

infero-externo del agujero óptico, para su examen exacto. En este momento se hace funcionar el seriador y se obtiene la radiografía correspondiente, repitiéndose igual para la otra órbita, de tal manera que se quedan las dos impresiones en un chasis de  $13 \times 18$  cm.

La rapidez y la exactitud, unido al ahorro de placa y radiación para el enfermo, creemos son las ventajas de este método, por lo que hemos hecho esta pequeña nota para su divulgación.

#### RESUMEN.

Se describe un nuevo método para obtener radiografías del canal óptico por medio de un amplificador de imágenes.

#### SUMMARY

A description is given of a new method of X-raying the optic canal with the help of an image intensifier.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Es wird über eine neue Methode zur Herstellung von Roentgenbildern des Sulcus chiasmatis mittels Anwendung eines Bildvergrößerungsapparates berichtet.

#### RÉSUMÉ

On décrit une nouvelle méthode pour obtenir des radiographies du canal optique au moyen d'un amplificateur des images.

## NOTAS CLÍNICAS

### ECTOPIA PARCIAL GASTRICA POR HERNIA DEL HIATO

E. DOMÍNGUEZ-RODIÑO D.-ADAME.

Sevilla.

Hace mucho tiempo que estamos convencidos que el número de hernias del hiato que condicionan una ectopia parcial del estómago es mucho más elevado de lo que se piensa. Y también, hace ya unos años, que creemos que su diagnóstico ha dejado de ser un hallazgo radiológico, como ocurría en otras épocas. Buena prueba de ello la tenemos con las espléndidas aportaciones que se presentaron al V Congreso Internacional de Gastroenterología (Londres, 1956) y en el gran número de comunicaciones que sobre este tema recoge la literatura mundial de estos últimos años, siendo muy de destacar la monografía de WATTEBLEED<sup>1</sup>, en la que se dice que los 100 casos por él observados poseían una sintomatología subjetiva fácilmente de identificar como una hernia del hiato tan sólo por los datos recogidos en la anamnesis. Lo interesante del trabajo de este autor estriba, a nuestro entender, en que el diagnóstico se podía hacer antes de la confirmación radiológica. Esto reviste un excepcional interés. Como todos sabemos, la hernia del hiato no posee un cuadro clínico definido. Tiene, sí, una sintomatología activa en la que abundan dos signos muy llamativos como son la hemorragia y la disfagia. Pero éstos no siempre aparecen. Por lo tanto, lo único que es capaz de afirmarnos el diagnóstico de ectopia

parcial gástrica por hernia es la exploración radiológica. Ahora bien, muchas veces, en los casos de hernia que han sido una sorpresa que nos ha brindado la pantalla fluoroscópica, si a continuación les hacemos un minucioso interrogatorio, podemos comprobar—con la misma sorpresa—que el enfermo tenía síntomas perfectamente identificables con su hernia, los cuales no habían sido tenidos en cuenta a la hora de la anamnesis por el mismo enfermo, o también porque al momento de interrogar no habían sabido ser recogidos.

Así, pues, resumiendo, la hernia del hiato puede ser sospechada antes de la exploración radiológica, ya que posee matices clínicos que deben obligarnos a pensar en su diagnóstico desde el principio. Por otra parte, en los casos que su aparición se nos muestra como un hallazgo de los rayos X, un interrogatorio practicado posteriormente permite reconstruir, con toda perfección, el diagnóstico obtenido por la pantalla fluoroscópica, único medio exacto que poseemos hoy día para afirmar o negar la existencia de una hernia hiatal.

Sin embargo, a pesar de que, nosotros al menos, estamos convencidos de todas estas secuencias, hemos tenido ocasión de observar la siguiente historia clínica:

C. S. F., mujer de setenta y nueve años, viuda. Ha tenido tres hijos, los cuales viven en la actualidad. No tiene antecedentes familiares de interés y de los personales refiere unas molestias articulares sufridas hace varios años y diagnosticadas de reuma, si bien hace ya tiempo que no la molestan para nada. Los embarazos fueron completamente normales. No recuerda haber sufrido nunca ningún traumatismo. Su género de vida ha sido de la más absoluta calma, debido a la buena posición so-

cial que ha gozado de siempre. En realidad, como dice la enferma, es la primera vez que en su ya dilatada vida necesita de consultar a un médico seriamente. Jamás ha sufrido de hemorragias digestivas. Nunca ha tenido la menor disfagia. Ni molestias opresivas retroesternales. Nada. Es decir, como pueden presumir de antemano, a pesar de un amplísimo interrogatorio, con preguntas dirigidas abiertamente a un fin determinado, el resultado que se obtuvo fué negativo en absoluto.

