

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

tos del contorno e irregularidades del mismo, así como defectos periféricos o lacunares del ciego. Todo esto hace pensar en neoplasia. CADENAT se ha ocupado también de la apendicitis pseudoneoplásica. GONZI y BERGES presentan un caso de apendicitis pseudotumoral con adherencias por peritonitis plástica periappendicular con fenómenos de oclusión. BERARD y VIGNARD describen formas pseudoneoplásicas por apéndices muy gruesos e infiltración lardácea de su meso y de sus paredes. La encuentran en más de la mitad de los casos y muchos de ellos con temperatura normal. MERIEL la llamó flemón lígeo de evolución lenta (semanas y meses). Como método para salir de dudas, ROSSATI ha aconsejado observar los cambios en el hemograma y en la exploración abdominal durante una elevación febril, así como no olvidar el tacto rectal, que en muchos casos da un dolor más vivo y selectivo que el obtenido por simple palpación abdominal. CHUTRO dice que a veces la semejanza con un cáncer es tan grande que hasta en los casos en que estos plastrones apendiculares han evolucionado tardíamente supurando y se han abierto al exterior, caben dudas de si no será un tumor reblanecido. CUADRADO cree que la apendicitis tumoral es ocasionada por un proceso proliferativo conectivo debido al desequilibrio de la virulencia del germen y las defensas orgánicas, que disminuyen con la edad.

Como ya hemos dicho, PIULACHS y PLANAS GUASCH creen que sólo son plastrones apendiculares indurados, los cuales, como hemos visto, se constituyen muy rápidamente en los viejos.

En nuestra casuística no hemos tenido ningún caso que pudieramos catalogar como tumoral o pseudoneoplásico. Algunos de nuestros enfermos no habían tenido molestias hasta que un buen día notaron una tumoración dolorosa en fossa ilíaca derecha, pero esto no basta para poder hablar de forma tumoral, pues no tuvimos duda diagnóstica y la sintomatología y la evolución fueron de absceso. Comprendemos que el plastrón puede ser en ocasiones exuberante, dando lugar a una de las llamadas apendicitis fibroplásticas, pero esto no es suficiente para hablar de pseudotumor.

APENDICITIS HERNIARIA.

Como piensan ARNOLD, FLORCKEN y RIEMANN y MERTENS, no es tan frecuente como se dice y su pretendida frecuencia se basa en que casi todos los casos se publican. Incluso algunas veces no parece que sean claros, y así, ARNOLD, analizando la enorme frecuencia del 10,4 por 100 que da PHILIPOVICZ en sus 29 casos, cree que dos, por lo menos, no eran apendicitis herniaria, sino estrangulación primaria del ciego y gangrena secundaria. Se presenta más en los ancianos que en los jóvenes. WASSILJEW cita el 44 por 100 en menores de 50 años y el 55,8 por 100 en mayo-

res de esta edad. BARSIKOV la encuentra en un 41 por 100 y NIEDLICH en un 46,1 por 100. Este autor la describe en ancianos con hernia inguinal siete veces en sus 14 casos y una vez halló el apéndice en el lado izquierdo. En los 172 casos de ARNOLD sólo existió dos veces. BERARD y VIGNARD hallan un 58,3 por 100 de las hernias de apéndice en enfermos de más de 50 años. Como el apéndice más frecuentemente en el viejo que en el joven forma parte del contenido herniario, es también más frecuente la apendicitis herniaria en los ancianos. ELIASON describió un caso por hernia incarcerada retrocecal de una apendicitis gangrenosa. MOIROUR también se ocupa de la apendicitis herniaria. WAKELEY, en 16 casos de hernia apendicular, describe siete casos de más de 50 años, de los que dos tenían apendicitis aguda; uno de ellos absceso apendiculoso. JOHNSTONE describe un caso de apendicitis aguda en un saco femoral. Es interesante porque hay pocos casos en sacos femorales y porque, existiendo una autoappendicectomía, el apéndice continuaba irrigado con una circulación supletoria. FOWLER muestra un caso de hernia estrangulada en que, como ocurre en muchos casos, ya no se sabe cuál fué lo primero, si la hernia o la apendicitis, y en dónde ésta estaba estrangulada, como una hernia de Richters del intestino. Tampoco en el caso de apéndice crural estrangulado de FINUCCI puede asegurarse con certeza qué fué lo primero. MASSOTI, DES-JACQUES y BALEYDIE, RICHER y HEITZ, entre otros, se han ocupado también de la apendicitis herniaria en los ancianos.

