

rición radiológica de la lesión, la desaparición de los bacilos en la expectoración y la suficiente capacidad de trabajo para que el sujeto pueda valerse por sí mismo.

No creemos necesario demostrar, puesto que para ello basta la somera lectura de nuestra casuística, que no hemos trabajado con miras a un brillante protocolo, sino a obtener en cada caso el máximo beneficio para el enfermo, sin escatimar riesgos, con el criterio de que cuando la actitud pasiva significa la muerte, merece la pena jugarse la vida a una sola carta.

LA COLECISTOPATÍA CON BILIS CALCÁREA

(Comunicación de un tercer caso)

ABILIO G. BARÓN

Jefe del Servicio de Enfermedades del Aparato Digestivo en la Casa de Salud Valdecilla (Santander)

Con este mismo título publicamos recientemente (*Revista Clínica Española*, 1942, núm. 6, páginas 391-396), un trabajo sobre esta rara afección, tomando como base dos casos personales, uno de ellos con comprobación operatoria. Hoy podemos comunicar un tercero, también operado, cuya historia clínica es la siguiente:

Religiosa, de 46 años, que desde hace dos y medio ha sufrido diez cólicos fuertes y muchos más de pequeña intensidad, que al principio sobrevenían a medianoche y después también

los se encontraba completamente bien. Estreñimiento habitual. Hace un año tuvo, a continuación de un cólico, ictericia conjuntival durante una semana. Ningún síntoma gástrico. Inapetencia. Ha perdido quince kilos de peso en el último año, lo que es atribuible al régimen seguido.

No duele, a la palpación, más que en la región vesicular. Hemograma: 3.630.000 hematíes, 78 por 100 de hemoglobina, 1 de valor globular y 6.200 leucocitos (cay., 2; seg., 47; linf., 50, y mon., 1).

A las 14 horas de haber ingerido cuatro gramos de oral-tetragnost se hace una radiografía (fig. 1), en la que se percibe una sombra vesicular tenue, en cuyo fondo se halla una pequeña mancha de gran intensidad sobremontada por una zona areolar con tres defectos. A la media hora de tomar las tres yemas se hace otra radiografía (fig. 2), también en decúbito prono, en la que ya no es perceptible la vesícula por superponerse con la sombra renal, pero en la que se sigue viendo la mancha pequeña y densa intravesicular que ha variado su forma, alargándose, a la vez que se ha hecho más intensa, sin que se vea ya más defecto que uno, muy pequeño, situado en su extremo superior. A radioscopia, en vacío y de pie, es perfectamente visible la sombra intravesicular; y con papilla opaca se aprecia que costea la parte inferior de la segunda porción duodenal.

El diagnóstico de colecistitis calculosa con bilis calcárea era radiológicamente evidente, estando indicada la intervención quirúrgica por la frecuencia de los cólicos, a pesar del tratamiento adecuado a que la enferma había estado sometida.

En la operación, realizada con anestesia local, se encuentra una vesícula alargada, sumamente estrechada, de pared engrosada y de capacidad muy disminuida. Se tocan varios pequeños cálculos libres y otro fuertemente enclavado en el cuello. Se libera el colédoco, que no está distendido. No se perciben concrecimientos en él ni en el íleo hepático. Cabeza de páncreas de tamaño y consistencia normales. Colecistectomía de cístico a fondo. Curso postoperatorio favorable, con alta a los doce días.

La radiografía de la pieza, cerrada y ocolocada verticalmente, muestra (fig. 3) la densa sombra calcárea inferior sobre la que se ven cinco defectos de tamaño pequeño y desigual visualizados por tener su superficie ligeramente tapizada por algo de masa opaca.



