Simples	6	17,1
Gangrenas	0	0,0
Perforadas	10	33,3
Plastrones	1	14,2
Abscesos	1	4,3
Peritonitis	2	12,5
TOTALES	20	15,2

Merece notarse el alto porcentaje de laxantes en las apendicitis perforadas.

POWERS obtiene datos en 128 jóvenes y 21 viejos, resultando que el 51 por 100 de los jóvenes y el 67 por 100 de los ancianos tomaron laxantes. El 25 por 100 de los casos de GARCÍA-BARÓN habían sido purgados. En todo ello hubo una apendicitis grave, pero la cifra de mortalidad fué semejante a la de los no perforados. PIULACHS y PLANAS GUASCH encontraron un 13,2 por 100 de purgados, de los que 4 fallecieron, que representan un 44,4 por 100 de la mortalidad. De 100 enfermos de más de 40 años de MAES, BOYCE y MAC FETRIDGE, 41 habían tomado purgantes.

Con el purgante el dolor desaparece, aunque suele terminar con un dolor violento, pero en muchos casos tiene peor aspecto el paciente. En el período de calma de DIEULAFOY y FINNEY. Esto significa generalmente que el apéndice se ha roto o gangrenado, y así la tensión dolorosa desaparece con la perforación o con la muerte del apéndice, y como dice MURPHY, un apéndice muerto es igual que un paciente muerto, que no puede hablar.

BERNARD y JOMAIN indican la frecuencia de diarrea en el comienzo de la apendicitis aguda senil. Nosotros creemos que, como la apendicitis aguda en general, la presencia marcada de diarrea puede oscurecer el diagnóstico, o al menos retrasarlo en muchos casos, pensando que como indican KEYES y COOK ayudarán mucho al diagnóstico las siguientes preguntas: 1.^a ¿Qué efecto sobre el dolor tiene la diarrea, la defecación y el paso de gases? 2.^a ¿Qué predominan, los deseos de defecar o la expulsión de materias? 3.^a ¿Qué preponderan, los deseos de mover el vientre o de vomitar? 4.^a ¿Cuáles son las contestaciones a esas tres anteriores preguntas en el estado precoz y en el de localización? Y juzgamos muy útiles y dignas de generalizarse, precisamente en los ancianos, en que es tan frecuente el estreñimiento, estas otras tres preguntas de los mismos autores: 1.^a En el comienzo, ¿notaba como si algo se detuviese dentro de usted? La mayoría de los apendicíticos contestan que sí; algunos dicen que no. 2.^a Al comienzo, ¿notaba al defecar un alivio de la incomodidad o dolor? Los pacientes con apendicitis aguda dicen que sí. 3.^a Al principio, si usted pasaba gases o movía el vientre, ¿se aliviaba algo su dolor o su incomodidad? Los pacientes con apendicitis aguda dicen que no. Estas reglas nos han sido muy útiles en el diagnóstico de algunos casos atípicos en los que el estreñimiento dominaba totalmente el cuadro.

Pasamos ahora a describir algunos síntomas de menor importancia en la apendicitis aguda, pero que tienen algún interés en la de los ancianos.

Ruidos hidroaéreos persistentes. — En algunos de nuestros apendicíticos agudos de más de 50 años hemos encontrado ruidos hidroaéreos

claramente perceptibles para el enfermo y los que le rodeaban. Los consideramos de poco valor, a excepción del que puedan tener para confundir la apendicitis aguda con algunos tipos de oclusión intestinal. Los hemos hallado sólo en el 4,8 por 100 de los casos, obteniendo el máximo de los abscesos (8 por 100), mientras que sólo representaban el 5,1 por 100 en las apendicitis simples, el 5 por 100 en las gangrenosas, el 6,2 por 100 en las perforadas y el 0 por 100 en los plastrones y apendicitis.