Nosotros sólo la hemos encontrado dos veces en 143 casos.

A veces también una hernia puede simular una apendicitis aguda, como en un caso de TRAUM.

FORMA PSEUDOOCCLUSIVA.

No es extraña la confusión con un cuadro de ileo. ARNOLD se ocupa de ello. También STALKER; ambos citan casos interesantes. STEFANELLI cree que es la forma más frecuente en el viejo. SCHWARTZ dice que cualquier drama abdominal puede acompañarse de paresia intestinal suficiente para simular una oclusión y también puede hacerlo la peritonitis, pero como dice STEFANELLI es que en ésta además se suma el hecho de que el exudado se puede organizar lejos del foco, como él ha demostrado, y estas adherencias desarrollan una oclusión. Aun así, para este autor es más frecuente en el viejo la paresia que la oclusión. Segundo DUVAL y LENORMANT, los errores diagnósticos son más frecuentes por la oclusión intestinal no sospechada que por la apendicitis aguda. GATEWOOD, MAES y colaboradores hallan frecuente meteorismo, y Wood lo encuentra en el 55 por 100 de 43 casos de más de 60 años, habiendo hecho el diagnóstico erróneo de obstrucción intestinal en el 38 por 100. SIMPSON recalca la frecuencia de esta

forma, y MONDOR dice que es frecuente y que el balonamiento y timpanismo son precoces. También PETRIGNANI, LAFITTE, DRONINEAU y PAPIN se han ocupado de este asunto. PIULACHS y PLANAS GUASCH encuentran esta forma en plastrones, abscesos y peritonitis localizadas. Creen que es posible que intervenga en la paresia intestinal un componente urémico que aconsejan explorar en estos enfermos. Ellos, además del clásico ileo paralítico, describen una forma oclusiva con crisis peristálticas y a veces con ruidos hidroaéreos que puede pasar por un ileo obstructivo. Sólo la encontraron en cinco abscesos y plastrones. WOLFF y HINDMANN encontraron en un 6,8 por 100 de los ancianos y en un 0,7 por 100 del grupo control síntomas de obstrucción intestinal.

Hemos tenido un número crecido de la forma pseudoíleo, que pensamos es la más frecuente de las formas atípicas seniles. Correspondió a este grupo 27 casos (18,8 por 100). Sin embargo, la sintomatología de la apendicitis aguda no estaba tan enmascarada en la mayoría que no pudiese hacerse un diagnóstico exacto, pues sólo en ocho casos se pensó en un ileo como diagnóstico y en el resto se admitió la posibilidad de un ileo concomitante, pero se diagnosticó apendicitis. Nuestros 27 casos pseudoileos comprendían 3 simples (7,6 por 100), 3 gangrenosas no perforadas (15 por 100), 9 (28 por 100) perforadas, 2 (22,2 por 100) plastrones, 5 (20 por 100) abscesos y 5 (27,7 por 100) peritonitis. Es decir, hay un predominio de las perforaciones y de las peritonitis. Cuatro de las 27 historias tenían peristaltismo visible y 23 presentaban ruidos intestinales, que en cuatro casos eran claramente percibidos incluso por los mismos familiares del enfermo. De los 27 casos, cuatro eran de muy típica sintomatología de ileo mecánico y el resto era muy difícil de clasificar entre ileo paralítico e ileo paralítico dinámico.

Fallecieron cuatro: una apendicitis aguda, una apendicitis perforada y dos peritonitis. Creemos que la forma pseudoíleo existe, pero que en muy pocos casos ocasiona un error diagnóstico. Nuestros ocho casos de pseudoíleo mecánico comprendían una apendicitis perforada, en que se pensó en ileo postoperatorio tardío o en ileo por apendicitis; otro en que se pensó en oclusión de intestino y era una apendicitis simple, una peritonitis, un absceso y una apendicitis gangrenosa perforada, en que se pensó en ileo de intestino delgado por bridas, y una peritonitis.

