

neo. Este hecho sería, sin embargo, excepcional.

KORACH¹⁶ cree que no puede admitirse una vía única de extensión de los gases al tejido celular subcutáneo; su caso lo explica por digestión por el jugo gástrico derramado del peritoneo parietal en diferentes sitios, a través de los cuales pasa el gas del neumoperitoneo a tensión al tejido subperitoneal, y luego a través del intermuscular e intersticial, al subcutáneo; la fermentación del ácido butírico iría produciendo CO₂ y H₂ que irían penetrando por los tejidos.

Es posible que en algunos casos la propagación del gas por el tejido celular subperitoneal no progrese. Tal sucedió en el caso descrito por SOMOGYI²⁷ en un hombre de cuarenta y ocho años, que a causa de un cuadro abdominal agudo fué examinado radiológicamente, descubriendose al lado de las vértebras segunda y tercera lumbares, en el lado derecho, una imagen gaseosa del tamaño de una palma de la mano de un niño, de límites imprecisos y con un nivel. Se diagnosticó perforación retroperitoneal de un ulcus duodenal, que fué confirmada en la operación y autopsia.

RESUMEN

Se describe un caso, en una enferma con estenosis pilórica y gran ectasia gástrica, en que se presentó perforación de un ulcus yuxtagástrico ignorado, la cual se tradujo clínicamente por un gran enfisema subcutáneo de la mitad superior del cuerpo, con enfisema retroperitoneal y de mediastino anterior.

Se revisan otros casos de la literatura y se discute el mecanismo patogénico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 ACHMATOWICZ. — Ref. Z. Org., 73, 534.
- 2 BITTOLFF. — Münch. Med. Wschr., 82, 1928.
- 3 BARON, A. G. — Rev. Clín. Esp., 5, 231, 1942.
- 4 DEMARQUAY. — Cit. por KORACH⁽¹⁶⁾.
- 5 EICHORST. — Cit. por URRUTIA⁽²⁹⁾.
- 6 FRIEDRICH y POPOFF. — Cit. por KORACH⁽¹⁶⁾.
- 7 GEIGG. — Dtsch. Z. Chir., 121.
- 8 HAILES, W. A. — Med. J. Australia, 2, 538, 1921.
- 9 HAYS, G. L. — Surg. Gyn. a Obst., 43, 491, 1926.
- 10 HIMMELMANN. — Münch. Med. Wschr., 1567, 1932.
- 11 ITAMI. — Ref. Z. Org., 69, 492.
- 12 JUARISTI, V. — Arch. Esp. Enf. Ap. Dig., 10, 440, 1927.
- 13 JUDINE, S. — J. Chir., 38, 159, 1931.
- 14 KAPPIS. — Cit. por VIGYÁZÓ⁽³⁰⁾.
- 15 KILLIAN, H. — Pneumopathien N. D. Chir., vol. 60. Stuttgart, 1939.
- 16 KORACH, S. — Zbl. Chir., 54, 1.489, 1927.
- 17 KRESTOSKIJ. — Nov. Chir. Arch., 25, 612, 1932.
- 18 KUSSMAUL. — Cit. por KORACH⁽¹⁶⁾.
- 19 LAPOINTE, OKINCZYC, DUJARIER, DANTIN y BONNEAU. — Cit. por VIGYÁZÓ⁽³⁰⁾.
- 20 MONDOR, H. — Diagnostics Urgents (Abdomen). París, 1931.
- 21 NELLER, C. — Münch. Med. Wschr., 76, 534, 1929.
- 22 PODHALA, J. — Zbl. Chir., 53, 2.839, 1926.
- 23 POENSINGER. — Das subkutane Emphysem nach Kontinuitätsstrennung des Digestionstraktus, insbesondere des Magens. Tesis Estrásburgo, 1879.
- 24 PUIG SUKEDA, J. — Comunicación verbal.
- 25 RECKLINGHAUSEN. — Cit. por KORACH⁽¹⁶⁾.
- 26 ROGER. — Arch. Gén. Méd., 2, 129, 1862.
- 27 SOMOGYI, G. — Fortschr. Röntgenstr., 63, 221, 1941.
- 28 STEVENS. — Cit. por HAYS⁽⁹⁾.
- 29 URRUTIA, L. — Cuestiones gastroenterológicas, 2.ª serie, pág. 163. San Sebastián, 1931.
- 30 VIGYÁZÓ, J. — Zbl. Chir., 53, 1.627, 1926.
- 31 WEIL-LOUISEUR, E. — Bull. mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 35, 36, 1.415, 1920.

