

cido el número de eventraciones que pueden presentarse. No hemos visto ninguna complicación de esta clase en los enfermos operados en estas primeras horas, sin embargo, no negamos la posibilidad de haberse presentado en alguno de ellos.

En cuanto a complicaciones inmediatas, encontramos en estos 106 enfermos, 2 neumonías, 1 congestión pulmonar y dos íleos paralíticos, complicaciones que por lo demás se presentan con escasa diferencia, en los casos operados en frío. De las complicaciones abdominales, sólo anotamos, los dos íleos referidos anteriormente, que cedieron fácilmente con el tratamiento adecuado.

En 8 enfermos, o sea en un 78 % se trataba de la primera crisis apendicular. Existían en pocos enfermos, antecedentes patológicos, en los casos en que existían, se trató: en 23 enfermos, de apendicitis anteriores en 6 casos, afecciones gastro-intestinales, predominando la constipación crónica y sólo en 6 enfermos encontramos amigdalitis frecuentes.

En este primer grupo, operamos 25 niños, cuya edad era de 5 a 12 años; no hemos visto esta afección, antes de los 5 años, naturalmente, se comprende, que se presenta en los primeros años de la vida, pero con bastante menos frecuencia que en la segunda infancia. A pesar de la gravedad de esta afección en estas edades, no hemos tenido ninguna defunción. La gravedad depende de la falta de signos alarmantes, y de que cuando estos se manifiesten, y por tanto se practica la intervención quirúrgica, han transcurrido más de 24 horas.

En los 60 enfermos operados, entre las 24 y 48 horas, tenemos 7 defunciones, o sea una mortalidad de un 11'6 %. Existe un mayor número de casos en que hubo necesidad de dejar un drenaje abdominal.

De los 60 enfermos operados, en 34 o sea en un 37 %, nos vimos precisados a dejar un drenaje en cavidad peritoneal. De estos enfermos, hemos intervenido solamente dos casos de eventración, pero no dudamos que el número de las mismas ha de ser mucho más frecuente. Un tanto por ciento de enfermos que presentan esta complicación, no acuden al cirujano que les operó primeramente.

En este grupo, encontramos bastantes casos de íleos paralíticos, naturalmente que en ellos la causa de la parálisis intestinal es de naturaleza inflamatoria o sea peritonítica. De los 6 casos en que se presentó, en 2 ocasionó la muerte de los enfermos. Los otros 5 casos de muerte, fueron 3 peritonitis difusas, y dos septicemias peritoneales complicaciones de la apendicitis, que evolucionaron a pesar de la intervención quirúrgica. Las otras complicaciones, que hemos encontrado han sido en el aparato respiratorio, existiendo una bronquitis difusa, una congestión pulmonar y dos bronconeumonías mortales.

Otra complicación encontrada en este grupo, fué una fistula estercorácea, a los 10 días de la intervención y que curó espontáneamente.

En este segundo grupo, que comprende 60 operados, encontramos 12 apéndices, con contenido purulento en su interior, 15 casos de apendicitis gangrenosa sin perforación y 18 enfermos en que la gangrena apendicular produjo una o más perforaciones. En 16 casos existía una peritonitis difusa, grave en la mayoría de los casos, producida por la perforación apendicular; sólo en tres casos en que ésta no existía se presentaron las lesiones difusas sépticas del peritoneo. Es por tanto muy alto el número de apendicitis gangrenosas que encontramos en este grupo. Asimismo, es alto el porcentaje de apendicitis retro-

cecales; hemos operado 16 casos o sea un 26 %, cifra mayor que la del grupo anterior, ello es debido a que la apendicitis retrocecal no retrocede o es más séptica que las otras localizaciones apendiculares.

En el segundo día de la crisis apendicular hemos visto 13 niños, o sea un 21'6 %, cifra muy cercana a la del grupo anterior. En la mayoría de casos, la afección se presentó entre los 5 y los 12 años. En dos casos los pacientes tenían menos de 5 años. En este grupo de enfermos, se puede apreciar la gravedad de la apendicitis en el niño, pues de los 13 operados, murieron 3 o sea un 23 %, cifra que contrasta con la que obtenemos con los casos de adultos, en los que los 47 operados dieron 4 muertos o sea un 8'5 %.

