

sos de shock por intervenciones obstétricas. Nuestros resultados han sido favorables en el 100 por 100 de los casos.

BIBLIOGRAFIA

- BOBBIO, A., GOFFRINI, P. y BEZZI, E.—Presse Méd., 60, 80, 1952.
 CAHN, J.—Physiologie de l'organisme refroidi, in "pratique de hibernoterapie", 21, 30, 1956. Ed. Masson. París.
 CATHALA, J.—Le Nourrisson, 4, 1957.
 CHAUCHARD, P.—Presse Méd., 62, 47, 1954.
 DECOURT, PH.—Therapie, 8, 846, 1956 y Presse Méd., 62, 855, 1954.
 GALDO Y CRUZ.—Progresos en Med. Inf., 1956.
 GIAJA, U. y MARKOVIC.—C. R. Soc. Biol., 148, 855, 1954.
 HUGUENARD, P.—Anest. et Anal., 11, 584, 1954 y Anest. et Anal., 10, 16, 1953.
 LABORIT, H.—La reacción orgánica a la agresión y al shock. Masson, 1952.
 LABORIT y HUGUENARD.—Práctica de la hibernoterapia en Medicina y Cirugía. Masson, 1954.
 LACOMME, M.—Tunis. Méd., 9, 1953.—Jornadas de estudios e información sobre R. N. y prematuros. París, octubre 1953.
 LELONG, M.—La hibernación en Pediatría. Acquisitions médicales récentes. Flammarion. París, 1954.
 NOTTER y BOULEZ, N.—Presse Méd., 10 abril 1954.
 P. PETIT y VIGOUROUX, R., JOSEPH, R., BERNARD, G., DAVID, M., BINARD y J. FABRE.—XV Congr. de Pediatras de langue française. Marseille, mayo 1955.
 ROSSIER, A.—Société de Pediatrie. París, 6, julio 1954.
 ROSSIER, A. y MICHELIN, J.—Société de Pediatrie, 19 oct. 1954.
 TARDIEU, G.—Presse Méd., 27 feb. 1954.
 VERNET, M.—Presse Méd., 60, 14,

SUMMARY

Chlorpromazine was used as a means of inducing artificial hibernation in 26 new born babies. The dose ranged between 1,5 and 1,8 mg. per kg. per 24 hours and was given by mouth. The optimal time for administration was from 24 to 36 hours.

The sooner the treatment is started (first hour after birth) the better the results. This therapy is particularly indicated for cases of shock due to obstetrical operation. The results attained by the writers were favourable in 100 % of the cases.

ZUSAMMENFASSUNG

Bei 26 neugeborenen Kindern wird unter Anwendung von Chlorpromazin eine künstliche Hibernation hervorgerufen. Die Dose schwankte zwischen 1,5 und 1,8 mg. pro Kilo Körpergewicht in den 24 Stunden und die Verabreichung erfolgte durch den Mund. Die optimale Verabreichungsdauer ist 24 bis 36 Stunden.

Je früher mit der Behandlung begonnen wird (erste Stunde nach der Geburt) desto besser die Ergebnisse. Das Verfahren hat seine beste Anwendung bei Fällen von durch geburtshilfliche Eingriffe hervorgerufenen Schock. Unsere Fälle ergaben 100 Prozent günstige Ergebnisse.

RÉSUMÉ

On utilise la Chlorpromazine comme procédé pour obtenir l'hibernation artificielle chez 26 nouveau-nés. La dose oscille entre 1,5 et 1,8 mg.

par kilo et 24 heures, et s'administre par voie bucale. Le temps maximum d'administration est de 24 à 36 heures.

Plus le traitement est précoce (première heure après la naissance) meilleurs sont les résultats. Les meilleures indications son les cas de shock par interventions obstétricales. Nos résultats ont été favorables dans le 100 % de cas.

FIEBRE RECURRENTE Y TETRACYNA

E. DÍAZ FERRÓN.

La era de los antibióticos ha resuelto el angustioso problema de la terapéutica de la Fiebre Recurrente Española (F. R. E.). Todos los clínicos hemos pasado por la experiencia del fracaso de la medicación arsenical en casos de F. R. E. y asistido inermes a la evolución espontánea de la dolencia. Dada la evolución característica de la F. R. E., el hecho de la perturbación ejercida por el arsénico, alargando los espacios afebriles, ha inducido a algunos a valorar excesivamente la eficacia terapéutica ya del neosalvarsán, ya de la clorarsina. Todos, en estudios clínicos, han hablado de "curaciones", aunque en mi experiencia hablaba yo, más que de curaciones, de modificaciones en el cuadro clínico, no atreviéndome entonces a proscribirlos abiertamente.

