

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.

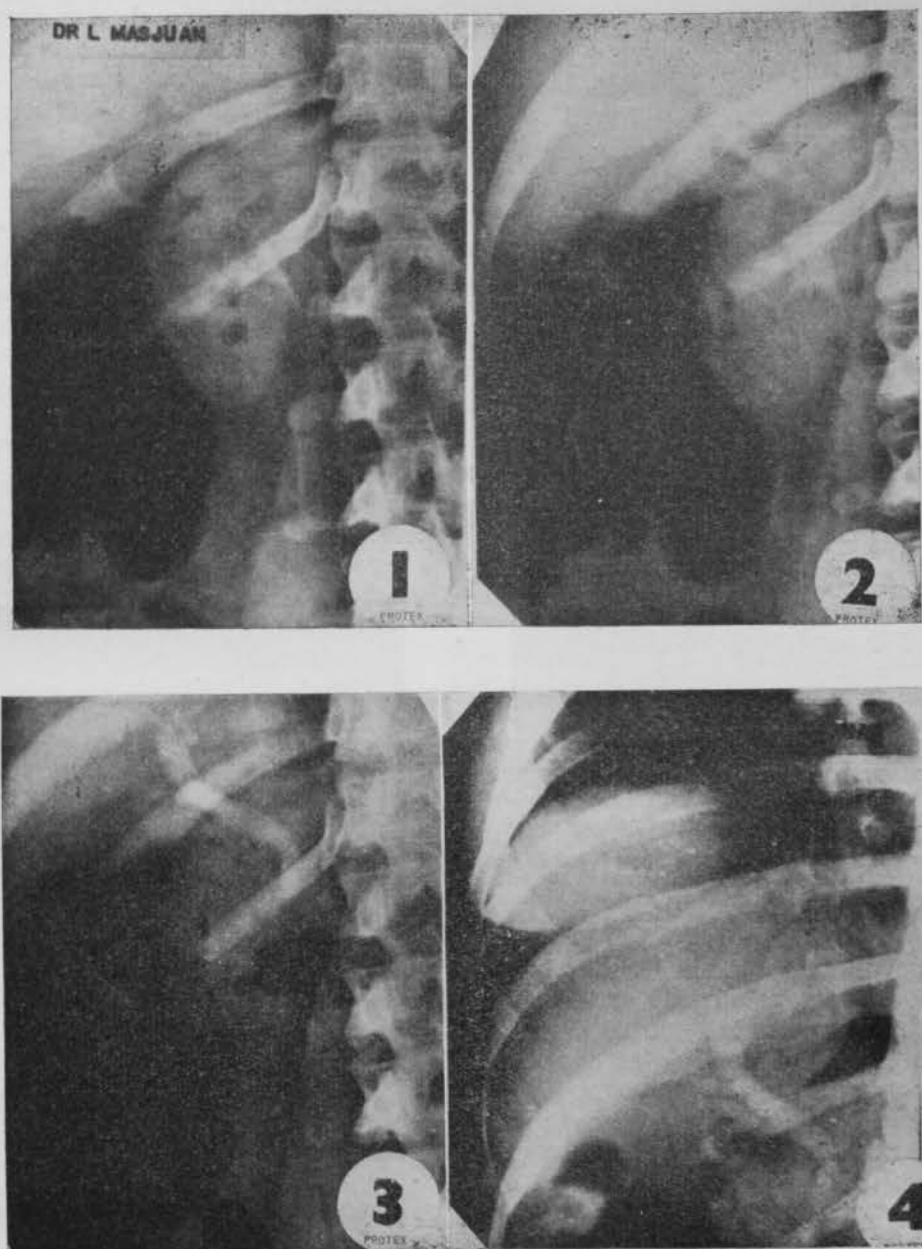
Sabemos por todas las experiencias que se han venido haciendo sobre la regulación nerviosa autónoma del esfínter de Oddi, con motivo del estudio de las coledisquinesias, que es por sí sola la causa de muchos estados patológicos del tracto biliar, incluyendo no sólo las infecciones, sino el importante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

por encima de los 800 mg. de agua, mientras que la presión en las vías de la bilis, empujada por la vesícula biliar, no excede de los 300 miligramos.

