

- OCHSNER, A. J.—J. Michigan M. Soc., 3, 371, 1904.
ORTEGA SPOTORNO, M.—Bol. Inst. Patol. Méd., 3, 111, 1948.
PARSONS, VILLARD y PURSCK.—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. Clí., 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., RHODES, 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.—Apendicitis. N. Y. Appleton, edit., 1927.
RUNBOLD, L.—Arch. of Surg., 42, 25, 1941.
SANGUIGNO, L.—Ras. Int. Clin. Terap., 20, 47, 1939.
SANTO TOMÁS COROS, E.—Rev. Clin. Esp., 38, 372.
SCHEPPEL, 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.—Apendicitis 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.—Cit. STEFANELLI.
VOLKMAN.—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.
WARDLEWORTH NUTALL, H. C.—The Brit. J. of Surg., 21, 411, 1933.
WARREN, H.—The Lancet, 227, 5,523, 1929.
WEEDEN, 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.
YEMANS, 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 insistentemente, 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, infinidad 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 metódico de su "personalidad" y de sus rasgos caracteriales, y con frecuencia lamenta-

ble se da el caso de enfermos que, aparte de ir como una pelota de un especialista a otro, son tratados de alteraciones psíquicas desconociendo u olvidando sus jaquecas, o inversamente se les cuida como a jaquecosos (y aun en tal caso de manera unilateral), cuando de hecho sus cefaleas no son de esta naturaleza. Vamos a ocuparnos, siquiera sea sucintamente, de algunos de estos problemas.

I. Con bastante frecuencia las jaquecas son ocultas, a veces disimuladas o negadas (voluntaria o involuntariamente), y en unos y otros casos desconocidas o por lo menos valoradas en defecto.

Son innumerables los enfermos mentales con cuadros psicóticos o personalidades psicopáticas, en períodos de remisión o de agudización o intensificación, en los que se pueden evidenciar, formando parte de su cuadro sintomático o en sus antecedentes, la existencia de cefaleas accesionales que bien examinadas resultan ser jaquecosas, y que con arreglo a nuestra experiencia estamos seguros de que no están desprovistas de importancia y significado, por lo menos en la patogenia y mecanismos de sus trastornos, y en la terapéutica, si no de otras, de sus alteraciones postprocesales y de sus disturbios de personalidad y de conducta cuando no en las molestias que sufren, tantas veces calificadas sencillamente de hipocondríacas sin más. En otra comunicación aparte trataremos más extensamente de esta materia. Particularmente hemos observado esquizofrénicos y estados depresivos en que no sólo en los antecedentes, sino también al comienzo de su estado psicótico, se ha mostrado un estado de mal jaquecoso, y no siempre con una psicogenia manifiesta ni mucho menos demostrable. Los jaquecosos siempre adolecen de una personalidad psicopática, más o menos marcada, siendo inestables, inquietos, irritables, emotivos, impresionables, obsesivos, depresivos; en bastantes ocasiones son francamente agresivos, aunque ésta no sea su principal característica ni la más frecuente. Su constitución neuropsíquica anormal es sin duda un factor predisponente de verdadera importancia y posiblemente es una de sus características de funcionalismo neuropsíquico y no solamente cerebral, poco menos que decisiva en la eclosión de brotes psicóticos.

Se da el caso nada raro de que estos enfermos (o sus familiares o allegados) refieran, entre los antecedentes, la existencia de cefaleas accesionales, y asimismo no raramente de que haya que insistir con un interrogatorio "a presión" para poner de manifiesto (cuando no de relieve) estas cefaleas, que acostumbra a ser verdaderas jaquecas, y que si bien en sí no constituyen un factor predisponente, sí que es la constitución de estos enfermos lo que es la base, a la par que de sus jaquecas y alteraciones neurovegetativas, de sus brotes psicóticos, probablemente mediante, cuando menos, un funcionalismo cerebral anormal. Estudios electroencefa-

lográficos vienen a apoyar esta afirmación al mostrar un funcionamiento cerebral anormal. Pero lo interesante para nuestra materia es que con frecuencia hay que insistir y/o afinar en la búsqueda de antecedentes para poner de manifiesto estas alteraciones, siendo igualmente interesante que tales cefaleas no son solitarias sino que se acompañan de otros disturbios neurovegetativos funcionales que no son indudablemente ajenos al mismo funcionalismo nervioso alterado. A veces los accesos jaquecosos no son bien típicos, sino francamente atípicos.