La llegada de la penicilina, con su acción eficaz sobre el treponema pálido, abrió la esperanza a una terapéutica eficaz. Clínicamente se publicaron casos de curaciones, no ya de F. R. E., sino incluso de sus complicaciones (ANDRÉU URRA). Sin embargo, la reiteración en el tratamiento penicilínico nos llevó al mismo escepticismo que los arsenicales. No se curaban los enfermos, se desquiciaban; la curva febril típica desaparecía para instaurarse otras caprichosas influenciadas por la medicación.

La aureomicina fué el primer fármaco que, de manera definitiva, lograba hacer desaparecer la fiebre y las molestias siempre que se empleara tempranamente, ya que la medicación tardía, después del segundo acceso, no lograba detener las complicaciones si es que estaban ya en marcha en forma latente. No hay que olvidar el neutróropismo del espiroqueta de la F. R. E., al que dediqué un estudio clínico en mi tesis doctoral. Ya espontáneamente, ya quizás por trastorno producido por la medicación, el germen tiende a acantonarse en el tejido nervioso, produciendo los casos de meningo-encefalitis, tan corrientes como complicación. En esta fase, la acción del medicamento está dificultada, y la curación más problemática. MAZUELOS incluso ha publicado casos de iritis postaureomicínica de un carácter

más grave que las producidas espontáneamente.

Dada la eficacia de los antibióticos en la clínica, estudié en forma experimental la acción terapéutica de tres de ellos: penicilina, terramicina y aureomicina en el ratón inoculado de F. R. E. a partir de sangre infectante humana. Las conclusiones fueron que la penicilina apenas influenciaba la enfermedad de acuerdo con la clínica; que la terramicina "curaba" los ratones, pero no los esterilizaba, y que la aureomicina se mostraba totalmente eficaz en cuanto a la curación y la esterilización.

Nuevos antibióticos van apareciendo, ya con acción específica sobre algún germe, ya mostrándose menos agresivos para el organismo. Esto es lo que ha sucedido con la aureomicina y la terramicina, a las que, eliminando a la primera un cloro y a la segunda un oxhidrilo, se ha conseguido usar como medicamento el esqueleto común a ambas, la tetraciclina, con el nombre comercial de Acromicina y Tetracyna, respectivamente. Dada la eficacia de los primeros en la F. R. E., me ha parecido interesante ensayar esta droga en la infección experimental del ratón. He usado como medicación la Tetracyna de la Casa Pfizer, a la que agradezco su gentileza al poner a mi disposición el producto para estas experiencias.

Aunque la labor específica del médico es curar, y las conclusiones clínicas son importantes, el estudio experimental tiene sobre la clínica la ventaja de que al animal podemos preguntarle algo que el enfermo no puede contestar. Quiero hacer hincapié de nuevo entre el concepto de curabilidad y de esterilización. En clínica, la curabilidad quiere decir ausencia de espiroquetas en sangre periférica y falta de síntomas clínicos como la fiebre, etc. En el animal "curado" puede investigarse si sus órganos albergan espiroquetas que mantengan la infección en forma latente.

Otra ventaja del método experimental, especialmente en este caso, es el poder estudiar al unísono dos razas de espiroquetas como son el espiroqueta de OBERMEIER de la fiebre recurrente cosmopolita y el espiroqueta de SADI DE BUEN de la F. R. E. Es interesante saber cómo se comportan ante el mismo antibiótico dos espiroquetas de características distintas en cuanto a la terapéutica. De todos es conocida la sensibilidad del espiroqueta de OBERMEIER al arsénico, tanto en clínica como experimentalmente, así como la resistencia del espiroqueta de SADI DE BUEN al arsénico.