Basados en estos datos se vienen utilizando los fármacos que producen el aumento de tono

za, uno inmediatamente antes de ser realizada la colangiografía. Se inyecta 20 minutos antes del contraste, por vía subcutánea, aproximadamente 0,1 mg. por kilo de peso de cloruro mórfico. A los 20 minutos se inyecta el Biligrafin, 40 c. c. al 20 por 100, por vía intravenosa, y



SERIE COMPLETA EN COLANGIOGRAFIA NORMAL PREVIA INYECCION DE MORFINA

Fig. 1.—A los 5 minutos, eliminación del Biligrafin por pelvis renal.
Fig. 2.—A los 15 minutos, hepático y colédoco rellenos con buen contraste.

Figs. 3 y 4.—A los 45 y 60 minutos, respectivamente, colédoco bien definido; no se aprecian alteraciones de disposición o relleno; calibre aumentado debido a la morfina.

de este esfínter durante la exploración radiológica de las vías biliares con el fin de conseguir una plenificación máxima de todo el árbol biliar. Este procedimiento es similar, de una forma farmacológica, a lo que hacemos en las urografías descendentes con la compresión ureteral.

La técnica que venimos usando es tener una dieta previa sin féculas ni verduras los dos días antes de la exploración, con enemas de limpie-

se hacen colecistogramas a los 5, 15, 25, 45, 60 y 90 minutos. A los 45 minutos ha llegado a la replección máxima todo el colédoco con gran densidad, vías intrahepáticas y cístico, las cuales aparecen ingurgitadas al no poder vaciarse el contraste en el duodeno. En este colecistograma óptimo realizaremos el estudio en cuanto a contornos, posibles adherencias, malformaciones, y excluirémos la existencia de cálculos de una manera mucho más segura, dada

la buena plenificación de todas las vías biliares, y ser más perceptible el defecto de repleción.



SERIE COMPLETA EN COLANGIOGRAFIA NORMAL

(Prevía inyección de morfina).

Fig. 5.—A los 90 minutos del Biligrafín, y a los 30 después de la inyección de atropina, se empieza a vaciar el colédoco; véase la mucosa duodenal impregnada de contraste.

Cuando hemos obtenido todos los datos que deseábamos, nos resta solamente la segunda parte de este tipo de examen, que consiste en relajar el esfínter, a fin de que el contraste pase al duodeno, para lo cual se inyecta 1 miligramo de atropina y se espera aproximadamente unos 25 a 30 minutos. A la media hora descubrimos el paso del contraste al duodeno obteniendo unos colecistogramas con la mucosa duodenal impregnada y viendo cómo poco a poco va disminuyendo de calibre el colédoco para quedar en el tamaño normal hasta que desaparece la plenificación del mismo.

Con el repetido uso de esta técnica hemos llegado a la conclusión de que se consiguen las siguientes ventajas:

1. Representación de todo el sistema biliar, en más alto porcentaje de casos, al evitar el vaciamiento del contraste en el intestino.

2. Plenificación más larga de las vías biliares, pudiéndose hacer menos radiografías y más espaciadas, excluyéndose la posibilidad de que la plenificación óptima del colédoco ocurra entre dos radiografías. Esta ventaja es también de mucho valor cuando se realiza la técnica de tomografías de las vías biliares, las cuales exi-

gen tiempo para ser obtenidas, y sobre todo buena repleción de todo el sistema, para lo cual, manteniendo controlado el esfínter de Oddi, tendremos una serie de minutos que nos permitirá hacer con todo desahogo las técnicas planigráficas.

3. Mayor contraste del sistema biliar con mejor visualización de las formaciones calcúlosas, a ser el defecto de repleción más señalado, así como alteraciones del calibre o disposición del colédoco (adherencia, compresiones, etcétera).

4. En los casos de cólicos postcolecistectomía, en la que la contracción del esfínter es muy fuerte y duradera, se observará una dilatación aún mayor del colédoco, que llega a ser de hasta 8 y 10 mm. Posteriormente se podrá demostrar que el vaciamiento en respuesta a la inyección de antiespasmódicos es más lenta, siendo este dato muy útil para el diagnóstico de las coledisquinesias.

5. En los colecistogramas negativos con falta de eliminación del colorante por el hígado y que sólo se observa el paso del contraste por la pelvis renal, podremos establecer aún mejor la



Fig. 6.—A los 60 minutos del Biligrafín con inyección previa de morfina, colédoco bien relleno con buena intensidad de contraste, visualizándose en su interior imagen correspondiente a cálculo.

creencia de que existe una alteración de función hepática y que siempre suele coincidir en aquellos enfermos que han tenido ictericias repetidas y la célula hepática está alterada.

