

respondiente a una figura percibida se originaría conforme a leyes análogas a las que rigen la percepción de la forma, la cual constituye, hoy, el substratum en el que se apoya toda la psicología fisiológica contemporánea.

## BIBLIOGRAFIA

- LASLEY.—Coalescence of Neurology and Psychology (Symposium of recent advances in Psychology). Abril, 1941.  
 LASLEY.—Physiol. Rev., 13, 1, 1933.  
 LÓPEZ IBOR.—Rev. Clin. Esp., 7, 405, 1942.  
 Rev. Clin. Esp., 7, 407, 1942.  
 LORENTE DE NO.—Citoarquitectura, en Physiology of the nervous system, de Fulton, 1943.  
 WALSHE.—Para las ideas de JACKSON sobre la organización de la zona motora. Brain, 66, 104, 139, 1943.  
 WEISZÄCKER.—Der Gestaltkreis, Cap. II, 5. Die Ataxie. Leipzig, 1940.  
 WEISZÄCKER.—Cap. I del Trat. de Med. Int., t. V., de G. von BERGMANN.  
 WERTHEIMER.—Drei Abhandlungen zur Gestalttheorie. Erlangen, 1923; en donde se hallan los Experimentelle Studien über das Sehen von Bewegungen, que datan de 1912.

## SOBRE CIERTAS PARTICULARIDADES DE UNA PANCREOPATIA AGUDA NO DRA-MATICA (\*)

A. ABELLÁN AYALA y S. GARCÍA CONDE

Murcia.

El indiscutible alejamiento que todavía muestra el clínico en lo relativo al *drama pancreático de Dientzfeij*, pese a las ya numerosas publicaciones en tal sentido, sube de tono cuando se trata del problema de la *pancreopatía aguda no dramática o pancreopatía subaguda recidivante*. Puede decirse, sin cometer error, que los aspectos diagnósticos de esta frecuente, olvidada e importantísima afección están en los primeros pasos hacia su definitiva personalidad. Para colaborar en el perfilamiento de ésta, consideramos oportuno publicar el siguiente caso:

Señora de treinta y siete años.

**Enfermedad actual.**—La vemos por llevar veinte horas con un "cólico hepático fortísimo", y fundamentalmente por ser el dolor inobediente a tres inyecciones de un acreditado opiáceo.

La noche anterior, una cena fuerte y surtida de grasas. Al poco de ella, malestar de vientre, que no cede ni con el vómito provocado. La molestia abdominal, vaga en principio, siguió en aumento, y, ya de madrugada, se precisó en forma de franco dolor epigástrico, con irradiación a ambos hipocondrios—derecho con cierta preferencia—y zona escapular derecha. Entonces se calmó algo con una ampolla de pantopón. Pero a las cuatro horas reapareció el dolor con intensidad creciente e indiferente a los derivados del opio, lo que, repetimos, motivó nuestra visita.

Cierre abdominal. No vómitos.

La enferma se extraña de que repercuta el dolor en

hipocondrio izquierdo, basada en la "experiencia que, desgraciadamente, ya tiene de estos dolores".

**Antecedentes.**—Desde hace doce años, crisis dolorosas en epigastrio e hipocondrio derecho, algunas de ellas seguidas de fiebre moderada y tinte subictérico de conjuntivas. Una temporada de calma hasta de seis años. Último cólico, hace siete meses, y, como todos, obediente al opio y sin irradiación a la izquierda.

Genital: nada anormal. Gestación en marcha (sexto mes).

**Exploración.**—Regularmente nutrida. Muy intranquila; se queja continuamente; absorta en sus molestias, apenas con esta a nuestras preguntas. Facies sufriente, sin otros rasgos. No tinte ictérico. Punto supraorbitario izquierdo (++).

**Tórax:** No puntos dolorosos. Nada pulmonar. Tonos cardíacos puros, con 104 pulsaciones y sin otros datos en el pulso. T. a. = 12 — 6,5. Temp.: 37,3°.