En mis experiencias me he valido de la cepa Kroo, de recurrente cosmopolita, y espiroquetas de F. R. E. de casos humanos con sangre infectante pasada al ratón. La misma técnica anterior de infección de los ratones, medicación al segundo día de aparecer los espiroquetas en sangre periférica, con una dosis de 1 mg. al día, en dos tomas, dadas por vía oral por sonda. Con esta dosis los espiroquetas desaparecen rápidamente de la sangre, no apareciendo más recidi-

vas en un tiempo de 36 días de observación. Se ha sacrificado un ratón, después que los testigos han presentado la primera recidiva, para la prueba de esterilización.

En la prueba "in vitro" (contacto de espiroquetas con soluciones de medicamento durante una hora, e inyección de estos espiroquetas, previo lavado con solución Ringer para eliminar el medicamento que no hayan absorbido) la acción de la Tetracyna es nula, como ocurría con la aureomicina y la terramicina. El contacto directo de la medicación con los espiroquetas no los influencia, no produce acción medicamentosa. Los ratones inoculados enferman como los testigos.

En la prueba de órganos (inoculación a nuevos ratones de sangre y triturados de cerebro, hígado, bazo y médula ósea de ratones "curados" después de la recurrencia de los testigos), la acción de la Tetracyna es concluyente: ningún ratón presenta espiroquetas en sangre después de 36 días de estudio (véase cuadros).

Experimentalmente se deduce que la acción de la Tetracyna es similar en eficacia a la terapéutica con la aureomicina y mostrándose superior a la terramicina, ya que ésta "curaba", pero en la prueba de órganos éstos eran infectantes.

La acción de estos nuevos antibióticos es eficaz, específica y pudiéramos decir masiva. Ya dijimos en otro lugar que así como la fiebre recurrente cosmopolita se dejaba influenciar por la medicación arsenical por poseer un poder antigénico fuerte, y que por poseerlo débil el espiroqueta de Sadi de Buen resistía al arsénico, los nuevos antibióticos, al poseer una acción medicamentosa intensa, ejercen su acción aun cuando el poder antigénico del germe sea débil.

En pleno trabajo con las dos razas de espiroquetas, OBERMEIER y SADI DE BUEN, un veterinario de la localidad me requiere para examinar sangre periférica de unas gallinas diagnosticadas de peste, pero que se sospecha pudiera tratarse de una espiroquetosis por estar parasitadas de garrapatas. En efecto, en sangre periférica teñida con Giemsa aparecen espiroquetas gallinarum. Le aconsejo trate las gallinas con Tetracyna y penicilina. Se hicieron dos lotes de ocho gallinas: uno, es tratado con la clásica penicilina, a razón de 50.000 unidades diarias; el otro, con Tetracyna, un cuarto de pastilla, de 250 mg., dos veces al día, durante dos días. Resultado: Lote Tetracyna, curados todos los animales sin recidiva. Lote penicilina, mueren dos gallinas.

ESTUDIO CLÍNICO.

En vista de estos resultados en la fiebre recurrente experimental, nos decidimos a emplear sistemáticamente en 30 casos humanos con el siguiente resultados: Todos los enfermos tenían el antecedente de la picadura del chinchorro y en gota gruesa presentaban el espiroqueta de Sadi de Buen en sangre periférica. La mayo-

ría de los enfermos pertenecen a la clase obrera agrícola, infectándose en el campo, que aquí en Andalucía suele ser zona ganadera, infectándose los obreros bien en las porquerizas, bien en pleno campo, donde pululan las garrapatas. Despues de un tiempo de incubación de una semana estalla el acceso febril acompañado de su sintomatología clásica: cefalea, vómitos, raquialgia, estreñimiento, gastralgia, etc.

Refiramos escuetamente la historia de uno de ellos:

Historia núm. 1. M. D. E., trabajador del campo, de veinte años. Hace tres días está con fiebre, mucho dolor de cabeza, estreñimiento y sensación subjetiva de estar muy enfermo. Hace más de una semana que le picó un chinchorro. Picadura típica en pantorrilla derecha. Gota gruesa: espiroquetas positivo. Hemograma: Leucocitos, 10.200. Juveniles, 1. Cayados, 15. Polinucleares

Días	FIEBRE RECURRENTE ESPAÑOLA			
	1	10	20	30
Tratados con TETRACYNA	TT In++ In+- In+- In+-			
	se sacrifica para prueba de esterilización			
Prueba in vitro 1000 μ por c.c.	In+++ In+++ In+++ In+++	-+ -+ ++ ++	-+ -+ ++ ++	-+ -+ ++ ++
100 μ por c.c.	In++ In++	-+ -+	-+ -+	-+ -+
10 μ por c.c.	In++ In++	-+ -+	-+ -+	-+ -+
Prueba Esterilización				
sangre	In-			
cerebro	In-			
hígado	In-			
bazo	In-			
medula ósea	In-			
+ positivo - negativo espiroquetas en sangre				

Fig. 1.