La enferma consultaba debido a una ictericia que daba de veinticinco días antes. Había pasado, al principio, tres o cuatro con malestar general, anorexia y fiebre. Rápidamente había aparecido coluria, prurito e ic-

tericia de piel y conjuntivas. Cuando la observamos la primera vez decía que las orinas se habían aclarado algo y quizás la tinción de conjuntivas era menos intensa.

La exploración clínica fué negativa. Se trataba de una mujer delgada con un vientre que se dejaba palpar muy bien. La auscultación de tórax era negativa. Presiones arteriales de 14 y 8. Un examen de sangre dió:

Hematies por mm. c.	4.660.000.
Hemoglobina	98 por 100.
Índice de color	1,0.
Diámetro medio	7,30 micras.
Leucocitos por mm. c.	6.700.
Eosinófilos	0,00.
Neutrófilos en cayado	7,50.
Idem segmentados	49,00 por 100.
Linfocitos	35,40.
Monocitos	5,00.
Bilirrubinemia directa	1,45 mg. por 100.
Idem indirecta	1,30 " " "
Idem total	2,75 " " "
Reacción de Hanger	+
Idem de MacLagan	9 unidades.
Idem de Kunkel	11 unidades.
Idem del cadmio	++.

Doctor I. CAMACHO BAÑOS.

#### *En orina.*

Albúmina	Negativa.
Glucosa	Idem.
Acetona	Idem.
Pigmentos biliares	++.
Sales biliares	Negativa.
Urobilinógeno	++++.
Urobilina	++++.
Indice icterico	33 unidades Meulengracht.

Pero la sorpresa nos la deparaba la exploración radiológica. Al situar la enferma detrás de la pantalla radiológica para empezar el examen del tórax, nos encontramos sorprendidos porque delante de la imagen car-



Fig. 1.—Anteroposterior.



Fig. 2.—Oblicuo-derecha-anterior.



Fig. 3.—Decúbito supino.

diaca resaltaba otra, casi circular, dotada de movilidad y con todo el aspecto de una gran cámara gaseosa. Examinada con todo detenimiento en las diversas incidencias, pudimos comprobar que estaba situada por encima del arco del diafragma izquierdo, cuya cúpula, por otra parte, no presentaba ninguna anomalía ni en su contorno ni en su movilidad. La administración de papilla de barro nos puso de relieve que se trataba de una auténtica hernia del hiato que condicionaba una ectopia parcial gástrica. Las imágenes, bien demostrativas por cierto, pueden apreciarse muy bien en las tres radiografías que obtuvimos y que, como podrán ver, se comentan ellas solas. Por esta causa, nada tenemos que añadir que las mismas radiografías no nos lo digan de forma mucho más elocuente (figs. 1 a 3).

Establecimos el diagnóstico de hepatitis en regresión, y además el de que existía una ectopia parcial del estómago por hernia hiatal, aconsejando el tratamiento que creímos más oportuno.

El interés único que creemos ofrece esta comunicación es el de decirnos que todavía hoy puede seguir siendo un verdadero hallazgo radiológico y también que una vez diagnosticada puede hacernos pensar muchas consideraciones con respecto a su etiopatogenia, ya que en este caso, por la absoluta negatividad de síntomas y antecedentes, resulta un poco difícil de interpretar de acuerdo con las ideas que actualmente se tienen sobre aquel aspecto de este interesante problema.

#### BIBLIOGRAFIA

1. WATTEBLEED, R.—"A propos des hernies de l'estomach par l'hiatus œsophagiennes du diaphragme chez l'adulte". Tesis doctoral. París, 1953.