**Abdomen:** Nada saliente a la inspección, salvo el abombamiento consecutivo a su embarazo. Invitada a precisar la zona del dolor máximo, sitúa su dedo, en primer lugar, a nivel del centro epigástrico, pero inmediatamente, como queriendo rectificar, lo lleva sucesivamente a ambos hipocondrios, y continúa deslizándolo de una a otra de estas zonas, terminando por confesar que "no sabe dónde le duele, pero que es por aquellos sitios...".

Vientre blando y con discreto meteorismo. El más leve intento de presionar en zona cística y epigástrica le provoca un vivo dolor.

No se aprecia ninguna anomalía en su útero grávido.

Zona cística (+++++) y sin hallazgos palpatorios. Punto epigástrico (++) . Zona del cuerpo de páncreas (++++). Zona subcostal izquierda (—). Zona costolumbar izquierda (MAYO-ROBSON): (—). Idem costolumbar derecha (RIVI-ZOIA): (+).

**Datos de laboratorio.**—Orina: amilasa, 2,048 UU-W.; glucosa y acetona (—); pigmentos biliares y sales biliares, (++++); urobilina (++++); albúmina, contiene 0,21 gramos por 1.000. Sedimento, anodino.

**Sangre:** Hematíes, 4.076.000. Leucocitos, 9.600. Bastonados, 16 por 100. Segmentados, 71 por 100. Linfocitos, 11 por 100. Monocitos, 2 por 100. Glucosa, 1,45 gr. por 1.000. Urea, 0,56 gr. por 1.000.

**Tratamiento.**—Ayuno absoluto. Nitroglicerina. Atropina. Efedrina. Suero glucosado. Insulina.

**Curso.**—A las veinticuatro horas: Iniciado el tratamiento, comienzan a atenuarse las molestias, con descansos crecientes interrumpidos por brotes de dolor mucho menos intensos. En el momento de verla lleva unas siete horas prácticamente sin molestias. Anímica. Persiste en su extrañeza de que esta vez el dolor llegase al "costado izquierdo". Sigue el cierre abdominal.

En nuestra presencia, un vómito espontáneo (el primero), arrojando más de un litro de líquido sin datos salientes (nos enteramos que tomó, por indicación propia, un conocido "alimento azucarado" y algo de seltz). Pulso a 144 y 39°.

**Abdomen:** Mitad superior, más abombada y tensa que el resto. Meteorismo. Se palpa fácilmente útero. No zona de hiperestesia. Cístico—sin defensa ni otros datos (++++). Zonas epigástrica y de cuerpo de páncreas (++++). Zona subcostal izquierda (MALLET-GUY) y costolumbar izquierda (+). Costolumbar derecha (++++).

A los dos días: Buen aspecto. Ha pasado un día sin molestias, durmiendo bastantes horas (antes no lo hacía). Persiste el cierre abdominal. Poco antes de nuestra llegada, un brote de dolor poco duradero y de intensidad media. Un vómito escaso antes de ello. Apirética; 140 pulsaciones, sin otra anomalía.

Orina: albúmina, contiene 1,47 gr. por 1.000; pigmentos y sales biliares (++++); urobilina (+); glucosa y acetona (—). Sedimento: abundantes leucocitos, cilindros granulados e hialinos y células renales.

Glucemia: 0,86 gr. por 1.000.

A los tres días: Está sin molestias. Apirética; 130 pulsaciones. T. a. = 13-8. Tres deposiciones espontáneas y

(\*) Comunicación presentada al V Congreso Nacional de Patología Digestiva y de la Nutrición. (Zaragoza, octubre de 1947.)

sin nada notable en ellas, salvo su abundancia. Orina bien. No vómitos.

Orina: amilasa, 128 UU-W.; albúmina, indicios; urobilina, indicios; pigmentos (+++); glucosa y acetona (+). Sedimento: Abundantes cilindros granulados. Glucemia, 0,90 gr. por 1.000. Uremia, 0,64 gr. por 1.000.

A los cuatro días: Sigue bien. Renace el apetito; 108 pulsaciones con 37,2°. T. a. = 11-6,5.