Fig. 1

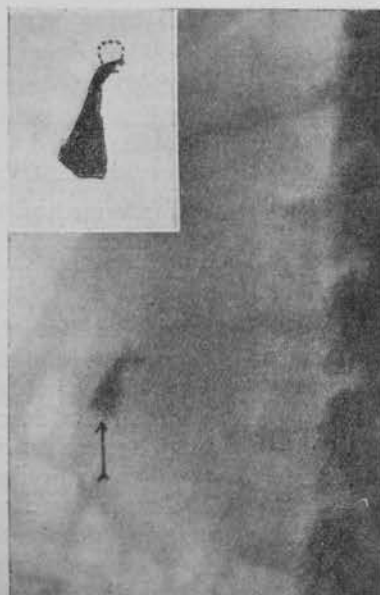


Fig. 2

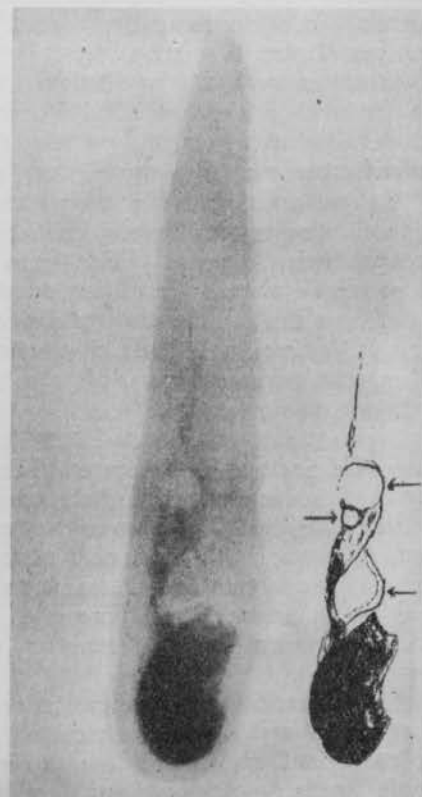


Fig. 3

de día. Todos han sido análogos: dolor repentino intenso y continuo bajo reborde costal derecho con irradiación a espalda y hombro del mismo lado y sin vómitos, aunque con náuseas. Alguno duró ocho horas, pero la mayoría poco tiempo, porque pronto se inyectaba un analgésico. Entre los accidentes dolor-

El cálculo palpable en el cuello vesicular no es perceptible. Abierta la vesícula, se ve que contiene unos cuatro cm³ de un líquido muy denso — como pus cremoso — de color blanquecino que contiene en su masa nueve cálculos. Se trata, por consiguiente, de la típica "lechada de cal". El cálculo situado

en el cuello vesicular (fig. 4) está tan fuertemente enclavado que ocluye de una manera segura la entrada del cístico. El resto de la cavidad está ocupada por un líquido poco abundante y de aspecto bilioso.

El examen histológico de la vesícula (Servicio de Anatomía Patológica, Dr. OLIVA) muestra destrucción de la mucosa, que está substituida por un tejido de granulación y bandas de infiltración por todo el espesor de la pared.

El análisis de la masa blanquecina (Servicio de Química, doctor CAVAYÉ) da el siguiente resultado: carbonato cálcico, in-

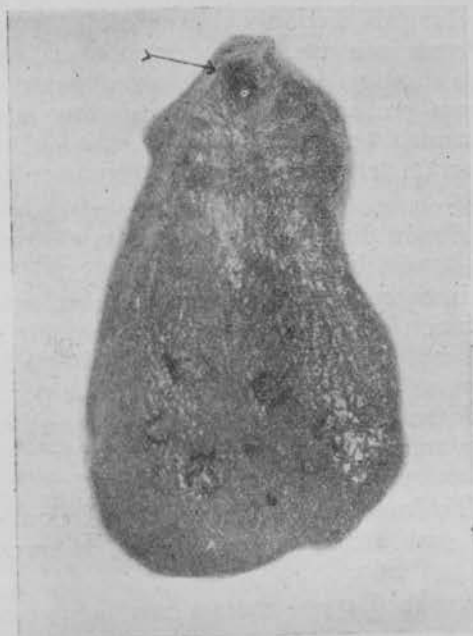


Fig. 4

dicios de fosfatos y ligerísimos de sulfatos, indicios de sales amónicas, ausencia de sales magnésicas y reacción eudosa de urobilina. Los cálculos están constituidos por colesiterina y ligerísimos indicios de carbonatos.

Habiendo hecho en nuestro trabajo anteriormente citado los suficientes comentarios sobre la frecuencia, anatomía patológica, síntomas clínicos, características radiológicas, diagnóstico diferencial radiológico, etiología, patogenia y significación de la colecistopatía con bilis calcárea, podemos limitarnos ahora a acentuar muy brevemente lo que de normal y especial tiene este tercer caso.

Es normal el aspecto de la "lechada de cal", formada casi exclusivamente por carbonato cálcico, acompañada del líquido bilioso del tipo hidrópico; la existencia de cálculos de colesiterina; el enclavamiento de uno de ellos en el cuello vesicular; la disminución del volumen de la vesícula con espesamiento de su pared y prueba microscópica de su infección crónica; la ausencia de síntomas clínicos que pudieran permitir sospecharla; el cuadro de colecistitis crónica de no gran intensidad, y el valor decisivo, de la exploración radiológica mostrando la presencia en el campo vesicular de una sombra densa y más o menos extensa, cuyo contorno reproduce total o parcialmente la forma y volumen de la vesícula con variaciones según la posición del enfermo, y en cuya área aparecen los cálculos como defectos.