II. Otro tipo de jaquecas ciertamente atípicas por su intensidad (exigua o intensa) hemos observado en la clínica con una frecuencia que no podemos establecer, aunque podemos afirmar que las hemos hallado en bastantes ocasiones, y más veces en los últimos tiempos, en que insistimos más en su búsqueda. En ocasiones son cefaleas suaves, poco intensas, accesionales, preferentemente frontales o fronto-orbitarias, que el enfermo, preocupado por otros trastornos a los que atribuye más importancia, ni siquiera refiere, pero que, unidos a los mismos otros trastornos, tienen un valor no sólo diagnóstico, sino patogénico y terapéutico. A veces son únicamente pinchazos de localización cambiante. En otros casos, contrariamente, son cefaleas sumamente intensas, que despiertan el temor de un proceso meníngeo o tumoral no sólo en el enfermo y familiares, sino incluso en el médico que lo trata, e incluso en algún caso van acompañadas de ligeros signos de irritación meníngea así como de confusión mental; de ellos nos hemos ocupado con anterioridad (V Congreso Internacional de Neurología de Lisboa, 1953); un tercer subgrupo está constituido por las jaquecas más o menos intensas de aparición reciente en adultos que con anterioridad no las aquejaban o bien (caso nada raro) no habían prestado atención a las mismas. Con frecuencia en unos y otros casos se puede perfectamente poner de manifiesto la personalidad, que nosotros creemos constante (por lo menos para ciertos rasgos), de los jaquecosos. Naturalmente, en unos y otros casos, pero particularmente en los del tercer subgrupo hay que tener verdadero cuidado en precisar su carácter jaquecoso genuino y asegurarse de que no son sintomáticas de estados patológicos más a menudo lesionales (vasculopatías principalmente), y es natural que para ello sirvan los antecedentes y la sintomatología acompañante.

III. Esto nos lleva como de la mano a ocuparnos de las cefaleas jaquecosas que se inician en los viejos sin haber aparecido con anterioridad en edades más juveniles. Es bien sabido que lo más corriente es que las jaquecas en mujeres desaparezcan o se mitiguen mucho con la menopausia, y que en una cierta proporción difícil de determinar (y que nosotros calcularíamos muy "grosso modo" en cerca de un 10 por 100 de casos), en vez de desaparecer o disminuir considerablemente con la menopausia persisten

e incluso experimentan un aumento; según nuestra experiencia, bastantes veces lo que ocurre es que las cefaleas cambian de características adoptando una sintomatología diferente: se hacen posteriores en su localización, menos accesorias, más gravativas, acompañadas de menores parestesias de tipo neurovegetativo; en resumen, menos "jaquecosas", y en estos casos un examen adecuado muestra que las jaquecas han sido sustituidas por algias en la parte posterior de la cabeza, en la región occipital y suboccipital, en la cervical posterior, debidas a localizaciones vertebrales, cervicales, de procesos osteoarticulares (espondilosis-espondilitis), cuyas espondilopatías pueden sustituir a las jaquecas, aunque con más frecuencia no lo hacen así exactamente, sino que se añaden a ellas incluso contribuyendo a mantenerlas, a "despertarlas", cuando aparecen brotes de tales artropatías u osteoartropatías. Es poco menos que habitual que se trate de mujeres, y que sea necesario a veces un interrogatorio minucioso e insistente (no "persuasivo" ni "sugeridor") para poner de manifiesto que antes de los dolores aparecidos últimamente y que adoptan las características mencionadas (localización posterior, etc.) ya existían los de localización anterior y de modalidad accesorial, jaquecosos, y con el acompañamiento habitual de los mismos.