6. Se conseguirá una mayor belleza radiográfica.

Creemos todos estos factores suficientes para poder defender la utilización de esta técnica que venimos haciendo sistemáticamente en todas las exploraciones radiológicas con Biligrafín.

RESUMEN.

Se estudian las ventajas de la regulación farmacológica del esfínter de Oddi durante la exploración radiológica de las vías biliares con Biligrafín a fin de conseguir una mejor y más constante visualización de las mismas. Se describe la técnica empleada.

SUMMARY

A study is carried out on the advantages of pharmacological control of Oddi's sphincter during the radiological examination of bile ducts with "Biligrafín" in order to attain a better and more constant visualisation of such ducts. The technique employed is discussed.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden die Vorteile einer pharmakologischen Steuerung des Oddischen Sphinkter während der roentgenologischen Untersuchung der Gallenwege mit Biligrafín überprüft, zum Zwecke einer besseren und beständigeren Sichtbarkeit derselben. Es wird die angewandte Technik beschrieben.

RÉSUMÉ

Etude des avantages de la régulation pharmacologique du sphincter de Oddi pendant l'exploration radiologique des voies biliaires avec Biligraphin, afin d'obtenir une plus grande et plus constante visibilité des mêmes. On décrit la technique employée.

TRATAMIENTO DE LAS SEROSITIS TUBERCULOSAS EXUDATIVAS CON AYUDA DE LAS HORMONAS CORTICO-HIPOFISARIAS

T. CERVÍ.

Director del I. P. T. del Hospital Insular Central
y del Sanatorio de Ofra (P. N. A.).
Santa Cruz de Tenerife.
Canarias.

En más de una ocasión hemos prestado nuestra atención a los procesos exudativos de las serosas, situándolos dentro de la nosología general de la tuberculosis, y dándoles la significación que para el futuro del sujeto enfermo pudieran tener. Considerados generalmente como

manifestaciones relativamente precoces, en relación próxima con la primoinfección (período subprimario, lo más postprimario), su antecedente pesa ostensiblemente en frecuencia y significación en la historia de ulteriores procesos parenquimatosos más irreversibles.

Efectivamente, implica significación, por una parte favorable, la modificación inmunológica de un sujeto que fija un proceso tan generalizado como la tuberculosis en sus primeros estadios, haciendo que la evolución marche en lo sucesivo más localizada y atenuada, además de la compresión beneficiosamente ejercida sobre los parénquimas subyacentes, con posibles lesiones también, y la regresión favorable final que acostumbra experimentar estos síndromes de las serosas.

Pero, por otra parte, debemos estos hechos contrapesarlos con que, por ejemplo, estas inflamaciones entrañan como secuela, si no obligada, frecuente, sínfisis y adherencias (procesos nada inactivos, pese a su aparente inocuidad), que disminuyen posibilidades terapéuticas futuras, llegándose en las pleuras a veces a la misma paquipleuritis retráctil e incluso al fibrotórax con su cortejo mecánico de bronquiectasias, inflamaciones secundarias, atelectasias y trastornos cardiocirculatorios; en el pericardio, al mismo corazón acorazado, y en el peritoneo a adherencias, fuentes de muy variadas y a menudo mal interpretadas molestias, imposibilidad de pneumoperitoneo, complicaciones, etcétera. En nuestro estudio presente dejamos al margen y sin mencionar la cuestión de las meningitis, que posiblemente será objeto más adelante de otra comunicación.

En nuestra experiencia, especialmente la recogida durante la época de nuestra guerra, cuanto más virulenta sea la primoinfección y peores las condiciones personales del individuo y los cuidados que reciba, más extensas e intensas serán las manifestaciones exudativas de las mucosas.

PROBLEMAS DEL TRATAMIENTO DE ESTAS MANIFESTACIONES.

El tratamiento de estas manifestaciones es, y sobre todo en la actual era antibiótica y quimioterápica, el de la infección general que las origina a base de estos fármacos, tratamiento hecho de manera racional y suficiente y en adecuadas condiciones de higiene y reposo. Nunca nos cansaremos de insistir en la necesidad de reposo en toda enfermedad aguda, aunque sólo sea ligeramente febril, el cual reposo es insustituible por los fármacos, que no pueden hacer otra cosa que completar su beneficioso efecto. En los momentos simplemente exudativos el tratamiento local sólo debe ser moderadamente evacuatriz si los trastornos mecánicos lo exigen imperiosamente y sólo en grado suficiente para mitigarlos. Detallar normas de empleo de anti-