

agudas: a) la forma clásica; b) la forma oclusiva; c) la forma tumoral. Nosotros desechamos la realidad de estas formas clínicas; las consideramos diferentes evoluciones de esta enfermedad. Al operarse cada día más precozmente a estos enfermos, han ido disminuyendo las formas oclusivas y tumorales.

La llamada forma oclusiva consiste casi siempre en una apendicitis perforada inadvertida al principio y a veces incluso la perforación, pues lo primero notable que se manifiesta es un síndrome íleo paralítico o mixto, secundario al proceso peritoneal. Por lo tanto, no es una forma oclusiva, sino la última etapa de una apendicitis perforada.

Interrogando al enfermo con atención (lo que a veces resulta difícil en casos urgentes) se obtienen, más o menos claramente, los síntomas de la fase inicial del proceso.

Asimismo, la forma tumoral no es sino la evolución de una apendicitis aguda bajo la forma de un plastrón apendicular, plastrón que unas veces forma un absceso y en otras ocasiones se resuelve lentamente con reposo y calor local. No es difícil en estos casos diferenciarlo de una tumoración del ciego o del colon ascendente.

Tratamiento. — Teniendo en cuenta todo lo que hemos manifestado, lo principal para disminuir la gravedad de esta afección en las últimas décadas de la vida, es hacer un diagnóstico precoz. La apendicitis aguda senil no es grave al principio de la enfermedad. La gravedad es extrema cuando se suman los factores: edad, oclusión y peritonitis difusa. Operar cuanto antes y operar en los casos dudosos, empleando la vía de elección, a fin de no difundir el proceso séptico, es la única manera de reducir mucho la mortalidad de esta afección en edades extremas de la vida.

Colecistografía por vía oral con un nuevo preparado

(Priodax Schering)

Dres. J. E. BRAZIS y J. GARAU ARMET

Sesión del día 1 de mayo de 1947

Comunican haber practicado la exploración radiológica de la vesícula biliar, en un lote de diez enfermos, con el preparado Schering «Priodax» (ácido beta-alfa-fenil-propiónico). De estos diez enfermos había tres con historia clínica de colecistopatía y en ninguno de los tres se visualizó la vesícula biliar.

Han empleado la dosis de seis tabletas de 0'50 gramos cada una, habiendo sido la tolerancia perfecta.

Aunque por los escasos enfermos explorados no se atreven a sentar conclusiones definitivas, creen estar autorizados a considerar que este preparado tiene sobre los demás que hasta ahora se han venido usando, las siguientes ventajas: 1.^a Ausencia de repugnancia y falta de presentación de las manifestaciones desagradables que muchas veces acompañan a la administración de los preparados de fenoltaleína (diarreas, náuseas, vómitos, etc.); 2.^a Consecutivamente a su forma de eliminación (por el riñón), se evita el enmascaramiento de la imagen radiográfica por retención del preparado en el intestino; y 3.^a Mayor número de vesículas positivas, debido a la ausencia de fenómenos secundarios gastrointestinales.

Intervinieron en la discusión los doctores PINÓS, VALLS-COLOMER, BADOSA GASPÀR, VIDAL-COLOMER y GALLART-MONÉS.

Tumores epiteliales benignos del recto

Dr. A. GALLART-ESQUERDO

Sesión clínica del día 8 de mayo de 1947

Los tumores epiteliales benignos del recto pueden estar constituidos por *epitelio pavimentoso* (papilomas) o por *epitelio cilíndrico* (adenoma solitario, adenomatosis y tumores vellosos).