Las apendicitis operadas entre el 2.º y 3.º día, son en menor número que las anteriores, forman un grupo de 14 enfermos, con una mortalidad de 4 casos o sea un 28 %. En estos operados, hubo necesidad de dejar drenaje en 11 casos, o sea en un 75 %, cifra que difiere en gran manera de la obtenida en los dos grupos anteriores, 12 % en el 1.º y 57 % en el 2.º Las complicaciones que encontramos, fueron todas mortales en estos enfermos. Encontramos una bronconeumonía, 2 peritonitis agudas difusas y una septicemia peritoneal.

En este tercer grupo de enfermos encontramos 8 apendicitis gangrenosas o sea un 58 %, en 6 de las cuales existía una perforación apendicular. En la mayoría de casos, existía una peritonitis difusa grave. La apendicitis retrocecal, se encontró en tres enfermos o sea en un 21 % de los casos.

En estos 14 enfermos, sólo hay dos niños operados, habiendo curado los dos. El mayor porcentaje de niños operados, lo obtenemos en el 2.º grupo y ello se com-

prende, pues si en el primer día es más difícil diagnosticar la apendicitis en el niño que en el adulto, por el hecho de presentar los signos más velados, en cambio la evolución rápida y gravedad de las lesiones hace que al segundo día de iniciada la crisis, sea hecho el diagnóstico y por tanto se practique inmediatamente la intervención quirúrgica.

Después del tercer día de iniciada la crisis hemos visto y operado 22 enfermos, con un resultado de 9 muertos o sea de un 40'9 %. El drenaje se practicó en 20 casos o sea en un 90'9 %. La mortalidad fué debida en 5 enfermos a una peritonitis difusa, en otros dos a esta misma complicación; con la que coexistía una oclusión intestinal paralítica y en los 2 restantes a una septicemia peritoneal.

En este último grupo, encontramos, en los 22 casos que comprende, 11 enfermos con apendicitis gangrenosa, todas ellas perforadas y con apendicitis difusa más o menos extensa, o sea un 50 % de perforaciones; constituyen las apendicitis que no retroceden y que hay que operar al 3.º, 4.º o X día en plena difusión peritoneal. Existen también en este grupo o casos de apendicitis agudas que han provocado la formación de adherencias a su alrededor y en las que se ha formado un absceso apendicular; estos casos son de mayor gravedad, de lo que generalmente, se cree; pues, por el hecho de que se haya producido un tabicamiento de la cavidad peritoneal, parece se esté ya al abrigo de una peritonitis difusa. Si pensamos en que la muerte por apendicitis aguda, no es solamente debida a esta complicación, sino que también contribuyen o producen la misma, otros hechos, como la oclusión intestinal, septicemia peritoneal, complicaciones pulmonares, etc. veremos que esta forma anatómo-patológica de la apendi-

citis aguda, reviste una notable gravedad. En este grupo hemos visto 7 abscesos apendiculares, todos fueron intervenidos de los 8 días en adelante, excepto en dos casos en que la dilatación del absceso apendicular se hizo al 4.º día y a pesar de la dilatación precoz, no fué posible extirpar el apéndice; de estos 7 casos, perdimos dos, uno a consecuencia de una peritonitis difusa y el otro de una oclusión intestinal por encima del ciego, pues éste estaba abocado a la pared, por haberse fraguado una fístula estercorácea espontánea.

En este grupo, fueron operados dos niños y los dos murieron, uno de peritonitis difusa y el otro de septicemia peritoneal. Los 20 casos restantes se trataron de adultos con 7 defunciones, con un 35 % de mortalidad. Aunque la cantidad de casos de este grupo no es importante, se aprecia como en otros sitios de este trabajo la gran mortalidad de la apendicitis en la infancia. De los 17 niños operados después de las 24 horas de iniciada la crisis, hemos perdido 5 o sea un 29 %.

No hay duda que de un tiempo a esta parte, se operan muchas más apendicitis agudas en el tiempo ideal, o sea, de infección localizada en el apéndice; a pesar de este adelanto, hay que procurar por todos los medios, evitar la alta mortalidad que aun produce esta afección y procurar verla reducida a la que produce toda otra intervención quirúrgica abdominal, practicada en frío.