FORMA CON ÍLEO MECÁNICO PREOPERATORIO.

No hemos encontrado descrita esta forma. Se ha hablado bastante de ileo postoperatorio, pero se ha olvidado que preoperatoriamente el ileo mecánico por apendicitis aguda puede coexistir con ésta muy precozmente y darla, como es lógico, una fisonomía especial. Esta forma, si bien infrecuente, la hemos hallado en cuatro casos,

o sea, en un 2,7 por 100 de nuestra serie, y, por otra parte, tiene una categoría clínica y anatómica definida. De su relativa frecuencia en los viejos, bastará decir que en la serie de 20 a 49 años del grupo de control no hubo ningún caso.

El curso clínico de esta forma es muy variable y no muy definido, como en general ocurre en la apendicitis aguda de los ancianos. Generalmente existe meteorismo, dolor en típicos accesos cólicos, con pausas intercalares, con ruidos de vientre, perfectamente audibles, y con formación de bultos abdominales por asas intestinales distendidas. Muchos de los enfermos notan que se les mueve y contrae el intestino. La apendicitis pasa a segundo término y a veces inadvertida. En nuestros casos no había muchos vómitos. Hubo dos con 36,9° y 36,5° de temperatura, siendo la temperatura media 37°. El pulso era normal en tres casos y el medio era de 93 pulsaciones. En dos se pensó en ileo, y existía; pero en los otros dos el ileo, que había pasado inadvertido clínicamente, en especial por la ausencia de ruidos de vientre, era bien patente. En dos casos la historia era de menos de cinco días y en otros dos de más. Nuestros cuatro casos correspondían a 3 apendicitis simples y a una perforada. En los dos en que se pensó preoperatoriamente en ileo mecánico, había en uno una estenosis múltiple intestinal por adherencias laxas en pelvis que incarceraban las últimas asas ileales y se trataba de una apendicitis perforada. En el otro caso era una apendicitis aguda simple, mesoceliaca, adherida a ileon a unos 10 ó 12 cm. de válvula con una acondadura en U invertida del ileon subyacente. En los dos casos en que no se pensó preoperatoriamente en ileo mecánico, había en uno una adherencia del apéndice y su meso a última asa ileal a 5 cm. de válvula produciendo oclusión, y en el otro caso se trataba de una estenosis por brida, a una cuarta de válvula, en ileon también. Ambos casos eran apendicitis simples. De los cuatro casos, fallecieron dos, o sea, un 7,6 por 100 de todos los fallecidos por apendicitis aguda senil.

Creemos de interés, pues, esta forma, tanto por su frecuencia como por lo poco que se piensa en ella, por las dificultades del diagnóstico, por el desequilibrio entre los síntomas oclusivos y apendiculares y también por su muy elevada mortalidad.

FORMA LITIÁSICA.

Más que una forma clínica constituye una sorpresa radiológica o un hallazgo anatómico. La existencia de fecalitos es muy frecuente (FITZ los encontró en el 59 por 100 de las autopsias hechas por él y WANGENSTEEN y BOWERS encontraron fecalitos en el 44 por 100 de los casos supurativos y en el 80 por 100 de las gangrenas). Pero la existencia de verdaderas piedras en el apéndice es un hecho muy raro. EUNCH y ADCOCK sólo han encontrado uno en

2.000 casos. Conviene tener en cuenta su existencia a pesar de su rareza, pues un examen radiológico en un enfermo dudoso de padecer apendicitis aguda, como ocurre tantas veces en los ancianos, puede mostrar un cálculo, y si lo damos por ureteral hemos abandonado al enfermo. No podemos ocuparnos aquí más que de su aspecto en la apendicitis senil. MOLONEY publicó un caso que había simulado un ileo biliar. CHAPPLER describe dos casos en enfermos de más de 40 años. BUNCH y ADCOCK citan el caso de una calculosis múltiple en un hombre de 61 años. KADRNKA y BARDET citan siete casos, de ellos tres en personas ancianas.