Punto supraorbitario izquierdo (++); zona cística (+); epigástrica (++); de cuerpo de páncreas (+); Mallet-Guy (—); Mayo-Robson (+ —); costolumbar derecha (++++).

Glucemia: 0,83 gr. por 1.000. Uremia, 0,62 gr. por 1.000.

A los cinco días: Sigue bien. Orina: amilasa, 16 UU-W.; albúmina, no contiene; glucosa y acetona (—); pigmentos biliares y urobilina (+); sedimento, anodino.

• • •

No es precisamente en una discusión diagnóstica donde creamos quepa anclar ahora. Una enferma con claro pasado colecistopático y que sufre un dolor epigástrico con irradiación izquierda, inobediente a los opiáceos y con otras particularidades clínicas de innecesaria repetición y tan elocuentes como éstas en el sentido de *pancreopatía simultánea a dolor colecístico*, junto a síntomas negativos en pro de cuadros afines, y todo ello fortalecido con una brutal hiperdiastasia, con una hiperglucemia insólita y con una uremia alta, no creemos, insistimos en ello, deje dudas en cuanto a su real naturaleza.

Lo que vemos interesante en estos momentos es resaltar las siguientes particularidades del caso:

1.ª La existencia neta de dos signos, sobre los que ya insistió uno de nosotros, sin encontrar precedente de ellos en la literatura. Nos referimos, de una parte, al hecho de no poder precisar la enferma un punto, o, por lo menos, una precisa zona de máxima molestia. El paciente de pancreopatía aguda, aun en el caso de experimentar un dolor tan acusado como el presente, al ser instado para que señale dónde radica su principal zona dolorosa, cree, en principio, poder hacerlo, pero inmediatamente se convence de la imposibilidad de ello. Desesperado, desliza su mano por la parte alta del vientre y termina confesando, con gran extrañeza, que no puede precisar más.

El otro signo a que nos referimos es la clara positividad del punto supraorbitario izquierdo, dato algo menos frecuente que el anterior, pero también claramente acusado en esta observación y de manifiesta utilidad para el diagnóstico clínico de las pancreopatías.

2.ª La ausencia de un claro dolor provocado en las zonas subcostal izquierda (Mallet-Guy) y costolumbar izquierda (Mayo-Robson). Semjantes zonas dolorosas, según propia y dilatada casuística de uno de nosotros, es sumamente raro que falten en la pancreopatía. Hasta ahora, las pocas veces que las hemos encontrado negativas fué en casos—pocos, insistimos—de moderada cuantía dolorosa espontánea.

Aquí, si reparamos en la envergadura del proceso, confesamos que tal modalidad nos llama la atención. Parece un poco extraño este silencio de la cola pancreática. Existe una peculiaridad: su avanzada gestación. ¿No pudiera ser que la nueva situación visceral creada por el útero grávido favoreciese la citada negatividad de estas zonas? Nos limitamos a exponerlo en espera de otras observaciones afines.

3.ª Un nuevo matiz curioso de este caso es el creado por su albuminuria y la alteración del sedimento que se perciben mientras el proceso pancreático da señales de vida. No se trata de un hecho nuevo. PIULACHS ya lo señala en su obra como expresión de una irritación renal. Ahora bien, la falta de novedad no supone frecuencia. Nosotros sólo lo hemos percibido en este caso, y en otro—visto con ZARCO—de pancreopatía verosíblemente palúdica, que también aportamos al Congreso.

Y aparte de su curiosidad, por lo poco frecuente, lo vemos de mención muy interesante, pensando en el problema de diagnóstico diferencial, que puede plantear una pancreopatía con una afección dolorosa del riñón izquierdo. Precisamente tenemos un caso—estudiado con J. MARTÍNEZ GÓMEZ—, donde la ausencia de hallazgos urinarios nos permitió cerrar un diagnóstico de lesión pancreática, moderadamente litigiosa por no mostrar hiperdiastasia.