Contando globalmente nuestros casos, hemos obtenido los siguientes resultados:

Nº casos oper.	Momento de la intervención	Muertes	Mortalidad
106	Primer día	0	0
60	Entre las 24 y 48 horas .	7	11'6%
14	Entre las 48 y 72 horas .	4	28 %
22	Después de las 72 horas	9	40'9%
202 Totales	20	9'9%

El pronóstico depende en primer término y de una manera casi absoluta del tiempo en que se practique la intervención por grave que sea el caso si se interviene en las primeras horas de iniciada la crisis la mayoría de veces, por no decir siempre salvaremos el enfermo.

Después del factor tiempo, no hay duda de que existen otros factores que influyen en el pronóstico, y entre ellos la edad; esta afección es muy grave en los niños y en los viejos, siendo muy frecuente en los primeros; de aquí que se insista tanto en su gravedad y muy rara en los segundos, hecho que hace que apenas se hable de ella, en esta época de la vida, entre todos los casos de nuestra estadística, sólo hemos visto 8 casos de apendicitis después de los 52 años, o sea un 31'9 %. A pesar de la gravedad de esta afección en esta época de la vida, en los 5 casos, operados en las primeras 24 horas de la crisis, no hemos tenido ninguna defunción. En cambio, de los 7 casos perdidos del 2.º grupo, 4 de ellos, eran enfermos de edad media, 38, 39, 42 y 54 años; de las 4 muertes del tercer grupo, en dos se trataba también de enfermos de media edad 36 y 52 años y por último en el último grupo encontramos tres defunciones de enfermos de 37, 43 y 53 años. Por tanto, podemos afirmar que la apendicitis es rara en la edad avanzada y que se presenta con relativa frecuencia en la edad media de la vida siendo de carácter grave también en este tiempo; principalmente en las formas gangrenosas con sepsis peritoneal.

Además de la edad, interesa para fijar el pronóstico, conocer el estado general del enfermo, antes de iniciada la crisis y a este efecto recordamos un caso citado en un trabajo nuestro sobre esta misma cuestión de un enfermo addisoniano operado a las 6 horas de iniciada la crisis y de

Práctica Anatómicoquirúrgica ilustrada

por los doctores

F. Paitre, H. Lacaze y S. Dupret

Constará de diez fascículos. Publicado el fascículo primero: *Región abdominal*, de 412 páginas, ilustrados con 747 grabados. Precio: 40 ptas.

Manual del Enfermero para pacientes nerviosos y mentales

por los doctores

W. Morgenthaler y O.-L. Forel

Un tomo en octavo mayor, de 360 páginas e ilustrado con 50 láminas impresas en negro. Rústica, 25 pesetas. Tela, 28 pesetas.

Química de Guerra

por el doctor **L. Blas**

Obra declarada de mérito por el Ministerio de Marina

Forma un tomo en octavo mayor, de 272 páginas e ilustrado con 41 grabados intercalados en el texto. Rústica, 12 pesetas. Tela, 15 pesetas.

Manual de Psiquiatría, con un Apéndice y selección bibliográfica catalogada.

por el doctor

Emilio Mira López

Un tomo en octavo, de 758 páginas, esmeradamente impreso, ilustrado con 63 grabados en el texto. Rústica, 36 ptas. Tela, 40 ptas. Pasta, 42 pts.

Colitis ulcerosas graves no amibianas

por los doctores

F. Gallart Monés y P. Domingo Sanjuán

Forma un tomo en cuarto mayor, de 124 páginas, esmeradamente impreso e ilustrado con 84 radiografías en el texto. Rústica, 22 pesetas.

Ocho lecciones clínicas

por el doctor

F. Gallart Monés

1934 (2.^a serie). Un tomo en cuarto, de 104 páginas, ilustrado con 38 radiografías. Rústica, 10 ptas.— 1935 (3.^a serie). Un tomo en cuarto, de 128 páginas, 36 radiografías. Rústica, 12 ptas.— 1936 (4.^a serie). Un tomo en cuarto, de 160 páginas, ilustrado con 65 radiografías. Rústica, 14 ptas.