En nuestro caso se trataba de un hombre de 58 años con apendicitis aguda gangrenosa no perforada. El apéndice contenía dos piedras del aspecto de cálculos biliares; el informe de laboratorio dijo que eran cálculos de colesterina.

RESUMEN.

Teniendo como base el estudio de la casuística de la Casa de Salud Valdecilla en enfermos con apendicitis aguda de más de 50 años, se hace una clasificación de las formas clínicas de la misma, estudiándose en especial las formas tumoral, herniaria, pseudo-occlusiva, con ileo mecánico preoperatorio y la forma litiasica.

BIBLIOGRAFIA

- ARNOLD, W.—Brun's Beitr. zur Klin., 158, 187, 1933.
 ASCHOFF, L.—Tratado de Anat. Patológica. Ed. Labor, 1934.
 AYCOCK, TH. B. y GARRIS, E. M.—Ann. Surg., 121, 710, 1945.
 BANCROFT, F. W.—New York State J. Med., 43, 37, 1943.
 BARROW, W. y OCHSNER, A.—J. A. M. A., 115, 1.246, 1940.
 BARROW, W.—Am. J. Surg., 53, 242, 1941.
 BARSICOW.—Brun's Beitr. zur Klin. Chir., 68, 1910.
 BAYLEY, F. W.—Am. J. Surg., 24, 487, 1934.
 BELING, C. A.—Arch. of Surg., 64, 269, 1952.
 BELTRÁN BÁGUENA, M.—Lecciones Geriatría. Ed. G. Muñoz Valencia, 1947.
 BERARD, L. y VIGNARD, P.—Ed. Masson, Paris, 1914.
 BERNARD, R. y JOMAIN, J.—Monde Med., 44, 866, 1934.
 BERRY, J.—The Lancet, I, 1.027, 1932.
 BOCKUS, H. L.—Gastroenterología. I. Ed. trad. esp. Salvat, editores, 1951.
 BOLAND, F. K.—J. A. M. A., 99, 443, 1932.
 BONDARENKO, N. T.—Sovets. Khir., 267.
 BOSCH, D. T., ISLAMI, A., TAN, CH. y BELING, C. A.—Arch. of Surg., 64, 269, 1952.
 BOWER, J. C.—J. A. M. A., 99, 1.765, 1932.
 BOYCE, F. F.—Ann. of Surg., 133, 631.
 BOYCE, F. F.—Am. J. Dig. Dis., 8, 233, 1941.
 BOYER, R. y LOMS TUFT.—J. A. M. A., 94, 1.566, 1930.
 BROOKS, B.—Ann. of Surg., 105, abril 1937.
 BROWN, C. J.—M. J. Austr., 2, 407, 1934.
 BUNCH, G. H. y ADCOCK, D. F.—Ann. of Surg., 199, 143, 1939.
 BURKHARDT.—Kirschner-Nordmann, Die Chir., 5, 301, 1927.
 CADENAT, M.—Soc. de Chir. París. Ses. 25 febrero 1925.
 CAPRITZ, E. A.—J. A. M. A., 108, 1.315, 1937.
 CARP, L. y ARMINIO, J. A.—Com. al II Congr. Int. Geriatr. San Louis. Missouri.
 CLARKE, R. y SHAPIRO, M.—The Lancet, 2, 39, 1941.
 COLLINS, D. C.—S. Clin. North Amer., 2, 921, 1931.
 COLLINS, D. C.—Ann. of Surg., 96, 1.055, 1932.
 COLLINS, D. C.—Arch. of Surg., 36, 729, 1938.
 COLLINS, D. C.—Am. Ouest. Med. Surg., 2, 193, 1948.
 COLP, R.—Surg. Gyn. and Obst., 43, 627, 1926.
 CUENDET, S.—Bruxelles Med., 27, 565, 1947.
 CUTLER, C. V.—Ann. of Surg., 126, 763, 1947.