Son corrientemente distintas las cefaleas jaquecosas en el hombre y en edades madura y presenil o senil, y particularmente en lo que se acostumbra a llamar andropausia, y modernamente con adrenopausia (que no vamos a analizar ahora), y que en este período de la vida, de la menopausia masculina, persiste con más frecuencia, aunque también experimentando modificaciones que no se pueden sistematizar con la misma facilidad que en la mujer. Por de pronto, en el hombre, la menopausia no se acostumbra a caracterizar por la misma rapidez que en la mujer, y ello ya explica por sí solo que no haya cambios asimismo rápidos (y menos aún súbitos) como en ésta; generalmente hay una disminución progresiva, con o sin aparición de espondilopatía (tal osteoartropatía vertebral es, según nuestra experiencia, considerablemente más frecuente en la mujer que en el hombre); en éste, progresivamente las jaquecas disminuyen, quedando en su lugar síndromes de cefaleas de tipo más neurasteniforme, gravativas, menos accesorias, menos pungitivas, con menos acompañamiento neurovegetativo, aunque con rasgos de personalidad psicopática, no raras veces acentuados en sentido neurasteniforme-obsesivo-depresivo. No recordamos la aparición de cefaleas jaquecosas con seguridad en hombres en su menopausia o pasada ésta, y si en algún caso las hemos visto hemos podido despistar su carácter sintomático.

Tanto en la mujer como en el hombre, tales cefaleas que se prestan a confusión con la jaqueca y apareciendo en la menopausia o pasada ésta, acostumbran a ser por lo menos parcial-

mente sintomáticas de vasculopatías, a veces difícilmente caracterizables, cuando no de otras alteraciones lesionales de vecindad o focales (osteodentarias, oculares, sinusales, etc.). En bastantes ocasiones en los últimos años hemos visto tales algias como sintomáticas de arteritis temporales. Naturalmente, esto no quiere significar que no pueda ser tampoco o también sintomáticas de lesiones a veces intracraneales (como aneurismas, lesiones vasculares vecinas, neoformaciones tumorales y otras). No intentamos de ninguna manera ser exhaustivos en este estudio, sino únicamente exponer unas consideraciones, deducidas de lo vivido, sobre esta materia, que creemos muy interesante, aunque sólo fuera por la frecuencia con que plantea problemas en clínica, y también por la misma frecuencia con que estos problemas no son comprendidos ni enfocados con arreglo a la realidad, naturalmente con las naturales consecuencias de fracasos terapéuticos.

IV. Desde que tenemos que luchar con problemas de conducta en niños, vemos con frecuencia progresivamente en aumento, y más aún también al fijarnos más en ello, ciertas cefaleas en niños que aumentan en proporción con la edad y en período escolar: nos referimos a una proporción difícilmente determinable de cefaleas en niños de distintas edades, corrientemente en la segunda infancia y en la adolescencia, cuyos niños (con predominio de sexo femenino) se quejan de cefaleas que no describen bien y que en bastantes ocasiones se puede llegar a precisar con grandes probabilidades de acierto que son de comienzo y/o predominio lateral, frontales (predilección por sienes), fronto-oculares; son niños considerados y calificados como "nerviosos", inquietos, emotivos, inestables, irritables, excitables, díscolos, caprichosos, quejumbrosos (a medida que crecen se muestran más emotivos, depresivos, obsesivos); con antecedentes familiares más o menos francamente psicopáticos; poco menos que siempre, en tales casos, con uno de los progenitores (cuando no ambos) con parecidas características somáticas y psíquicas, naturalmente más evolucionadas, correspondiendo a sus edades respectivas; estos niños asimismo sufren alteraciones metabólicas y digestivas, en mayor o menor parte funcionales, y calificadas a menudo de "nerviosas", vómitos, dispepsias, diarreas, no siendo raros en ellos los vómitos con acetoneuria; tampoco es nada infrecuente que ante el temor de los padres de que se trata de "debilidad" aumenten el contenido de su alimentación en alimentos considerados como "fuertes" (grasas, huevos, etc.) empeorando seguidamente. Un problema planteado por tales niños se deriva de la sospecha y temor de que tales cefaleas sean más bien simuladas o por lo menos "alegadas", aprovechadas, exageradas por el niño con cualquier finalidad egoísta, tanto más cuanto que el ambiente en que viven se caracteriza poco menos que constantemente (aunque los padres