En cambio, es anormal el aspecto de las radiografías. Solamente hay dos casos publicados (KNUTSON, SCIACCA), en los que la colecistografía haya sido positiva y uno solo (BERG) en que la ingestión

de las yemas de huevo haya provocado la contracción de la vesícula. Aparentemente, nuestro caso sería otro más, porque en la negativa de la primera radiografía (fig. 1), existe indudablemente sombra vesicular por encima de la lechada de cal, mientras que en la segunda (fig. 2), hecha a la media hora de ingerir la comida de Boyden, ya ha desaparecido. Sin embargo, a nuestro juicio la explicación del hecho es otra. El enclavamiento del cálculo en el cuello de la vesícula era tan firme y la oclusión de la embocadura del cístico tan completa, que se puede afirmar la imposibilidad del paso de la bilis en una u otra dirección, por lo que todo intento de colecistografía había forzosamente de resultar negativo. Si en nuestra primera radiografía hay sombra vesicular ha de atribuirse a la visibilidad del líquido bilioso hidrópico, existente a la vez que "la lechada de cal", aunque carente del yodo del medicamento ingerido. Prueba de ello es la densidad de sombra que ese mismo líquido proporciona en la radiografía de la pieza (figura 3), obtenida por colecistectomía casi al mes de haber hecho la colecistografía. Y si en la segunda radiografía, después de ingeridas las yemas, aparentemente ha habido contracción vesicular por no verse más sombra que la de la "lechada de cal", esto es debido a superponerse la sombra de la vesícula con la renal desplazado el reservorio hacia dentro por el contenido gaseoso del ángulo hepático del colon. Por lo tanto, en nuestro caso no es excepción a la regla de la colecistografía negativa.

La observación, relativamente en poco tiempo, de tres casos de colecistitis con bilis calcárea hace suponer que su admitida extraordinaria rareza es más aparente que real y que si no llegan, ni con mucho, al centenar los casos descritos en la literatura, es debido a la falta de interpretación exacta de las imágenes radiológicas. Estamos convencidos de que una difusión mayor de su conocimiento elevaría muy sensiblemente la frecuencia del diagnóstico correcto.

RESUMEN

Se comunica un tercer caso personal de colecistopatía con bilis calcárea, cuya particularidad más interesante es la de simular una colecistografía positiva con vaciamiento por contracción parietal, hechos imposibles de ocurrir por existir un cierre calculeoso firme del cuello vesicular comprobado en la operación.

¿ES CASUAL LA RELACIÓN OBSERVADA ENTRE LA MEJORA DE UN PROCESO COLECISTICO Y LA INGESTIÓN DE "CALLOS"?

M. GRACIÁN

Según puede deducirse de la lectura de la adjunta historia clínica, cada vez que el enfermo ha ingerido el popular y españolísimo manjar, denominado "callos", se ha producido una mejoría inmediata y persistente.

HISTORIA CLÍNICA. — M. G., 42 años. *Antecedentes:* En 1921: Un acceso febril, diagnosticado como palúdico y tratado con quinina; sin recidiva. En 1924: Un síndrome disenterico, que persiste varias semanas, acompañado de inapetencia, estado nauseoso y subictericia; gran intolerancia para las grasas. A las tres o cuatro semanas de enfermedad, un cólico hepático, que se calma con morfina; fiebre de 38,5°. Las alteraciones digestivas curan lentamente, en tres o cuatro meses. En 1925: Un acceso febril, tratado con quinina, sin más incidentes. En 1926: Otro acceso de fiebre, análogo al anterior. En 1934: Una fiebre, que dura ocho días y es diagnosticada como tifoidea. Hemocultivo negativo; aglutinación al Eberth, positiva a bajo título.