 DALLOS, A.—Am. J. of Dig. Dis., 13, 9, 1946.
 DARLING, A. P., MONROE y MCIVER.—Ann. of Surg., 131, 307, 1950.
 DAVIS, J. E., MUSKE, P. H., MULLIGAN, P. L. y GUTOR, J.—J. A. M. A., 108, 1.498, 1950.
 DELREZ.—Arch. Ital. Chir., 61, 627, 1938.
 DESJACQUES y BALEYDIER.—La Presse Méd., 13, julio 1935.
 DOMENECH ALSINA, F.—Diagn. y terap. quir. de urgencia. Salvat, edit., 1947.
 DUBS, J.—Deuts. Med. Wschr., 740, 741, 3 julio 1919.
- EDITORIAL.—J. A. M. A., 106, 2.160, 1936.
 EDITORIAL.—J. A. M. A., 110, 816, 1938.
 EDITORIAL.—Rev. Clin. Esp., 25, 64, 1947.
 ELIASON, E. L. y FERGESSON, L. K.—Ann. of Surg., 88, 65, 1928.
 FAIRCHILD, F. R.—Surg. Clin. Am., 13, 33, 1933.
 FINNEY, J.—Am. J. Surg., 20, 772, 1933.
 FINUZZI.—La Riforma Méd., 46, 284, 1930.
 FITCH, E. L.—New Engl. J. of Med., 198, 348, 1928.
 FITZ, R.—J. A. M. A., 112, 1.115, 1939.
 FLORCKEN, H. y RIEMANN, R.—Deuts. Med. Wschr., 430, 1930.
 FOWLER, A.—The Brit. J. of Surg., 18, 538, 1934.
 FREIDENFELDT, H.—Deutsch. Z. Chir., 253, 105, 1942.
 GALLART, F. y PINOS, T. A.—Diagn. de la apend. crón. Ed. Salvat, 1933.
 GALLEGOS, M.—Bol. Inst. Pat. Méd., 1, 77, 1946.
 GARCIA-BARÓN, A.—An. C. S. Valdecilla, 4, 99, 1933.
 GARCIA-BARÓN, A.—An. C. S. Valdecilla, 4, 138, 1933.
 GARCIA-BARÓN, A.—Rev. Clin. Esp., 10, 30, 1943.
 GARCIA-BARÓN, A.—Rev. Esp. Enf. Ap. Dig. y Nutr., 1, 643, 1935.
 GARDNER, H.—Brit. Med. J., 1, 436, 1940.
 GATEWOOD.—S. Clin. Noth Am., 10, 303, 1930.
 GARRE, E. S.—Dia Méd., 4, 294, 1931.
 GAUD.—De l'appendice chez les sujets agés, 1906.
 GREEN, H. W. y WATKINS, R. M.—Surg. Gyn. and Obst., 83, 613, 1946.
 GOLDSMITH, W. S.—Ref. J. A. M. A., 96, 2.232, 1931.
 GRISWOLD, M. L. y GOODSPED, W. K.—Ann. of Surg., 129, 260, 1949.
 GROOM, W. S.—Geriatrics, 1, 384, 1946.
 GUBERN-SALTSACHS, L.—La apend. en la infancia. Janés, ed. Barcelona, 1951.
 HOBLER, L. L.—Ann. of Surg., 103, 86, 1936.
 HOLMAN, C. C., CAMB, M. B. y ENG, F. R.—The Lancet, 2, 126, 1938.
 HWANG, J. M. y KRUMBHAAR, E. B.—Am. J. Med. Sci., 199, 75, 1940.
 JENNINGS, J. E., BURGER, H. H. y JACOBI, M.—Arch. of Surg., 44, 896, 1942.
 JOHNSTONE, A. S.—The Brit. J. of Surg., 21, 544, 1934.
 JUAN MARTÍN, M. DE.—An. C. S. Valdecilla, t. 14, núm. 2.
 JUAN MARTÍN, M. DE.—Tesis doctoral, julio 1953.
 JUAN MARTÍN, M. DE.—Rev. Clin. Esp., 56, 2, 111.
 JUAN MARTÍN, M. DE.—Rev. Clin. Esp., 56, 3, 187.
 JUAN MARTÍN, M. DE.—Com. IV Cong. Nac. Cir., 1955.