Escalofríos. — Los escalofríos se encuentran en mayor proporción en las apendicitis agudas de los viejos que de los jóvenes. Así, POWERS los encuentra en doble proporción (15 y 7,9 por 100, respectivamente). En cambio, la sensación de frío es idéntica en ambos grupos para este autor. COLP ya vió que los escalofríos eran un síntoma de interés. Y como dicen MAES, BOYCE y MAC FETRIDGE, los pacientes con escalofríos son enfermos de pronóstico dudoso y de patología vascular muy probable. Son los pacientes que desarrollan gangrena masiva, trombosis mesentérica y pileflebitis. WOLFF e HINDMANN los encuentran en un 20,5 por 100 en los ancianos, frente a un 8,4 por 100 en los jóvenes, y admiten que en general son un hallazgo más alarmante en los viejos y que usualmente significan la presencia de una complicación peritoneal. El único caso de pileflebitis en la serie de estos autores fué en el grupo de control. En nuestra casuística los datos fueron los siguientes:

GRUPOS ANATOMICOS	Número de casos	Por 100 dentro de cada grupo
Simples	4	10,2
Gangrenosas	12	60,0
Perforadas	8	25,0
Plastrones	1	11,1
Abscesos	3	12,0
Peritonitis	1	11,1
TOTALES	30	20,9

Como puede verse en este cuadro, hemos encontrado una alta proporción de escalofríos en los enfermos seniles. El 40 por 100 de los escalofríos corresponde a las formas gangrenosas no perforadas y el 66 por 100 a las formas gangrenosas perforadas y a las perforaciones apendiculares conjuntamente. Consideramos de gran valor, como signo de gravedad y de afectación vascular, los escalofríos en la apendicitis aguda senil, y creemos que no son tan citados porque constituyen un síntoma que se busca pocas veces o con poca insistencia, cuando, sin embargo, puede ser un buen auxilio para la orientación pronóstica. En nuestra serie de control en las décadas de 20 a 49 años durante el decenio 1941-1950, sólo los hallamos en 39 casos, o sea, un 9,6 por 100, prácticamente algo menos

de la mitad del porcentaje obtenido en los ancianos.

La sudoración profusa es un síntoma que creemos de muy poco valor. Lo encontramos en el 5,1 por 100 de las apendicitis simples, en el 10 por 100 de las gangrenosas, nada en las perforadas, en el 22 por 100 de los plastrones, en el 11 por 100 de los abscesos y en el 5,5 por 100 de las peritonitis, con un total de 8 casos (5,5 por 100).

Otros síntomas nos parecen también de poco interés. Sin embargo, son citados por algunos autores. Así, KRAMER indica que la característica intranquilidad del peritonítico faltaba en muchos casos. De nuestros 18 peritoníticos, sólo existían 5 casos con intranquilidad y, en cambio, 9 tenían una tranquilidad verdaderamente impresionante. La anorexia la hemos hallado en 9 casos. De ellos, 2 al comienzo de la enfermedad. Ninguna vez nos sugirió la idea de neoplasia para el diagnóstico. La pérdida de peso y de fuerzas sólo la hemos encontrado en 6 de nuestras historias. No creemos tenga gran significación y tampoco nos indujo a pensar en tumor maligno.

El uso de calmantes.—Lo hemos encontrado en los diversos grupos anatómicos en una proporción relativamente creciente:

TIPO ANATOMICO	Número	Por 100
Simples	6	17,1
Gangrenosas	3	15,0
Perforadas	3	10,0
Plastrones	1	14,2
Abscesos	4	17,3
Peritonitis	4	25,0
TOTALES	21	16,0

Es curioso que haya sido en los peritoníticos donde más se hayan empleado sobrando comentarios sobre este hecho.

El enmascaramiento del cuadro clínico es a veces tan fatal como en este caso de nuestra serie:

J. F. D., de sesenta y tres años edad. Nunca cuadro iguales ni parecidos. Hace cuatro días se despierta con sensación intensa de frío y ligero dolor hipogástrico, progresivamente creciente, irradiándose a toda la mitad infraumbilical. A los pocos minutos, y habiendo desaparecido de ambas fosas ilíacas hace ocho horas, queda sólo ligero dolor hipogástrico, con el que sigue. A las 24 horas le pusieron pantopón y morfina. Luego estuvo 24 horas bastante bien. Hace 13 horas, enema, y a la media hora retortijones muy fuertes que casi le hicieron desvanecerse haciendo deposición normal. Ya unas horas después del comienzo había tenido dos deposiciones blandas y posteriormente otras dos idénticas. Hace 36 horas tomó magnesio e hizo otras dos deposiciones. En las últimas seis horas le han inyectado 7 cg. de morfina. El primer día tuvo 38,9°; el segundo, 38,5°, y al llegar tiene 39°. El primer día había tenido defensa gran-