En 1940: Se comienza a presentar, de modo insidioso, una molestia constante en el epigastrio, con dolores que se irradian hacia el lado derecho; la molestia es mayor en las horas que preceden a la comida y la cena, y se alivia con la ingestión de alimentos. Un día, al acostarse, gran escalofrío con fiebre de 41° y vuelta a la normalidad en pocas horas; se diagnostica como fiebre bilioséptica. Las molestias locales persisten. Tratamiento con colagogos, sin conseguir alivio; las molestias sólo son llevaderas con un régimen de comidas frecuentes y poco abundantes. En 1941: En vista de que las molestias persisten, y aun van en aumento, y ante el temor de que se trate de una grave lesión orgánica, decide el enfermo hacer una prueba: Ingestión de una comida abundante, excitante e indigesta; en la minuta figura un plato de "callos" con picante. Resultado de la prueba: Todas las molestias desaparecen aquella misma tarde y no reaparecen en varios meses. En consecuencia se piensa en una aquilia gástrica con estasis biliar secundario. Régimen de comidas excitantes y acidol-pepsina; la curación persiste. En 1942: Reaparecen las molestias, a pesar del régimen y de la pepsina y ácidos. Un día, por casualidad, ingestión de un plato de "callos", esta vez sin picante; las molestias desaparecen inmediatamente. En 1943: Al cabo de varios meses, vuelven las molestias, con los mismos caracteres de siempre. Esta vez, de modo deliberado, ingestión de un plato de "callos" y las molestias cesan desde aquel momento.

Estado actual. — Han pasado varios meses y la curación persiste. La acidez gástrica después del desayuno de prueba es normal. La colestografía, realizada por el Dr. ARCE, muestra, según dictamen del Dr. H. G. MOGENA: Una vesícula bien contrastada, grande, con buen tono, alta, de bordes lisos, sin sombras litiascas; parte inferior cubierta por flexura hepática de colon. A los 15 minutos de la prueba de Boyden: imagen semejante a la anterior, pero más pequeña, indicando buena facultad contráctil. Diez minutos más tarde, la vesícula se muestra más contraída, con opacidad igual en todas sus porciones.

No tengo duda de que hay una manifiesta relación de causalidad entre la ingestión de "callos" y la mejoría cada vez observada; en cuanto a la exactitud de los datos, tampoco dudo, pues se trata de mi propia historia clínica.

Llama la atención que la acción terapéutica sea "inmediata" y "persistente"; por ello resulta difícil conjeturar acerca de la naturaleza del principio curativo, tanto más, cuanto que el manjar ha sufrido una prolongada cocción y el principio terapéutico ha de ser termorresistente. Esa acción, inmediata y duradera, de una sola ingestión de un alimento cocido, hace poco probable que se trate de una hormona, una vitamina o un fermento.

La acción terapéutica podría explicarse de varias maneras:

1.º Acción directa sobre la mucosa gástrica e indirecta de vías biliares.

2.º Incorporación al organismo, una especie de "transfusión", de un principio indispensable para la normal composición de la bilis, cuya alteración puede provocar los espasmos dolorosos, que por ser recuperado en el proceso de absorción digestiva, tendría esa acción persistente al incorporarse al caudal de la circulación biliar enterohepática.

3.º Teniendo en cuenta el factor infeccioso de este proceso, una acción antiparasitaria, de mecanismo aun no conocido.

Más me inclino por ahora a creer, sobre todo a la vista de unas experiencias de laboratorio, que tengo en marcha y pronto serán publicadas, que se trata de una acción bactericida o bacteriostática; y que los espasmos causantes del dolor son provocados por toxinas o productos del metabolismo bacteriano de una flora anormal, suprimible o modificable por una sola ingestión de un principio contenido en el estómago de la vaca.

RESUMEN TERAPÉUTICO DE ACTUALIDAD

LA ESCOLIOSIS PARALÍTICA Y SU TRATAMIENTO (*)

R. ARGÜELLES LÓPEZ

Madrid

La escoliosis es una frecuente secuela de la parálisis infantil, cuya evolución ofrece una marcada tendencia a la progresividad, y cuyo tratamiento constituye uno de los más difíciles problemas de la cirugía ortopédica.

En la reciente estadística de COLONNA y VON SAAL (1941), la escoliosis se ha desarrollado en 150 de

quinientos enfermos de poliomiélitis, o sea, en el treinta por ciento.

Estos autores han revisado 500 casos de parálisis infantil, encontrando que en 45, o sea en el 13,5 por ciento, la parálisis afectaba a las extremidades superiores y de estos casos, 36, es decir, el 81 por 100 tenían escoliosis. En 435 pacientes, o sea, en el 87 por ciento, la parálisis afectaba a las extremidades inferiores, y en 96, o sea, en el 22 por 100, había escoliosis. En 157 casos, es decir, en el 31 por 100, la parálisis afectaba al tronco, y de ellos, 135, o sea, el 86 por 100, tenían escoliosis. El porcentaje más alto es, pues, el de la localización en el tronco; sigue el de la localización en las extremidades superiores y en último lugar en las inferiores.

La iniciación de la escoliosis pasa muchas veces

(*) Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía de Madrid el 8 de abril de 1943.