 JUAN MARTÍN, M. DE.—Rev. Esp. Enf. Ap. Dig. y Nutr., 14, 3, 1955.
 KADRNKA, M. S. y WATKINS, R. M.—Jour. Radiol. et Electr., 18, 515, 1934.
 KELLY, F. R. y WATKINS, R. M.—J. A. M. A., 112, 1.785, 1939.
 KEYES, E. L.—An. of Surg., 99, 47, 1934.
 KEYES, E. L. y COOK, M. M.—Arch. of Surg., 52, 429, 1946.
 KOONCE, D. B.—Virginia M. Month., 64, 209, 1937.
 KOROVAN, F. S. y KRAPIVINA, A. P.—Klin. Meditsina, 13, 1.142, agosto 1935.
 KRAMER.—Zbl. Chir., 65, 739, 1938.
 KRECKE, A.—Munch. Med. Wschr., 78, 11, 1931.
 LAMSON, S. F.—North West. Med. Seattle, 47, 279, 1948.
 LAWRENCE, C. V.—Kansas Med. Soc. J., 41, 333, 1940.
 LAZARUS, D.—Med. Rec. N. Y., 144, 410, 1936.
 LEHMANN, H.—Wien. Klin. Wschr., 40, 995, 1927.
 LEHMANN, E. P. y PARKER, W. H.—Ann. of Surg., 198, 833, 1938.
 LEWIN, J.—Brit. J. Surg., 19, 63, 1931.
 LOCKWOOD, CH. D.—S. Clin. N. Am., 13, 1933.
 LOEHL.—Wien. Med. Woch., núm. 40, 1910.
 LOWEMBERG, R. I.—Ann. of Surg., 130, 975, 1949.
 LLAMBIES, J. y MALAMUD, T.—La Prensa Méd. Arg., 18, 1.575, 1932.
 LLOMBART, A.—Med. Esp., 16, 151, 1946.
 LLOMBART, A.—Med. Esp., 16, 330, 1946.
 MAES, U.—New Orleans. Med. and Surg. J., 78, 117, 1925.
 MAES, U., BOYCE, F. y MAC FETRIDGE, F.—Am. J. Surg., 23, 157, 1934.
 MAES, U. y MAC FETRIDGE, E.—The South. Surg., 4, 422, 1935.
 MANUILOFF, A.—J. Chir., 47, 197, 1936.
 MARTÍNEZ ALONSO, E.—Med. Iberia, 25, 411, 1931.
 MASSOTTI, A. L.—Rev. Esp. Enf. Ap. Dig. y Nutr., pág. 361, julio-agosto, 1951.
 MAYAT, V. S. y GINDIN-FINKINSHTAI, F. M.—Sovets. Klin., 19, 527, 1933.
 MAYLARD, A. E.—Brit. J. Surg., 8, 189, 1926.
 MERIEL.—Rev. Ginec., 4, 929, 1907.
 MERTENS.—Brun's Beitr., 121, H. 2.
 METROPOLITAN LIFE INSURANCE COMPANY.—Statistical Bureau, dez., 5, 1950.
 MILLER, E. M.—Surg. Clin. North Am., febrero 1940.
 MIANGOLARA, C. J.—Med. Surg. J., 92, 496, 1940.
 MIXTER.—Boston Med. and Surg. J., 132, 206.
 MOLONEY, G. E.—The Brit. J. of Surg., 35, 212, 1948.
 MONDOR, H.—Diagnostics urgents abdomen. Ed. Masson. Paris, 1930.
 MONDOR, H., OLIVIER, C. y LAWRENCE, G.—Rev. Gen. Clin., 53, 161, 1939.
 MORSE, L. J. y RADLER, M. J.—Ann. of Surg., 111, 213, 1940.
 MULCAHY, J. L.—Prensa Méd. Arg., 24, 264, 1937.
 MULSOW, F. W.—Arch. Surg., 24, 923, 1932.
 MULLER, L.—Brun's Beitr., 155, 467, 1932.
 NASSAU, CH., F., LORRY, R. M. y PULASKI, E. J.—Arch. of Surg., 42, 296, 1942.
 NAUNYN.—Erinnerungen, Gedanken und Meinungen des dr. B. Naunyn. München.
 NYSTROM, G.—Acta Chir. Scand., 72, 136, 1932.