4.ª Aunque al titular este trabajo hemos escrito “pancreopatía aguda no dramática”, sinceramente publicamos una falta de auténtica conformidad con esta designación para nuestra enferma. Es verdad que, obligados a buscar albergue en la taxnómica vigente, sólo hubimos de optar entre las dos formas de pancreopatía aguda, caracterizada, una de ellas—la genuinamente *dramática*—, por la existencia del cuadro tremendo de la *catástrofe abdominal* de Mondor, o la otra forma, llamada *no dramática*—o *subaguda* o *ligera*—, precisamente por formar el escalón inmediato inferior en gravedad, escalón donde faltarían el shock y el dolor horripilante.

Nuestra observación, a primera vista, carente de fisonomía genuinamente cataclísmica y, por tanto, no gozar de sitio en la modalidad trágica de pancreopatía, caería en la otra forma. Y no ocurre así. Por la intensidad de su dolor y su estado circulatorio, con proa al shock en muchos momentos, se encuentra realmente entre las dos variedades. Lo que viene a pñer de manifiesto, una vez más, la relativa realidad de que gozan las distintas modalidades de pancreopatía propuestas, y que si las aceptamos, debe ser a sabiendas de lo artificioso de la conducta, demostrado por la existencia de estos casos intermedios e incluso por la capacidad de los ejemplos extremos de pasar, cuando menos se piensa, a la variedad opuesta. Junto al caso más ligero—capaz de agravarse bruscamente—y el más dramático pudiendo modificarse favorablemente, existen estos tipos intermedios que contribuyen con los anteriores a que pueda afirmar-



se que toda pancreopatía aguda conspira contra nuestra seguridad pronóstica.

Y es que la verdad parece rondar esta suposición: Que sólo hay una pancreopatía aguda (o, casi mejor dicho, agudizada), la cual se nos muestra en un momento dado con una vis más o menos "dramática", pero sin que lo *momentáneo* suponga que así ha de ser lo *definitivo*.

En consecuencia: Cuando nosotros hablamos de contribuir al perfilamiento de la personalidad clínica de la forma no dramática de pancreopatía, más que "forma"—en el sentido "acabado" y rígido del cuadro—deberíamos decir el *momento*. Quede así anotado, mientras sigamos usando los términos usuales, e imperfectos, de la práctica actual.

## ULCERA PEPTICA Y EMBARAZO

(Comunicación de dos casos y revisión de la literatura.)

C. COLMEIRO-LAFORET

Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Municipal de Vigo. Jefe: Dr. C. COLMEIRO-LAFORET.

Los dos casos que sirven de base a estos comentarios han sido recogidos en un total de 2.325 historias obstétricas de nuestro Servicio, hospitalario y privado, hasta 1947. Los detalles más destacados de ellos son los siguientes:

Observación I.—Enferma de veintiocho años, a la que se ve en consulta con el médico de cabecera, que la asiste por melena profusa, que hace algunos días ha dado lugar a un cuadro alarmante de anemia aguda. Su hemorragia depende de una úlcera duodenal, diagnosticada clínica y radiológicamente en marzo de 1942 por el Dr. RUIZ MARTÍNEZ; en esa época estaba la paciente embarazada en tercer mes. Fué tratada con alcalinos, histidina y dieta, llegando a término su embarazo. Parto espontáneo, sin incidentes.

De nuestra primera exploración de esta enferma destacan los siguientes datos, en 21 de julio de 1943: Enferma pálida, que ha tenido cuatro partos espontáneos. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales sin valor, fuera de los citados. Menarquia a los trece años, con tipo menstrual 27/4. Última menstruación, en 12 de diciembre de 1942. No ha tenido abortos. No fué operada.

De su exploración resulta: Fondo de útero a 21 cm. (Titus). Foco de auscultación fetal positivo. Presentación cefálica móvil. Vientre con antiguas estrías. Varices en vulva. Tensión arterial 115/50 mm.Hg. En sangre: hematies, 3.030.000; hemoglobina, 63 por 100. Grupo sanguíneo "A". Serología de lúes, negativa.

Se juzga que, desde el punto de vista obstétrico, no hay problemas en esta enferma, y se prescribe una nueva exploración pasado mes y medio, quedando confiada su asistencia a su médico de cabecera.