no sean de la misma opinión y lo nieguen) por ser por lo menos inadecuado; casi siempre uno o los dos progenitores son obsesivos, irritables, excitables, depresivos, explosivos, inestables, y quejándose habitualmente (o poco menos) de molestias que son también casi siempre atribuidas a "los nervios". Un interrogatorio practicado con seriedad, en el niño y en los familiares, apoya la ausencia de características lesionales; la existencia y objetivación de otras características y signos funcionales, neurovegetativos, metabólicos (acetonemia), endocrinos y otros signos y datos caracteriales, de personalidad (del niño y de familiares), de ambiente, etcétera, pueden ser decisivos en tales ocasiones. Hemos visto muchos niños en estas condiciones que no han necesitado medicamentos, sedantes, tónicos ni las tan manoseadas "vitaminas" para su arreglo, y sí que se resuelven mediante una educación apropiada, un ambiente favorable, la conducta más adecuada de los padres y familiares, y a lo más un régimen de vida y de alimentación conveniente, con medicación muy sencilla.

V. Sería muy largo y farragoso (aunque interesante), y ocuparía mucho tiempo y papel, desarrollar como se merece lo que estamos exponiendo sucintamente, analizando más amplia y detenidamente los problemas tratados (algunos de ellos sólo mencionados). En otras ocasiones lo hemos hecho con anterioridad, y en ésta sólo queremos señalar y orientar sobre casos y problemas ciertamente frecuentes en clínica. No queremos tampoco ser exhaustivos, y sí solo recordamos que se trata de comentar sobre nuestra experiencia, sobre lo vivido, y lo que muestra tantos errores en la etiquetación y consideración de enfermos, diagnósticos y mecanismos, que se manifiestan y traducen en el paso de tales enfermos del internista al neurólogo, al psiquiatra y a otros "especialistas", y más aún con la actual socialización de la Medicina. Quedan todavía ciertas consideraciones sobre algunas orientaciones diagnósticas, positivas y negativas, en sentido de las jaquecas, en diferentes ocasiones, de las que algunas se refieren a casos como los que citamos a continuación:

Ya hemos mencionado la presentación muy frecuente de las cefaleas de localización posterior en cabeza y región cervical posterior en pacientes de edad madura, muchos de ellos en su menopausia, y en los que un examen adecuado muestra su naturaleza lesional y osteoarticular; ciertas espondilitis, espondilosis y casi siempre espondilopatías mixtas, a veces con deformaciones de columna vertebral cervical, provocan tales cefaleas, que no son tan francamente accesorias como las verdaderas jaquecas, y en todo caso se trata de accesos que duran días y hasta semanas, y no horas o hasta días, como acostumbra a suceder con las verdaderas jaquecas. En los últimos años, y más recientemente, se están ya fijando muchos autores en estas algias. Y no sólo ya en pacientes adultos, sino

también, aunque incomparablemente con menos frecuencia, en jóvenes, hemos podido establecer esta naturaleza en algunas cefalalgias; naturalmente, en estos enfermos más jóvenes hemos procurado y conseguido asegurarnos mediante exámenes radiológicos de que, en efecto, se trataba de alteraciones columnarias causando los dolores objeto de estudio, y en general los resultados terapéuticos han venido a confirmar nuestra opinión.

A este propósito tenemos que insistir, como ya hemos hecho en alguna otra ocasión, en que según nuestra experiencia, y analizando nuestra casuística (de bastantes centenares de observaciones bien estudiadas), no podemos recordar ni una observación segura de jaquecas de localización posterior; no es ello razón suficiente para que podamos negar su existencia, pero por lo menos sí que podemos apoyarnos en nuestra experiencia para manifestar la convicción de que son muy raras y seguramente siempre sintomáticas. Reconozcamos que es muy corriente que al considerar un disturbio como "genuino", "criptogenético", "esencial" o sencillamente "nervioso", no se hace más que ocultar nuestra ignorancia con respecto al mismo.