- OCHISNER, A. J.—J. Michigan M. Soc., 3, 371, 1904.
 ORTEGA SPOTTON, M.—Bol. Inst. Patol. Méd., 3, 111, 1948.
 PARSONS, VILLARD y PURSK.—Ann. of Surg., 58, 888, 1949.
 PATRY y HEER.—Schw. Med. Woch., 61, 891, 1931.
 PATTISON, A. C.—Ann. of Surg., 103, 362, 1936.
 PETREN, G.—Chirurg., 13, 236, 1941.
 PI FIGUERAS.—Apendicitis aguda. Ed. Salvat. Barcelona, 1941.
 PHILIPOVICZ.—Wien. Klin. Wschr., 26, 2.121, 1913.
 PIULACHS, P. y PLANAS GUASCH, J.—Med. Clín., 5, 252, 1945.
 POWERS, J. H.—Ann. Surg., 117, 221, 1943.
 PRIM, J.—Rev. Esp. Cir., 5, 136, 1948.
 PROPPING.—Munch. Med. Wschr., 507, 1908.
 RADVIN, I. S., RHOADS, J. E. y LOCKWOOD, J. S.—Ann. of Surg., 111, 53, 1940.
 RAY, B. S.—J. Med., 38, 412, 1938.
 REID.—J. A. M. A., 1936.
 ROWNTREE, C.—Clin. J., 60, 257, 1931.
 ROYSTER, H. A.—Appendicitis. N. Y. Appleton, edit., 1927.
 RUNBOLD, L.—Arch. of Surg., 42, 25, 1941.
 SANGUINO, L.—Ras. Int. Clin. Terap., 20, 47, 1939.
 SANTO TOMÁS COBOS, E.—Rev. Clín. Esp., 38, 372.
 SCHEPEL, J.—Ned. Tijd. Gen., 94, 1.508, 1950.
 SCHIEBEL, R. M. y NOISE, D.—North Carolina Med. J., 10, 355, 1949.
 SCHMIDT.—Zbl. Chir., 21, 1932.
 SENGSTACKEN, R. F.—Surg. Gyn. and Obst., 63, 438, 1936.
 SHELLEY, H. J.—Arch. of Surg., 126, 448, 1947.
 SCHULLINGER, R. N.—Ann. of Surg., 126, 448, 1947.
 SIMPSON, D. G.—Brit. Med. J., 975, 1946.
 SLATTERY, L. R. e HINTON, J. N.—Am. J. Surg., 57, 294, 1942.
 SPRENGEL.—Appendicitis en Deutsche Chir., 46, 1, 1906.
 STAFFORD, E. S. y SPRONG, D. H.—J. A. M. A., 115, 1940.
 STALKER, L. K.—Surg. Gyn. and Obst., 71, julio 1940.
 STEFANELLI, C.—Il Policlinico. Sez. Chir., 644, 1936.
 STROHL, E. L. y SARVER, F. E.—Arch. of Surg., 55, 530, 1947.
 TAMAN, H. y LOHMAN, B.—Mediz. Klin., 37, 1.235, 1934.
 TARNOWSKY, G.—Surg. Clin. of North Am., 20, 3, 1940.
 TASHIRO, S. y ZINNINGER, M.—Arch. of Surg., 53, 545, 1946.
 TAYLOR, H.—Lancet, 2, 937, 1935.
 TRAUM, E.—Mediz. Klin., 27, 506, 1931.
 VIERARDT.—Clt. STEFANELLI.
 VOLKMANN.—Zbl. Chir., 442, 1933.
 WANGENSTEEN, O. H.—Surg. Gyn. and Obst., 62, 1.029, 1936.
 WANGENSTEEN, O. H., BURGE, R. E., DENNIS, C. L. y RITCHIE, W.—Ann. of Surg., 5, 910, 1937.
 WANGENSTEEN, O. H. y DENNIS, C. L.—Ann. of Surg., 110, 629, 1939.
 WANGENSTEEN, O. H.—Jour. Lancet, 64, 178, 1944.
 WAQUELE, C.—The Lancet, 2, 1.282, 1938.
 WALKER.—New Engl. J. Med., 208, 113, 1933.
 WARDEWORTH NUTALL, H. C.—The Brit. J. of Surg., 21, 411, 1933.
 WARREN, H.—The Lancet, 227, 5.523, 1929.
 WEDDEN, W. M.—Ann. of Surg., 88, 76, 1938.
 WELLS, A. Q.—The Brit. J. of Surg., 24, 766, 1937.
 WOLFF, W. I. e HINDMANN, R.—Surg. Gyn. and Obst., 94, 239, 1952.
 YEOMANS, F. C.—Med. Rec., 92, 743, 1917.