de abdominal con dolor en mitad infraumbilical, más en fosa ilíaca derecha. A las 24 horas desapareció la defensa. Al llegar tiene los citados 39 grados y 90 pulsaciones. Respiración abdominal, normal. Contractura-tensión en todo el vientre, más en fosa ilíaca derecha. Ligero dolor provocado en mitad infraumbilical con máximo en hipogastrio. Douglas abombado; 9.000 leucocitos, 2 metamielocitos, 17 cayados, 75 segmentados y 6 linfocitos. El enfermo viene enviado solamente para vigilancia y acompañado por un familiar. Se aconseja terminantemente operación, que no acepta el acompañante. Al fin se logra que la familia acepte ocho horas después y tras consulta con otros colegas. La operación es practicada con éter e incisión pararectal derecha. Al abrir cavidad abdominal sale una enorme cantidad de líquido purulento. Hacia ciego hay la cavidad de un absceso roto. Hay adherencias por todas partes entre las asas intestinales entre sí y con la pared anterior del abdomen que se respetan. No se toca apéndice por parte alguna. El aspecto es pésimo. Drenaje. Fallecimiento a los tres días por peritonitis.

En pocos casos podrá verse la fatalidad que representan los calmantes para la apendicitis aguda con tanta claridad como en este caso y más aún respecto de la apendicitis en los viejos, que ya de por sí es tan atípica y de comienzo a veces tan ligero. Este caso es elocuente de por sí porque reúne casi todo: la ligereza del comienzo del cuadro, la existencia de diarrea, el uso de enemas, purgantes y calmantes, la creencia de afección discreta por los propios familiares, la remisión sintomática traidora, la peritonitis generalizada y las dificultades operatorias.

Por ser también verdaderamente instructivo, citamos este otro caso:

J. C. V., de sesenta y cuatro años de edad. Con tendencia a la diarrea de siempre. Hace 44 horas comenzó con dolor muy ligero generalizado en todo el vientre, pero más en mitad infraumbilical, continuo. Tuvo varios vómitos alimenticios al comienzo. A las 24 horas desapareció el dolor y sólo quedaba a la palpación en región vesicular. Desde hace 14 horas el dolor es más intenso y acompañado de sudoración profusa. Hace 8 horas le pusieron una inyección de morfina y calmó, no teniendo ahora más dolores que al moverse. Última deposición, hace 24 horas, normal. Al llegar, 37° y 120 pulsaciones. Respiración abdominal, normal. No hay contractura. No duele al palpar. Se niega a que se le practique un tacto rectal. Mal estado general; 5.300 leucocitos, 3 metamielocitos, 68 cayados, 11 segmentados, y 18 linfocitos. La familia toma poco en serio el estado del enfermo. La operación, practicada bajo anestesia local y con incisión disociada, muestra abundante líquido purulento en cavidad y un apéndice gangrenado con dos perforaciones. Apendicectomía y drenaje. Fallece al cabo de un día por peritonitis.

He aquí un caso más, lamentable, por el uso de los calmantes. La perforación debió ocurrir hacia las 12 ó 20 horas; le pusieron morfina y quedó sin dolor. Todo esto contribuyó a oscurecer muchísimo el cuadro, que ya de por sí era ligero en su sintomatología. Por eso en la exploración no dolía o dolía muy poco. La fórmula era de las peores que hemos visto. Aunque se logró hacer la operación con anestesia local, resultando muy poco traumática, la peritonitis siguió su evolución inexorablemente.

RESUMEN.

Se estudia en este artículo la sintomatología subjetiva de la apendicitis en los viejos a base de la estadística del Servicio de Digestivo de la Casa de Salud Valdecilla. El comienzo suele ser un dolorimiento abdominal con predominio en muchos casos del dolor generalizado en contraposición a edades anteriores. El dolor es ligero en muchos casos. Las náuseas y vómitos faltan con frecuencia. A veces la náusea acompañada de un ligero malestar puede ponernos sobre aviso de la posibilidad de una apendicitis aguda en personas de edad. La temperatura o es escasa o falta en una mayoría de casos. La cifra media fué de 37,5°. El pulso está más alterado, pero menos que en otras edades, sin que haya clara relación con las lesiones anatómicas. El estreñimiento puede ser dato útil, pero en la mitad de los casos no existe. Los escalofríos son más frecuentes en los viejos. Se insiste sobre el indebido uso de calmantes.