En infinidad de ocasiones el problema principal estriba en la distinción entre las cefaleas y/u otras algias confundibles con las mismas con referencia a su naturaleza sintomática o no, o mejor expresado, más o menos constitucional, jaquecosa o no. Y a este respecto, sin forzar la imaginación, tenemos que recordar bastantes tipos de enfermos y casos.

Aparte de las cefaleas fronto-oculares sintomáticas de oftalmopatías diversas (miopías, glaucomas, etc.) que no tenemos que revisar, hay que llamar la atención sobre algunas orientaciones que creemos origen de errores en clínica: se trata no ya sólo de la atribución tan habitual a defectos visuales de algias cefálicas frontales y fronto-oculares, y que después de probar el uso de lentes (en ocasiones con varios cambios de cristales) continúan sin modificar, sino de otros casos en que en pacientes obsesivos y francamente jaquecosos, posiblemente ignorando la existencia de sus jaquecas (y se comprende que el oftalmólogo no tenga ninguna seguridad de ello), se atribuye durante años sus algias localizadas total o predominantemente en ocasiones (en cada vez que sobrevienen) en los globos oculares, o mejor, en un globo ocular (más a menudo en uno, pero casi siempre sin exclusividad), a las afecciones oculares (recientemente un caso de miopía calificada de maligna, progresiva, en una gran obsesiva). En general, los hechos vienen a confirmar esta opinión. Ello no quiere decir de ninguna manera que pretendamos negar ni disminuir la importancia de las algias oculares y fronto-oculares sintomáticas de oftalmopatías, que en ocasiones revisten verdadera gravedad. Pero aun en estos casos las características de las algias en cuestión y signos restantes acostumbran a ser más que suficientes para ase-

gurar un diagnóstico o por lo menos para dar una orientación que la terapéutica vendrá a confirmar.

Lo mismo vale la pena de recordar paralelamente el diagnóstico positivo y negativo, en este sentido, en las confusiones, también nada raras, de jaquecas con las pretendidas o reales "neuralgias" de que hablan tantos pacientes, y que en ocasiones no son más que jaquecas ignoradas o no (a veces el enfermo—o la enferma—es quien pone esta etiqueta fruto de su ignorancia); hemos visto neuralgias de V par consideradas como jaquecas y casos inversos, quizá más frecuentes, de jaquecas que se creían neuralgias, o que era la enferma la que pretendía que lo fuesen, y hasta en alguna ocasión era el médico el que, partiendo de la acepción de la paciente, obraba de acuerdo con la misma. En ocasiones se trata de alteraciones bucodentarias con osteopatías maxilares o en fase de invasión de este hueso, e incluso en fase de iniciación de neuralgia consecutiva del V.

Algo parecido puede decirse con respecto a las sinopatías, de las que en la actualidad se habla tanto, y que se operan en tantas ocasiones con resultados diversos; sin negar su existencia ni discutir su importancia, frecuencia y gravedad, sí que podemos exponer nuestra experiencia, fruto de observaciones hechas en clínica, de ciertos enfermos operados de sinusitis y que han seguido sufriendo los mismos trastornos después de la operación y en algunos casos después de nuevas operaciones. Recordemos, y creemos que este hecho es más frecuente de lo que pudiera parecer "a priori", que se ha señalado la circunstancia de que en ciertos accesos jaquecosos intensos la congestión sinusal (principalmente en senos frontales, pero también en otros vecinos) llega a simular la sinusitis incluso radiológicamente, y en algunos casos podemos afirmar que en enfermas nuestras con jaquecas intensas la radiografía de senos frontales y maxilares llegaba a mostrar imágenes francamente dudosas, de tal manera que otorrinolaringólogos justamente prestigiosos han aconsejado que se supeditara el consejo terapéutico al estado general y de sistema neurovegetativo, y más concretamente a la posibilidad de alteraciones funcionales relacionadas con sus jaquecas y disturbios vasculares y tisulares ligados a éstas. Teniendo que añadir que en estos casos la terapia de las jaquecas y disturbios ligados a las mismas nos ha dado más y mejores resultados que la de las supuestas sinusitis; cuyas sinusitis en tales casos no negamos, pero que no dudamos en calificar de sintomáticas y acompañantes de los disturbios vasculares y tisulares propios de las jaquecas y fenómenos alérgicos relacionados con éstas. Sin embargo, repetimos que no intentamos negar ni disminuir la importancia de las sinusitis ni de sus indicaciones operatorias en general.