Días	FIEBRE RECURRENTE COSMOPOLITA			
	1	10	20	30
Controles	In++++ In++++	-+ -+ -+ -+	-+ -+ -+ -+	-+ -+ -+ -+
	fallece			
Tratados con TETRACINA	T.T. In++ In++			
	se sacrifica para prueba esterilización			
Prueba in vitro 1000 μ c.c.	In++++ In++++ In++++	-+ -+ -+ -+	-+ -+ -+ -+	-+ -+ -+ -+
100 μ c.c.	In++++ In++++ In++++	-+ -+ -+ -+	-+ -+ -+ -+	-+ -+ -+ -+
10 μ c.c.	In++++ In++++	-+ -+ -+ -+	-+ -+ -+ -+	-+ -+ -+ -+
Prueba esterilización				
sangre	In-			
cerebro	In-			
hígado	In-			
bazo	In-			
medula ósea	In-			
+ positivo - negativo espiroquetas en sangre				

Fig. 2.

neutrófilos, 64. Linfocitos, 15. Monocitos, 5. Velocidad de sedimentación, 15 a la primera hora.

Se inicia la medicación con Tetracyna, primero una cápsula de 250 mg. seguido de dos cápsulas cada seis horas. Vuelve a los tres días después de haber tomado 4 gr. de medicamento. Refiere que con la primera pastilla le subió la fiebre, tuvo un escalofrío y se encontraba mucho peor. Después de tomar la segunda dosis, de medio gramo, desapareció la fiebre, pero se encuentra muy flojo y le duele algo la cabeza. Leucocitos, 8.200. Cayados, 17. Polinucleares, 22. Linfocitos, 58. Monocitos, 3. Velocidad, 25 a la primera hora. Tres días más tarde, aparte cierta flojedad, se encuentra bien. Leucocitos, 7.200. Eosinófilos, 3. Cayados, 4. Polinucleares, 51. Linfocitos, 35. Monocitos, 7. Velocidad de sedimentación, 10 a la primera hora.

De esta forma estereotipada se han manifestado los restantes enfermos en cuanto al curso, al resultado curativo y a la ausencia de recidivas. La acción medicamentosa se manifiesta desde la primera toma, que da lugar a una reacción violenta, exponente de la lisis de los parásitos por el medicamento. La fiebre desaparece, después del ascenso reaccional, el primer día de tratamiento. La cefalea, atroz, típica de la enfermedad, se amortigua, persistiendo un dolorimiento y decaimiento general. El hemograma y la velocidad de sedimentación no se normalizan al mismo tiempo que los síntomas clínicos, tardando de cuatro a ocho días en volver a la normalidad.

Otros casos han iniciado la medicación en el segundo o tercer acceso y el resultado ha sido idéntico: la curación sin recidivas. Dos casos en que por no hacerse el diagnóstico se han tratado con penicilina, el resultado ha sido bueno en las posteriores recidivas tratadas con Tetracyna.

Sólo un caso se ha tratado acompañado de una complicación meningo-encefalítica.

M. C. T., muchacha de dieciocho años, escardadora. Cuando la visito por primera vez presenta un cuadro meningo-encefalítico con obnubilación, inquietud psicomotor, Kernig positivo y fiebre moderada, 38°. Refiere la familia que se vino del campo con fiebre y mucho dolor de cabeza. Vista por su médico, es tratada con penicilina, desapareciendo la fiebre, y a los tres días todas las molestias, creyéndose curada. Quince días más tarde vuelve la fiebre acompañada de intensas cefaleas y vómitos. La tratan con Glucosmón intravenoso. Dos días más tarde los dolores de cabeza son insufribles y la enferma se inquieta diciendo tonterías. Con este cuadro practico una punción lumbar. Líquido hipertenso, ligeramente turbio. Células, 2.800/3. Globulinas, fuertemente positivas. Albúmina, 1,20 gr. Glucosa, 0,90 gr. Sin gérmenes en el sedimento. En gota gruesa: espiroquetas de Sadi de Buen. Tratamiento: Tetracyna en la forma ordinaria. Al día siguiente la enferma está lúcida, persiste la cefalea y el Kernig. Dudo en dar más medicación, pero espero yugulando sus molestias con punciones descompresivas. El líquor persiste positivo, pero disminuyendo la pleocitosis en las sucesivas punciones hasta la curación total en veinte días.