SALVAT EDITORES, S. A. 41-Mallorca-49 : BARCELONA

VERDADERAMENTE

A SIMILABLE

SOLAMENTE

HEMOGLOBINA STENGRE

Anemias

Convalecencias

Reconstituyente de la SANGRE

**Estimulante de las funciones
digestivas**

MUESTRAS Y LITERATURA: E. BOIZOT

Luis Cabrera, 47

Salmerón, 247, pral.

Avda. 14 de Abril, 16

M A D R I D

BARCELONA

VALENCIA

que a pesar de que las lesiones no eran muy graves murió al día siguiente con un cuadro de shock operatorio.

De todo lo manifestado, pretendemos sacar la conclusión de que en todos los casos en que el interrogatorio y los pocos signos de la exploración clínica a los que nosotros damos valor nos induzcan a creer que estamos en presencia de una apendicitis aguda, aconsejaremos la intervención quirúrgica inmediata. No negaremos que siguiendo este criterio tan simple, alguna vez podremos equivocarnos y no encontrar la lesión apendicular; en su lugar de diez veces, nueve encontraremos otra afección quirúrgica, a la que la intervención inmediata habrá beneficiado en gran manera, y en el caso restante se tratará de una afección de índole médica, en la que la intervención quirúrgica la mayoría de las veces, no habrá causado trastornos de gran gravedad.

RESUM

L'autor presenta 202 casos d'apendicitis agudes operades en el transcurs dels anys 1933, 1934, i 1935.

Divideix els malalts en 4 grups. En el primer estudia els casos operats abans de les 24 hores d'iniciada la crisi apendicular. Advoca per la intervenció precoç, única manera d'evitar l'extremada mortalitat que encara hi ha d'apendicitis aguda. Aquest primer grup de malalts comprèn 106 casos, entre el que no hi ha cap defunció.

El segon grup de malalts comprèn els casos operats entre les 24 i 48 hores d'iniciada la crisi. De 60 apendicitis operades, varem tenir 7 defuncions, o sigui un 11,6 %.

En el tercer grup, que copren 14 casos, foren intervinguts entre les 48 i 72 hores de l'inici de la crisi apendicular, morint 4 malalts, essent la mortalitat d'un 28 %.

Per fi en el quart grup s'agrupaven totes les apendicitis agudes operades després del tercer dia de l'inici de la crisi apendicular, essent 22 casos amb 9 defuncions, amb una mortalitat de 40,9 %.

No hi ha dubte que, d'haver estat operats tots els casos en les primeres hores, la mortalitat seria molt reduïda. Lo que cal és fer un

diagnòstic precoç. Per l'autor solament té importància el dolor espontani abdominal, seguit de dolor i contractura parietal provocada per la pressió en la fosa ilíaca dreta. Considera que no es té de donar cap importància diagnòstica als signes secundaris: puls, temperatura, vòmits, ventre tancat, etc. A la majoria d'aquests signes cal donar-los-hi més importància pronòstica que diagnòstica. Creu necessària la pràctica del contacte i fórmula leucocitària, quin resultat té d'anar acompanyat sempre de les dades clíniques.

No hi ha dubte que l'autor exposa la qüestió diagnòstica d'una manera molt esquemàtica, però tenim la impressió de què, seguint el seu criteri, es reduiria en gran manera la mortalitat d'aquesta malaltia, i al ensems s'evitarien un gran nombre de complicacions, tals com oclusions intestinals, abscessos peritoneals, perivisceritis, evertacions, bronco-pneumonies, etcètera.

RESUME

L'auteur présente 202 cas d'appendicite aiguë qui furent opérés dans le cours des années 33, 34 et 35.

Il divise les malades en quatre groupes. Dans le premier groupe il étudie les cas opérés avant l'expiration de 24 heures après le commencement de la crise appendiculaire. Il insiste sur une intervention précoce comme le seul moyen d'éviter la mortalité excessive que jusqu'aujourd'hui présente l'appendicite aiguë. Ce premier groupe de malades comprend 106 cas parmi lesquels aucun décès a été enregistré.

Le deuxième groupe de malades comprend les cas opérés dans les 24 à 48 heures après le commencement de la crise. Nous trouvons 7 décès entre 60 appendicites opérées, c'est-à-dire 11,6 %.