SUMMARY

On the basis of the study of the case records of Casa de Salud Valdecilla on patients aged over 50 with acute appendicitis, a classification is given of the clinical varieties of this condition. Particular attention is paid to tumorous, herniary, pseudo-occlusive with pre-operative mechanical ileus and lithiasic varieties.

ZUSAMMENFASSUNG

Auf Grund der Kasuistik der Casa de Salud de Valdecilla wird eine Einteilung der klinischen Arten der Appendizitis bei Patienten über 50 Jahren gemacht, unter besonderer Berücksichtigung folgender Formen: tumorartig, mit Bruch, mit Pseudoverschluss, mit präoperativen mechanischen Ileus und mit Lithiasie.

RÉSUMÉ

Prenant comme base l'étude des malades âgés de plus de 50 ans, avec appendicite aiguë, de la casuistique de la Casa Salud de Valdecilla,

on fait un classement des formes cliniques de la maladie, étudiant spécialement les formes tumorale, herniaire, pseudo-occlusive, avec iléus mécanique préopératoire et la forme lithiasique.

DIFICULTADES EN EL DIAGNOSTICO DE ALGUNAS JAQUECAS Y ESTADOS AFINES

J. SIMARRO - PUIG.

Jefe del Servicio de Neurología en el Instituto Municipal de Barcelona.

En la clínica vemos aún cómo se sigue discutiendo sobre distintos problemas referentes a las jaquecas, lo que como en tantas ocasiones significa por lo menos el fracaso en la práctica ante los enfermos y, naturalmente, la persistencia de una porción de problemas no resueltos en esta materia.

En más de una ocasión hemos insistido en el hecho de que poco menos que constantemente se toma la parte por el todo al considerar las jaquecas y sus problemas, atribuyendo en su etiopatogenia y mecanismos papeles principalísimos, para no decir preponderantes y/o decisivos, a alguno y a lo más a algunos de los factores que intervienen en los mismos. Y es así como se atribuyen los accesos jaquecosos a etiopatogenias (así, en sentido lato), a causas, factores y mecanismos neurovegetativos, y otros, y también consistentemente, a una psicogenia que, si bien existe, no acostumbra a ser todo. Asimismo en otros casos, y a ello vamos en esta ocasión, se descuidan y/o se valoran en defecto ciertas cefaleas que a veces son realmente jaquecosas sin parecerlo, como también con frecuencia se toman como jaquecas ciertas cefaleas que en realidad no lo son.

Es curioso ver cómo en nuestro tiempo se habla mucho de la personalidad y de su intervención en tantos disturbios en clínica, y aun admitiendo que la personalidad y su concepto se refieren a la persona "entera", en su totalidad, infinitud de autores se acostumbran a referir a la misma de manera parcial, considerándola única o por lo menos preponderantemente en forma parcelaria en su vertiente psíquica, olvidando o poco menos (o por lo menos pareciendo olvidar) toda la participación somática en disturbios como los de que estamos tratando. Se habla a los pacientes de que todo lo que sufren "es nervioso", sin especificar más; no se examinan bien ciertos caracteres de sus molestias y disturbios; cuando llegan al psiquiatra éste hace un estudio meticoloso de su "personalidad" y de sus rasgos caracteriales, y con frecuencia lamenta-