Otro dato digno de mención es que tres enfermos han presentado una falsa "recidiva". Se han presentado de nuevo con fiebre y con espiroquetas en sangre periférica por haber sido picados por nuevas garrafas antes de los dos meses de su curación anterior. Esto con la cu-

ración espontánea de la enfermedad, o tratados con arsenicales o penicilina (que equivalía a no ser tratados), no ocurría, ya que la F. R. E. presenta una inmunidad con infección.

Los presuntos "curados" albergan en sus órganos, principalmente el cerebro, espiroquetas vivos que impiden una reinoculación. Experimentalmente es bien sabido que puede reproducirse la F. R. E. partiendo de ratones "curados" e inoculando papilla cerebral a otros ratones.

Estas reinoculaciones son la prueba categórica de la esterilización del organismo por la Tetracyna, haciendo pensar que su acción, más que bacteriostática, es bactericida. Su acción sobre el espiroqueta "in vivo" es específica, inmediata y masiva, lo que explica el aumento de la fiebre y las molestias debido a las toxinas liberadas por la lisis de los gérmenes.

Podemos concluir que la Tetracyna se muestra específica y eficaz en el tratamiento de la F. R. E., de la fiebre recurrente cosmopolita y en la espiroquetosis de las gallinas. Esta acción es asimismo eficaz en las complicaciones neurológicas.

Dada en el primer acceso la curación es rápida y definitiva, sin presentarse jamás complicaciones ni recidivas. La dosis suficiente es de 4 gr. en dosis de 500 mg. cada seis horas, excepto la primera dosis, que será de una pastilla de 250 mg. para evitar la reacción medicamentosa.

CONCLUSIONES.

Se demuestra la acción terapéutica eficaz y específica de la Tetracyna (tetraciclina) en tres cepas de espiroquetas estudiadas en forma experimental: espiroqueta de Obermeier, espiroqueta de Sadi de Buen y espiroqueta gallinarum. En clínica humana, la fiebre recurrente española remite con las primeras tomas del medicamento, a la dosis de 250 mg. cada seis horas, con un total de 2 gr. como dosis total. Con esta dosis ceden todas las formas clínicas, incluso sus complicaciones neurológicas agudas.

BIBLIOGRAFIA

- ANDRÉU URRA.—Bol. Inst. Pat. Méd., 1, 238, 1946.
- ANDRÉU URRA.—Hispania Médica, 9, 435.
- DÍAZ FERRÓN.—Rev. Clín. Esp., 20, 283, 1946.
- DÍAZ FERRÓN.—Rev. Clín. Esp., 33, 287, 1949.
- DÍAZ FERRÓN.—Rev. Clín. Esp., 49, 116, 1953.
- FERNÁNDEZ GÓMEZ.—Medicamenta, 1 mayo 1953.
- KRÓ Y ORBANEJA.—Bol. Inst. Pat. Méd., 2, 36, 1947.
- MAZUELOS.—Arch. de Oftalmología.
- MADRIZO.—La Med. Colonial.
- RODRIGO ZABALETE, MARTÍNEZ DOMÍNGUEZ y RODRÍGUEZ IGLESIAS.—La Med. Colonial, 3 marzo 1947.

SUMMARY

Tetracyne (Tetracycline) is proved to exert a therapeutically effective, specific action on three strains of spirochete studied under experimental conditions: *Espirochaeta Obermeier*, *Spirochaeta of Sadi de Buen* and *Spirochaeta gallinarum*. In clinical medicine, Spanish re-

lapsing fever regressed after the first doses of the drug which was given in doses of 250 mg. sixhourly to complete 2 gm. This dosage is effective in combatting all the clinical varieties, including the acute neurological complications.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird die erfolgreiche und spezifische Wirkung der Tetracycline (Tetracycline) Behandlung auf folgende drei Stämme von Spiroketten experimentell erforscht: Spiroquette Obermeier, Sadi de Buen'sche Spiroquette und Spiroquette gallinarum. Das Rückfallfieber der menschlichen Klinik remittiert schon nach den ersten Gaben des Medikamentes in einer Dosis von 250 mg. alle 6 Stunden; Gesamtdosis zwei Gramm. Mit dieser Gabe klingen alle klinischen Formen ab, und sogar die akuten neurologischen Komplikationen.