10 de junio de 1944.—Viene la enferma a la consulta por amenorrea desde el parto anterior, que fué espontáneo; cria al hijo. Se encuentra que su amenorrea depende ahora de un embarazo en tercer mes. No tiene molestias gástricas. El duodeno, visto en radioscopia, es sensible,

pero no deforme. Este embarazo evoluciona ulteriormente sin incidentes obstétricos, pero tiene durante él tres intensas hemorragias intestinales, que requieren transfusión.

28 de abril de 1946.—Nuevamente embarazada. Fondo de útero a 21 cm. Ha tenido dos hemorragias intestinales, una en tercer mes de este embarazo y otra en el sexto. En esta fecha se encuentra, subjetivamente, bien de su afección ulcerosa. Radioscopia de duodeno; no se encuentra deformidad ni perturbación del tránsito de la papilla. En heces, reacción positiva para sangre. El embarazo evoluciona sin incidentes.

Observación II.—Enferma de treinta y dos años, a la que se ve en consulta con su médico de cabecera y otro colega, que la asisten por gastrorragia profusa, que depende de un úlcus de curva ura menor, diagnosticado, clínica y radiológicamente, hace ya año y medio. El estado de la enferma parece que ha empeorado notablemente hace dos meses, a pesar del riguroso tratamiento médico a que está sometida, dando lugar a repetidas hemorragias. Su médico interesa una exploración genital de la enferma.

En 13 de agosto de 1944 recogemos, entre otros, los siguientes datos. Enferma con aspecto anemizado. Antecedentes familiares y personales, sin interés especial. Menarquia a los trece años. Tipo menstrual 29/5. Dos partos espontáneos a término. No ha tenido abortos. No fué operada. El último parto fué en marzo de 1944, y actualmente amamanta al hijo. Amenorrea desde el parto, que la enferma atribuye a la lactancia. En sangre: hematies, 2.360.000; hemoglobina, 42 por 100; leucocitos, 8.100; tensión arterial, 105/60.

En su exploración genital se encuentra: antiguo desgarramiento de periné. Utero agrandado, globuloso, como correspondiente a un embarazo de diez semanas. Ninguna otra cosa destacable en sus genitales.

Los colegas que asisten a la enferma juzgan indicado el aborto, pues achacan al embarazo la agravación de su proceso ulceroso y las profusas hemorragias a que éste da lugar. No se acepta nuestra opinión de que la interrupción del embarazo no está justificada, ni siquiera el argumento de que, ya en pleno tratamiento de su úlcera, cursó, favorablemente, su embarazo anterior. En vista de esta disparidad de pareceres, perdemos toda relación con la enferma.

En enero de 1947 volvemos a ver a esta enferma. El motivo de esta nueva consulta es una infección ascendente, de origen gonocócico, que encontramos ya en fase de pelviperitonitis subaguda. Se hace un tratamiento conservador. Con motivo de esta nueva asistencia podemos reconstruir la historia anterior de la enferma, y así sabemos que, con ocasión del embarazo en que la vimos por primera vez, en 1944, se hizo un aborto, que evolucionó bien. A los seis meses del aborto, en vista del fracaso del tratamiento conservador y del empeoramiento de su afección gástrica, fué operada, fuera de aquí. Por lo que pudimos deducir de las referencias de la enferma y sus familiares, ya que del colega que la intervino no pudimos obtener ninguna información sobre ello, parece que se le hizo una resección de estómago por úlcera péptica antigua, de curvatura menor.

Es bien sabido que, en los tratados de Obstetricia y en la literatura ginecológica en general, se concede escasa o nula importancia al estudio de los trastornos del aparato digestivo, especialmente de estómago, en relación con el embarazo. El criterio vulgar de atribuir todas las molestias gástricas que pueda tener una embarazada a alteraciones peculiares de la gestación, está generalmente harto difundido, aun entre médicos, y muchos consideran inevitables y hasta sin valor ni significación patológica especial los síntomas de vómito, náuseas, sensaciones de ardor de estómago, pesadez, digestión penosa, etc., que