Dans le troisième groupe, comprenant 14 cas, l'intervention eut lieu entre les 48 et les 72 heures après le commencement de la crise appendiculaire. 4 malades moururent; la mortalité s'élève à 28 %.

Enfin, dans le quatrième groupe se trouvent toutes les appendicites aiguës opérées après le troisième jour du commencement de la crise appendiculaire; il y a 22 avec 9 décès, c'est-à-dire une mortalité de 40,9 %.

Il n'y a pas de doute que la mortalité aurait été de beaucoup réduite si l'on avait opéré tous les cas pendant les premières heures. L'important, c'est la diagnose précoce. L'auteur seulement attache d'importance à la douleur spontanée abdominale suivie de la douleur et de la contraction pariétale provoquées par la pression de la fosse iliaque droite. D'après son opinion les symptômes secondaires: puls, température, vomissements, constipation, etc., ne sont pas du tout d'importance diagnostique. La plupart de ces symptômes ont plus d'im-

portance pour la prognose que pour la diagnose. Il croit qu'il faut pratiquer le comptage et la formule des leucocytes dont le résultat doit toujours être subordonné aux dates cliniques.

Sans doute l'auteur expose la question diagnostique d'une manière fort schématique, mais on a l'impression qu'en suivant son point de vue on réduira essentiellement la mortalité de cette maladie. En outre, on pourra éviter un grand nombre de complications telles que occlusions intestinales, abcès du péritoine, péritonites, éviscération, bronchopneumonie, etc., etc.

SUMMARY

The author presents 202 cases of acute appendicitis which have been operated during the years 33, 34 and 35.

He divides the patients into four groups. In the first group he treats upon the cases which have been operated within 24 hours after the beginning of the appendical attack. He lays the greatest stress upon an early intervention, that being the only way to avoid the excessive mortality still prevailing in cases of acute appendicitis. This first group comprehends 106 cases with no deceases at all.

The second group comprehends the cases which have been operated within 24 to 48 hours after the first attack. 60 cases of appendicitis have been operated amongst which have been 7 deceases, consequently 11.6 %.

The third group comprehends 14 cases which have been operated within 48 to 72 hours after the beginning of the appendical crisis. 4 patients died, thus resulting a death-rate of 28 %.

Finally, the fourth group comprises all the cases of acute appendicitis which have been operated after the third day following the beginning of the appendical crisis. These are 22 cases with 9 deceases, whence results a death-rate of 40.9 %.

There can be no doubt that the mortality would have been much reduced if all the cases would have been operated within the first hours. An early diagnosis is the most essential thing. The author attaches exclusively importance to the spontaneous abdominal pain, with subsequent pain and lateral contraction, provoked by pressure on the right iliac cavity. He is of opinion that no diagnostic importance appertains to the secondary symptoms, as pulse, temperature, vomiting, constipation; most of these symptoms are rather of prognostic than of diagnostic value. He thinks it necessary to practice the counting and the formula of the leukocytes, the result of which practice should always underly the clinical dates.

In spite of the schematism wherewith the author undoubtedly treats the diagnostic question we have the impression that, on following the authors advice, the death-rate of this ma-

lady would be greatly reduced; besides, there would be avoided a considerable number of complications, such as ileus, peritoneal abscesses, perivisceritis, prolapsus, bronchial pneumonia, etc., etc.

RIASSUNTO

L'autore tratta su 202 casi di appendicite acuta operate nel triennio 1933-34-35.

Divide i pazienti in quattro gruppi. Nel primo studio i casi operati prima delle 24 ore di iniziarsi la crisi appendicolare. Raccomanda la intervento precoce, unico mezzo secondo l'autore di evitare l'elevata mortalità che ancora si ha nelle appendiciti acute. Questo gruppo comprende 106 casi nei quali nessuno è stato seguito di morte.

Il secondo gruppo comprende i casi operati fra le 24 e le 48 ore posteriori all'inizio della crisi. I pazienti sono 60 registrandosi 7 decessi ossia un 11.6 %.

Il terzo gruppo si riferisce a casi operati fra le 48 e le 72 ore posteriori dell'inizio della crisi appendicolare, e su 14 casi rilevano 4 decessi ossia un 28 %.