RÉSUMÉ

On démontre l'action thérapeutique efficace et spécifique de la Tetracycline (Tétracycline) dans trois classes de spirochetes étudiées sous forme expérimentale: spirochete Obermeier, spirochete de Sadi de Buen et spirochete gallinarum. Dans la clinique humaine, la fièvre récurrente espagnole remet avec les premières prises du médicament, à la dose de 250 milligrammes, toutes les 6 heures, avec un total de 2 grammes comme dose totale. Avec cette dose, toutes les formes cliniques cèdent, même leurs complications neurologiques aigües.

FORMAS CLÍNICAS DE LA APENDICITIS AGUDA EN LA VEJEZ

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.

En un artículo reciente nos hemos ocupado de los problemas clínicos de la apendicitis aguda senil, habiendo dejado para ahora un breve resumen de las formas clínicas que pueden presentarse en dicha afección, a base del estudio de 143 apendicitis agudas habidas desde su fundación hasta 1952, inclusive, en el Servicio del doctor GARCÍA-BARÓN en la Casa de Salud Valdecilla.

FORMAS CLÍNICAS.

La clasificación clínica de las apendicitis agudas seniles es variable según el criterio de cada autor. BERNARD y JOMAIN describen tres formas: 1.^a Forma gangrenosa, semejante a la del adulto, en la que, sin embargo, falta la fiebre elevada y esto hace pensar en colecistitis, cólico nefrítico u oclusión. 2.^a Formas pseudoneoplásicas; y 3.^a Forma oclusiva. STEFANELLI las clasifica de la misma manera. MENSA acepta como formas clínicas definidas la gangrena y la localizada. Ambas tienen un sustrato anatopatológico y clínico. La primera se caracteriza clínicamente por una sintomatología atenuada y solapada, y anatómicamente por la gangrena y perforación del apéndice. La segunda se distingue en la clínica por un predominio de síntomas locales y anatómicamente puede ofrecer la forma abscesiforme y la pseudoneoplásica. Muchos autores tienen en cuenta la sola simple división de apendicitis aguda: con el tipismo de anteriores décadas y apendicitis agudas atípicas.

Nosotros hemos dividido la apendicitis aguda senil en la siguiente forma:

1.^a Formas típicas de décadas anteriores o que no muy forzadamente pueden incluirse en ellas.

2.^a Formas atípicas:

- a) Forma pseudotumoral.
- b) Idem herniaria.
- c) Idem pseudoileo (paralítico o mecánico).
- d) Idem con ileo mecánico verdadero.
- 3.^a Formas no incluidas en los anteriores grupos.

Del primer apartado tuvimos 74 casos; del segundo, ninguno; del tercero, 2; del cuarto, 27; del quinto, 4 y del sexto, 1 (litiasis apendicular).

FORMA TUMORAL.

Esta forma ha sido considerada como clásica y sobre ella se ha hablado mucho. En 1918 ya la describió en España HERNANDO. En 1898, LEJEUNE y BEAUSENAT llamaron la atención sobre ella y la denominaron apendicitis de forma neoplásica. NAUNYN nos dejó una magnífica descripción de la enfermedad de Eduardo VII de Inglaterra, que la padeció, y como ya decimos en otro lugar, también la pasó el propio NAUNYN. SCHLESSINGER se ha ocupado ampliamente del tema. FLORCKEN y RIEMANN la encuentran dieciocho veces en sus 144 casos. LOEBL la halla frecuentemente. ARNOLD sólo cita tres casos. STALKER también la describe. MENSA subraya que no es la forma más frecuente en el viejo, aunque sea considerada como típicamente senil. El substrato anatómico está formado por la organización del exudado, que crea una formación fibrosa, voluminosa, en la fosa ilíaca derecha, de límites bastante precisos, poco doloroso o nada. A veces da lugar a fenómenos oclusivos. Observada a rayos X se perciben dentellamientos