#### DEHISCENCIA DE LA ANASTOMOSIS EN LA GASTRECTOMIA Y SU ASOCIACION CON URTICARIA

M. MARINA VÉLEZ.

Médico Interno del Servicio.

Casa de Salud Valdecilla. Servicio de Aparato Digestivo.

Jefe: Doctor A. GARCIA-BARÓN.

Que nada es fruto de la casualidad y todo lo es de la causalidad, es un aserto que conserva su vigor en clínica como en todos los demás campos. Es solamente nuestra ignorancia de las causas lo que puede hacernos adoptar una cómoda salida, atribuyendo los hechos a la casualidad, sobre todo si su observación no es habitual, sino de tarde en tarde. Mas es probable que, si tuviéramos mejor memoria para recordar las causalidades, podríamos llegar a formar familias de ellas, con lo cual, si bien no siempre podremos descubrir la causa que las gobierna, estaremos en camino de encontrar afinidades que nos permitan entrever en qué dirección hemos de buscarla. Los casos clínicos que presentamos aquí son infrecuentes, solamente dos durante un

internado de tres años, en un Servicio en que se practica mucha cirugía gástrica. Fero al repetirse su presentación se transforma para nosotros en un hecho clínico, cosa muy distinta de lo que solamente hubiera podido ser casual coincidencia.

Enfermo S. C. C., de cincuenta y cuatro años, labrador, que acude por primera vez al Servicio de Urgencia el día 13 de agosto de 1954 con cuadro de perforación de cara anterior bulbar de ocho horas. En la intervención se hace simple cierre y el enfermo es dado de alta al catorce día postoperatorio. Reaparece en la consulta al año, manifestando que continúa con ardor de estómago a días sueltos, que cede con alcalinos; desde hace quince días, a diario, dolor y ardor de estómago, que aparece antes y después de las comidas, y cede con ingesta y menos con alcalinos. Se aconseja operación, que es efectuada por el doctor GARCIA-BARÓN, con anestesia escofedal-local. Se practica una gastrectomía Billroth I. La intervención resulta fácil, comprobándose en la pieza operatoria la persistencia del ulcer.

El curso postoperatorio es normal en los tres primeros días, pero en la tarde del cuarto día tiene un ascenso febril hasta 38°, aunque el enfermo no manifiesta nada de particular; en el quinto día, cuando el enfermo hace tomas pequeñas de leche y mosto, al toser notó dolor muy fuerte "en la herida al mismo tiempo que en bajo vientre"; el dolor fuerte "en la herida" duró cuatro minutos, pero el de hipogastrio continúa aún; el dolor no irradia a hombro. Tiene sudor frío y sensación de no poder respirar. Fatiga, pulso muy blando con 110 pulsaciones y tensión arterial de 10 máxima y 5 mínima. Temperatura, 37,8°. En abdomen no hay contractura ni defensa, pero existe bastante dolor provocado en mitad supraumbilical. Blumberg, ++. El vientre está timpanizado por igual, sin que haya ninguna zona mate; matidez hepática abolida. Le ha aparecido, casi de repente, edema de labios y urticaria por todo el cuerpo. A la hora, el dolor espontáneo es menos intenso, y el provocado, aunque por todo el vientre, es poco. Llama la atención que el vientre está blando; por lo demás, la exploración es igual, aunque el pulso ha descendido a 95 pulsaciones. Tres horas más tarde, la exploración continúa igual, a excepción de que la urticaria presenta ampollas y la temperatura ha subido a 39°.

A la vista de este cuadro pensamos en la existencia de una dehiscencia de la anastomosis, dehiscencia que nos explicaría el ascenso de temperatura, el dolor espontáneo y provocado, el colapso e incluso el rash urticarial, pensando nosotros que tal vez las proteínas de la leche, al irrumpir en la cavidad peritoneal, produjeran este cuadro urticarial, ya que el resto de la medicación (no se ponían antibióticos) es la que se usa sistemáticamente en las gastrectomías y nunca habíamos observado una urticaria. Esta hipótesis de la dehiscencia venía avalada por la elevación térmica del día anterior, que bien sola o acompañada del pulso, nos anuncia con frecuencia cuándo hemos de temer una dehiscencia, tal vez provocada por lo que NISSEN llama insu-