BIBLIOGRAFIA

Se publica en el último de estos tres artículos.

SUMMARY

This paper is concerned with the subjective symptomatology of appendicitis in old age on the basis of statistics of the Department of the Digestive System, Casa de Salud Valdecilla. The condition is usually heralded by abdominal aching with prevalence, in many cases, of widespread pain, in contradistinction to former periods of life. Pain is mild in many cases. Nausea and vomiting are often absent. Sometimes nausea associated with slight malaise may indicate the possibility of acute appendicitis in old persons. Fever is either slight or, in the majority of cases, absent; the average temperature is 37,5° C. The pulse is increased to a greater extent, but less so than in other age-groups, without a clear relation to anatomic lesions. Constipation may be a useful datum, but it is not present in half the cases. Chills are more frequent in old age. Stress is laid on the undue use of sedatives.

ZUSAMMENFASSUNG

In diesem Bericht wird die subjektive Symptomatologie der Appendizitis bei alten Leuten einem Studium unterzogen; die Fälle stammen aus der Statistik des Servicio de Digestivo der Casa de Salud Valdecilla. Das Übel pflegt mit einem Schmerzgefühl im Abdomen zu beginnen, wobei bei vielen Fällen, im Gegensatz zu jüngeren Jahren, ein allgemeiner Schmerz vorherrschend ist. Bei vielen ist er nur leichten Grades. Häufig bleiben Brechreiz und Erbrechen vollständig aus. Manchmal beobachtet man Brechreiz von einem leichten Unbehagen begleitet, wodurch an die Möglichkeit einer akuten Appendizitis bei älteren Leuten erinnert wird. Die

Temperatur ist beim Grossteil der Fälle bloss erhöht oder sogar normal. Im Durchschnitt sahen wir Temperaturen von 37,5 Grad. Der Puls zeigt eine stärkere Veränderung auf, aber doch nicht so ausgeprägt wie bei jüngeren Leuten, und es besteht keine deutliche Beziehung zu den anatomischen Läsionen. Ein nützliches Anzeichen kann die Verstopfung darstellen, nun kommt sie jedoch bei der Hälfte der Fälle nicht vor. Der Schüttelfrost ist bei alten Patienten häufiger zu beobachten. Es wird vor dem übermässigen Gebrauch von Beruhigungsmitteln gewarnt.

RÉSUMÉ

Dans cet article on étudie la symptomatologie subjective de l'appendicite chez les vieillards, utilisant pour cela la statistique du Service de Digestif de la Casa Salud de Valdecilla. Le début est, généralement, un endolorissement abdominal qui, dans bien des cas, a une prédominance de douleur généralisée, en contre-position à des âges antérieurs. Bien souvent la douleur est légère. Les nausées et vomissements manquent fréquemment. Parfois, la nausée accompagnée d'un léger malaise peut nous mettre en garde sur une possible appendicite aiguë chez des personnes âgées. La température est rare et manque dans la plupart des cas. Le chiffre moyen de 37,5°. Le pouls est plus altéré, mais moins que dans d'autres âges, qu'il existe un rapport net avec les lésions anatomiques. La constipation peut être un point utile, mais qui n'existe pas dans le 50 % des cas. Les frissons sont plus fréquents chez les vieillards. On insiste sur l'emploi inadéquat des calmants.

LA REGULACION FARMACOLOGICA DEL ESFINTER DE ODDI EN EL ESTUDIO RADIOLOGICO DE LAS VIAS BILIARES

L. MASJUAN.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.
Madrid.
Clínica de Nuestra Señora de la Concepción.
Departamento de Radiodiagnóstico.

Sabemos por todas las experiencias que se han venido haciendo sobre la regulación nerviosa autónoma del esfínter de Oddi, con motivo del estudio de las coledisquinesias, que es por sí sola la causa de muchos estados patológicos del tracto biliar, incluyendo no sólo las infecciones, sino el importante papel que juega la formación de cálculos.

Los estudios de IBBY y SAMJROW en el año 1934 sobre animales de experimentación demostraron que el esfínter de Oddi es de una gran resistencia y puede aguantar presiones