Finalmente, il quarto gruppo comprende tutte le appendiciti acute operate dopo il terzo giorno dell'inizio della crisi appendicolare, comprendendo 22 casi con 9 decessi ossia un 40.9 %.

Non c'è dubbio che di essersi operati tutti i casi nelle 24 ore la mortalità sarebbe di molto più ridotta. Ciò che è necessario è il fare il diagnostico precoce. Secondo l'autore solo ha importanza il dolore spontaneo addominale, seguito dal dolore e contrattura parietale provocato per la pressione nella fossa iliaca destra.

Considera l'autore che non bisogna dare importanza diagnostica ai sintomi secondari: polso, temperatura, vomito, ventre chiuso, ecc., dovendosi dare alla maggioranza di questi sintomi più importanza pronostica che diagnostica. Crede necessario la pratica del riconto e della formula leucocitarii riportando il risultato al esame clinico.

Non v'è dubbio che l'autore espone la questione diagnostica in forma molto schematica, pero crediamo che seguendo il suo criterio si ridurrebbe fortemente la mortalità in seguito a questa malattia; per di più, si eviterebbero in gran numero le complicazioni, tali come: occlusione intestinale, ascessi peritoneale, periviscerite, sventramenti, broncopulmonie, ecc., eccetera.

ZUSAMMENFASSUNG

Verfasser beschreibt 202 Fälle von akuter Blinddarmentzündung, die im Laufe der Jahre 33, 34 und 35 operiert wurden.

Er teilt die Kranken in vier Gruppen ein. In der ersten Gruppe behandelt er die Fälle,

die innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt des Blinddarmarfs operiert wurden. Er tritt für den möglichst frühzeitigen Eingriff ein, den er für den einzigen Weg hält, um die übermässige Sterblichkeit, die auch heute noch die akute Blinddarmenzündung aufweist, zu vermeiden. In dieser ersten Gruppe, die 106 Fälle betrifft, wurde nicht ein einziger Todesfall verzeichnet.

Die zweite Gruppe betrifft die Fälle, die in dem Zeitraum von 24 bis 48 Stunden nach dem ersten Anfall operiert wurden. Unter 60 operierten Blinddarmenzündungen, fanden sich 7 Todesfälle, also 11.6 %.

In der dritten Gruppe wurde in 14 Fällen innerhalb von 48 bis 72 Stunden nach dem ersten Anfall operativ eingegriffen; 4 Kranke starben, d. h. die Sterblichkeit betrug 28 %.

In der vierten Gruppe schliesslich befinden sich alle die akuten Blinddarmenzündungen, die später als drei Tage nach Beginn des ersten Anfalls operiert wurden. Es waren 22 Fälle, darunter 9 Todesfälle, demnach eine Sterblichkeit von 40.9 %.

Es kann kein Zweifel darüber bestehen, dass die Sterblichkeit weit geringer gewesen wäre, wenn alle Fälle während der ersten Stunden

operiert worden wären. Das Wichtigste ist, frühzeitig die Diagnose zu stellen. Dem Verfasser erscheint einzig wichtig der spontane Leibschmerz, in Verbindung mit dem Schmerz und der seitlichen Kontraktur, die durch Druck auf die rechte Iliumhöhle hervorgerufen werden. Er ist der Ansicht, dass die sekundären Begleiterscheinungen, wie z. B. Puls, Temperatur, Erbrechen, Obstipation, etc., von keinerlei diagnostischer Bedeutung sind. Der Mehrzahl dieser Begleiterscheinungen komme mehr prognostische als diagnostische Bedeutung zu. Er hält für notwendig Zählung und Formel der Leukozyten in die Praxis einzuführen; das sich hieraus ergebende Resultat muss immer den klinischen Daten unterlegt werden.

Zwifellos führt der Verfasser die diagnostische Frage ausserordentlich schematisch durch. Trotzdem haben wir den Eindruck, dass sich die Sterblichkeit bei dieser Krankheit in hohem Masse vermindern wird, wenn wir nach seiner Ansicht vorgehen. Ausserdem werden sich eine grosse Anzahl von Komplikationen vermeiden lassen, wie z. B. Darmverschluss, Peritonealabscesse, Perivisceritis, Eventration, Bronchopneumonien, etc., etc.

(The following table contains mirrored text from the reverse side of the page and is therefore illegible.)