Otro grupo de trastornos que plantea problemas diagnósticos, y consecutivamente terapéu-

ticos con la jaqueca, está constituido por las otopatías de distinta índole; tampoco es raro el caso de enfermos que aquejan dolores más o menos intensos en "la cabeza" (a menudo se da el caso de que se explican muy mal y que cuesta mucho obtener datos sobre su localización más o menos exacta o aproximada); con frecuencia hablan asimismo de ruidos en la cabeza, que en realidad tampoco localizan correctamente; y cuando también comentan o se quejan de "mareos", que resultan ser vértigos, la existencia de una otoesclerosis con menierismos viene a ser bastante clara; en otras ocasiones el problema diagnóstico viene a ser bastante arduo; sin embargo, se pueden conseguir datos más o menos seguros sobre localización del dolor y signos y disturbios que acompañan, llegando a establecer el diagnóstico correcto y firme de una otoesclerosis u otra otopatía (antigua, reciente, aguda, crónica, de recaídas, etc.), o bien en el caso contrario, de la no existencia de una supuesta otopatía.

No tenemos por qué insistir ni alargar nuestro estudio deteniéndonos en comentarios sobre las jaquecas sintomáticas de alteraciones lesionales diversas intracraneales, entre ellas y como más importantes por su gravedad y necesidad de tomar determinaciones definitivas, las neoformaciones y malformaciones vasculares, que recientemente se estudian más y mejor, viniendo a conocerse progresivamente ciertas alteraciones vasculares malformativas y/o deformativas, que bastantes veces son tributarias de la cirugía, aunque no siempre es así; hemos visto algunos casos que después de largas discusiones y observación han sido consideradas como no quirúrgicas por el neurocirujano. Contrariamente podemos recordar aquí la observación de un hombre de media edad, que con antecedentes jaquecosos y unos días después de un traumatismo cefálico, inicia cefaleas más intensas, persistentes y localizadas que con anterioridad, y que una vez bien estudiado resulta estar afecto de un hematoma subdural del que es operado y curado.

No hemos intentado hacer un estudio exhaustivo de todos los problemas que en clínica se nos presentan en esta materia y sí únicamente exponer algo de lo más sobresaliente, fruto de nuestra experiencia, y que pueda ser útil a quienes se encuentren ante los mismos. Tanto más cuanto que con la socialización actual de la Medicina estos problemas se nos plantean cada día con más frecuencia y dificultades. Y para terminar quisiéramos únicamente exponer nuestra idea de las dificultades que creemos hay para un estudio estadístico de la frecuencia de unos y otros disturbios, dificultades que nos parecen por ahora poco menos que insuperables, dada, en primer término, la frecuencia, pero inseguridad y oscuridad en los diagnósticos, tanto de ciertas jaquecas como de otras cefaleas, más aún de las alteraciones que se prestan a confusión, y más aún dada la frecuencia con que hay

una coetaneidad de unas y otras o una sucesión en el tiempo, lo que se presta más a la confusión, y como ha dicho algún autor a apoyar la idea de que la estadística sea la mentira puesta en números.

RESUMEN.

Se analiza el diagnóstico diferencial entre las jaquecas y otras clases de cefaleas, insistiendo en cómo muchas veces se entremezclan procesos de distinta índole.

SUMMARY

The differential diagnosis between migraine and other types of headache is analysed. Em-

phasis is laid on the fact that conditions of different nature often merge into one another.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird die Differentialdiagnose zwischen Migräne und anderen Gattungen von Kopfschmerzen überprüft und die Häufigkeit hervorgehoben mit welcher dabei Prozesse verschiedener Art untereinander verflochten sind.

RÉSUMÉ

On analyse le diagnostic différentiel entre les migraines et autres genres de céphalées, en insistant sur la fréquence dont les processus de différents caractères se mélangent.

