

periodos, sulfato de magnesia, felamina y calor. Hidroterapia en Cestona.

*Siete meses después.*—Ha tenido dos cólicos, muy fuerte el último, hace ocho días; el otro hace un mes. Pero desde hace dos días se encuentra francamente mal, y por ello viene decidida a operarse. Nota dolor permanente en epigastrio y C. l., que sólo cede a ratos con inyecciones calmantes; vómitos cuando ingiere alguna cosa, fiebre de 38 a 38,6. Estreñimiento.

Se explora la enferma, y nos encontramos con dolor intenso y contracción en epigastrio derecho y todo el C. l., sin que realmente se toque nada en los momentos que deja palpar; 37,6 grados y 94 pulsaciones.

Se acepta operación.

Diagnóstico: colecistitis subaguda litiasica.

*Operación (Dr. ABRIL).*—Anestesia local (no muy buena) por la obesidad de la enferma y las dificultades de la operación.

Laparatomía subcostal derecha bastante amplia. Nada más abrir peritoneo, me encuentro con un gran colecisto en forma de pepino, con algunas adherencias epiploicas, que se liberan.

Punción y aspiración para facilitar la operación.

Había dos cálculos enclavados en boca de cístico, el cual era de aspecto normal. Colecistectomía directa, que sangró bastante. Doble ligadura de cístico, que se protege con el ligamento redondo seccionado.

Entonces se exploran vías biliares, y nada anormal. Pero en seguida llama la atención la dureza y engrosamiento pancreático. Prolongo un poco a la línea media, la laparotomía. Coloco separadores y abro epiplón gastro-cólico, no fácilmente por la grasa, y me encuentro un edema pancreático visible, sin esteatonecrosis en las zonas de vecindad. Coloco un drenaje de gasa, previa decapsulación, en la zona más rojiza. Tubo y gasa en región subhepática, después de suturar con catgut el lecho vesicular, sulfamidotterapia intraabdominal (6 gr. de sulfatiazol).

*Curso posterior.*—Como a los tres días está apirética, retiro los drenajes. Continúo con la sulfamidotterapia intravenosa hasta el quinto día; a los once días se quitan puntos y a los catorce es dada de alta, en perfecto estado de curación (hace un mes y medio).

*Pieza.*—El contenido vesicular era pus y no muy cremoso. Había dos cálculos en la embocadura de cístico, el más próximo perfectamente encasquillado; el otro, facetado sobre el anterior. Paredes muy espesadas. Se hace una fotografía (Dr. ARRIBAS), que se acompaña.

#### COMENTARIOS.

Realmente, sólo merece insistir en la infrecuente coincidencia de los dos procesos agudos: colecistitis y pancreatitis. Esto es lo curioso del caso. No debemos entrar siquiera en pretender defender con este enfermo la teoría infecciosa en la patogenia de la pancreatitis. Grandes estadísticas y experiencia no lo han logrado, y hoy se debaten en rivalidad manifiesta la teoría canalicular y la vascular. Quedamos, pues, bien sentado el caso como una curiosidad y nada más.

Es lógico que al diagnosticar a la enferma todo nos llevase a la colecistitis subaguda litiasica; era lo que mantenía la sintomatología, y es más, en el acto operatorio nos pudo pasar desapercibida la pancreatitis, primero por el hallazgo vesicular, después la falta de esteatonecrosis, finalmente la adiposidad de la enferma, poco apta para palpar en su vientre a ciegas.

#### UN CASO DE RECUPERACION CARDIACA POR MASAJE SUBDIAFRAGMATICO DE LANE (\*)

*Gastroenterostomía por insuficiencia motora crónica de segundo grado.*

P. LUIS SICRE

"OBRA 18 DE JULIO". 9-XI-1945. H.º NM. 38.

L. C. P., diecisés años, de Jerez de la Frontera. Envío por médico de zona.

De pequeño, bien desarrollado y grueso, sin enfermedades dignas de mención.

Hace cuatro años comenzó a sufrir dolores en cuadrante superior izquierdo de vientre, que le obligaba a dejar el colegio y volverse a su casa. Estos dolores se le fueron acentuando progresivamente, aumentando su

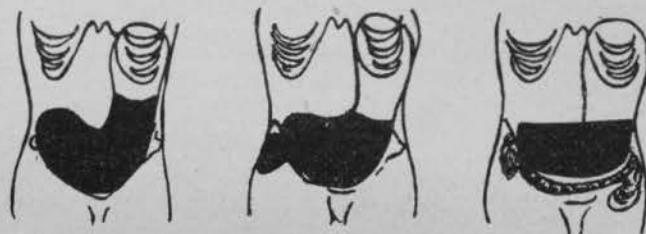


Fig. 1.—La imagen núm. 1 está tomada después de la ingestión de 130 gr. de la solución de bario, y demuestra una gastoectasia atónica con ptosis pronunciadísima, pues el fondo mayor del estómago descansa sobre pubis. La imagen núm. 2 corresponde a las cinco horas de la anterior. Persiste la misma atonia y gastoectasia, estando relleno el ciego. La imagen núm. 3 está obtenida a las veinticuatro horas de la primera; está relleno el ciego, colon descendente, colon transverso y primera porción de colon descendente, siendo necesario para ver el colon transverso levantar con la mano el estómago, que le cubre por completo y descansa sobre el pubis. El dibujo representa la forma y situación del colon transverso, previo levantamiento de fondo de estómago.

duración hasta tres y cuatro horas y a veces más. Después le comenzaron vómitos y se le quitaba el dolor con ellos.