NOTAS CLINICAS

SOBRE UNAS IMAGENES DE DEFECTO EN COLON

E. DE ARZÚA ZULAICA.

Bilbao.

I

Presentamos los siguientes casos:

Caso 1.º B. S. M., de cuarenta y nueve años de edad, casado. Le vemos el 6-V-55.

Antecedentes personales.—Operado por una úlcera gástrica hace catorce meses. Resección tipo Polya.

Enfermedad actual.—Al mes y medio de la intervención tuvo un día dolor lumbar, vómitos de alimentos y fiebre de 38°, con dolor gástrico, que duró tres días más. Repitió todo ello al mes. Más tarde, cada veinte días, haciéndose los dolores, con fiebre, cada vez más frecuentes y de mayor duración a medida que pasaba el tiempo. Dichos dolores duraban de ocho a veinticuatro horas y se manifestaban por pinchazos a la derecha de epigastrio, acompañados de retortijones y con fiebre, cediendo a la terramicina. El dolor es fuerte, con irradiación lumbar en ocasiones, quedando muy estreñido y con distensión abdominal.

El último cólico ha tenido lugar hace doce días, con fiebre como siempre, que dura en total una semana. Le da la impresión que algo queda "taponado" y que cede al quitar el "tapón". Dice que se le forma el obstáculo en pocas horas y se le quita en muchos días.

Señala la zona de molestias en región periumbilical, hacia arriba y a los lados. Se palpa en dicha región una tumoración como un melón mediano, unida a planos profundos, fija, dura, dolorosa, lisa, con bordes mal delimitables.

Rayos X (7-V-55).—Estómago: Resección tipo Billroth II. Vacia bien por asa eferente. Normal. (9-V-55). Colon: Enema opaco. En colon transversal distal hay una

zona estenosada (fig. 1) que corresponde a la tumoración palpable.

Laboratorio (doctor BARTUREN) (9-V-55).—Hematies, 4.350.000. Valor globular, 0,98. Leucocitos, 7.725. Eosinófilos, 6. Cayados, 4. Segmentados, 46. Linfocitos, 37. Monocitos, 7. Velocidad de sedimentación, 10-35.

Intervención (doctor OBREGÓN) (21-V-55).—Gran absceso de pared, parcialmente organizado, que invade planos profundos y comprime colon. Incisión y drenaje.

Evolución (1-X-56).—El enfermo quedó completamente bien.

Caso 2.º E. B. R., de cincuenta y ocho años de edad, viuda. Vista el 11-XI-55.

Antecedentes personales.—Fue operada por apendicitis aguda hace dos años. Intervenido nuevamente por hernia operatoria al año, y de nuevo dos meses después por quedar una gasa en la intervención.

Enfermedad actual.—Hace veinte días tiene dolores de vientre, muy fuertes, con retortijones durante tres días. Ha quedado muy dolorido en fosa iliaca derecha, continuamente, hasta el momento actual, con algunos retortijones. Hace de vientre, en poca cantidad, cada dos días.

Exploración.—Señala, sin precisar, todo el vientre derecho, con preferencia hacia vacío y fosa iliaca. Se palpa tumoración en vacío derecho, mitad superior de hernia operatoria, como un melón pequeño, mal delimitada, dura, lisa, dolorosa, fija, unida a planos profundos.

Rayos X (12-XI-55).—Enema opaco. Se aprecia en colon transversal proximal una zona estrechada que corresponde a la palpación del tumor (fig. 2).

Intervención (doctor OBREGÓN) (14-XI-55).—Tumor de aspecto inflamatorio, formando cuerpo con colon, y ocupando todos los planos desde piel a colon. Hay pus en el interior del tumor. La resección es laboriosa. Se reseca la parte afecta con sutura término-terminal.

Anatomía patológica (doctor TOLEDO) (20-XI-55).—Infiltrado linfocitario en submucosa, hialinizada en parte. No hay atipias celulares. Mucosa de colon normal.

Evolución (10-I-56).—La paciente quedó sin ninguna molestia y sigue bien.