En la actualidad lleva un año que no para de arrojar inmediatamente después de comer, si bien algunas veces lo efectúa a la media hora o tres cuartos de hora.

Ha consultado a varios médicos, y alguno le indicó

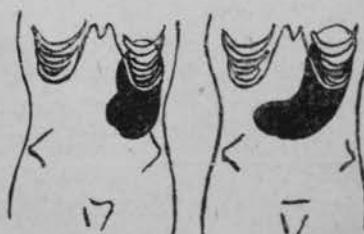


Fig. 2.—Estómago de tamaño y posición normales, con vaciamiento perfecto. Piloro normal.

desde hace un año que tenía que operarse, pero como estaba muy grave cuando se decidió a efectuarlo, tuvo que aplazarse para mejorar su estado, surgiendo posteriormente dificultades de otra índole, que han ocasionado nuevas demoras.

Acompaña el informe médico-radiológico siguiente:

(\*) Trabajo presentado al Congreso Hispano-Portugués de Urología. Madrid, junio de 1946.

Respiratorio y circulatorio, normales.

T. M., 11. T. m., 7.

Estrefimiento espástico.

Serología lúes, negativa.

Recuento de hemáticas (Dr. ESTADA CAMUÑE): Cantidad en milímetros cúbicos, 5.300.000. Recuento de leucocitos: Cantidad en milímetros cúbicos, 9.200. Fórmula leucocitaria: basófilos, 0 por 100; eosinófilos, 3 por 100; neutrófilos, 59 por 100; linfocitos, 30 por 100; monocitos, 8 por 100. Fórmula de Schilling: mielocitos, 0 por 100; metamielocitos, 1 por 100; núcleo en cayado, 1 por 100; núcleos segmentados, 57 por 100. Cantidad por milímetro cúbico: basófilos, 0; eosinófilos, 276; neutrófilos, 5.428; linfocitos, 2.760; monocitos, 736.

7 de noviembre de 1945.

*Diagnóstico radioscópico.* — Estrechez pilórica orgánica sin adherencias.

Jerez, 30 de octubre de 1945.

Ingresa en la Clínica "María Auxiliadora" el día 9 de noviembre de 1945.

Intervención, el 12 noviembre 1945. Dres. SICRE, ALCINA y LORENZO, y anestesista, Sr. Font Delgado.

Anestesia general. Cloroformo. Laparotomía media supraumbilical. Exploramos estómago y piloro, que no lo apreciamos estenosado ni indurado, y procedemos a efectuar una gastroenterostomía posterior Von Hake. Al terminar de efectuar la primera sutura seroserosa sobreviene un síntope blanco, que no responde a la respiración artificial de Mars-Hall, por lo cual se procede sin pérdida de tiempo a efectuar el masaje cardíaco subdiafragmático de Lane, por la misma abertura laparotómica, obteniendo prontamente una respuesta inmediata en cuanto a la recuperación del automatismo cardíaco, y continuando breves momentos efectuando la respiración artificial de



Fig. 3.

Mars-Hall y tracciones rítmicas de la lengua de Laborde, hasta obtener también la respuesta del automatismo respiratorio. Con muy escasas

gotas de anestésico administradas de tarde en tarde, se lleva a feliz término la intervención, que efectuamos muy rápidamente, obteniéndose un despertar rápido del enfermo una vez trasladado a su habitación.

En este caso es muy posible que el enfermo se hubiese también repuesto del síntope con la respiración artificial de Sylvester y con las tracciones de la lengua de Laborde, auxiliando las dos con cardiotónicos, pero aparte de la perturbación que supone en la interrupción de la operación, no cabe duda que en la recuperación se hubiese tardado más tiempo, lo cual constituye ya un valioso argumento para la rápida utilización del masaje cardíaco, tanto más cuanto en estos casos tenemos ya efectuada la vía de acceso.

El curso postoperatorio de este operado fué muy bueno, y salvo un vómito oscuro, negruzco, a la mañana siguiente,

que nos produjo alguna alarma, y un estado de mayor decaimiento al otro día, del cual se recuperó pronto con el tratamiento apropiado, pudo, con una alimentación precoz y bien tolerada, reponerse lo suficiente para poder obtener la fotografía que adjunta expongo, efectuada a los cinco días, o sea, el 17, y para que se le quitasen los agrafes a los siete días y pudiese ser dado de alta a los nueve días de operado, o sea, el 21 de noviembre de 1945.

Las últimas noticias que tenemos son que al mes se encuentra, o mejor dicho, continúa perfectamente, y que ha recuperado un kilo de peso.



Fig. 4.