ROTURA AFORTUNADA DEL COLECISTO. CON FORMACIÓN DE UNA FÍSTULA VÉSICOINTESTINAL, AL INTENTAR RESOLVER MÉDICAMENTE UNA OBSTRUCCIÓN CALCULOSA DEL COLÉDOCICO

E. ENRIQUE SÁNCHEZ

Casillas de Coria (Cáceres)

Prescindiendo de toda revisión bibliográfica, inasequible a nuestros propósitos por las circunstancias ambientales en que nuestra actividad profesional se desarrolla (medio rural); y siendo, por otra parte, modesta la intención y finalidad que perseguimos con la redacción y publicación de esta nota clínica, nos limitaremos a hacer una sucinta exposición de los hechos clínicos, para llegar tras un brevíssimo comentario a la conclusión práctica que nos proponemos.

Siendo ya rara de suyo la rotura espontánea de la vesícula biliar con formación de fistula vésicointestinal (MOGENA cita un caso), estimamos que más raro aún debe ser dicho incidente con motivo de una terapéutica médica activa encaminada a resolver incurrantemente una litiasis del colédoco. He aquí nuestro caso:

HISTORIA CLÍNICA. — 10-I-1942. Somos requeridos a medianoche para prestar asistencia a una enferma afecta de un paroxismo doloroso abdominal. Se ha iniciado éste de manera súbita, durante el sueño. Dolor continuo con oleadas de intensificación en hipocondrio derecho, irradiaciones típicas hacia espalda, hombro y brazo del mismo lado; estado nauseoso, vómitos; gran palidez y sudoración; angustia extrema y gran excitación nerviosa. A causa de la extraordinaria hipersensibilidad de la enferma renunciamos a hacer una exploración detenida de puntos dolorosos, etc., comprobando, sin embargo, en examen somero, contractura muscular del cuadrante superior derecho y existencia de matidez hepática. Temperatura, 38,3°. P. hipoteno a 105'. Diagnósticos cólico hepático y prescribimos calor local y un espasmolítico inyectable.

C. Gómez, vecina de Beleña (Salamanca), 50 años. Enferma de constitución asténica, con palidez de piel y mucosas, tinte subictérico habitual, boca séptica y faringe enrojecida. Ha tenido cuatro embarazos y ningún aborto. Antecedentes familiares poco precisos y sin interés. Historia hepatobiliar anterior con cólicos repetidos y hace un año ictericia, que fué diagnosticada por el médico que la asistió de "catarral" y que persistió a lo largo de cuatro meses. Menopausia en la actualidad. Desequilibrio neurovegetativo con alteraciones predominantemente vagotónicas, que en alguna ocasión llevaron a la enferma a la consulta de especialistas.

11-I-1942. Aprovechando la relativa tranquilidad de la enferma procedemos a una exploración más detenida, comprobando dolor en los puntos cístico, epigástrico y frénico derecho; la vesícula, dolorosa a la presión, es palpable en forma de una tumoración dura de convexidad libre hacia abajo, móvil con la respiración y cuya macidez se continúa con la macidez hepática. Subictericia; no vómitos; orinas concentradas; gran postración y febrícula. Tras una tregua de dieciséis horas se repite el cólico y sucesivamente otros con carácter subintenso, siendo variables su intensidad y duración.

En días sucesivos, si bien no se repiten ya las crisis paroxísticas, se establece un verdadero "estado de mal", al tiempo que la enferma comienza a ponerse amarilla. Gran anorexia; adelgazamiento rápido. Oliguria, con orinas cada vez más pigmentadas; estreñimiento, heces acolíticas. Disminuye la fiebre y llega a desaparecer por completo Bradicardia.

16-I-1942. A partir de este día la ictericia comienza a aumentar intensamente y adquiere en dos o tres días un tono verdínico muy acentuado, sobre todo en el rostro. Aumenta

la oliguria y las orinas son ahora de un color caoba oscuro.
Diagnóstico. — Obstrucción calculosa del colédoco.

Tratamiento. — Antes de decidirnos a consejar la oportuna intervención operatoria nos tomamos una tregua expectante, que no pensamos, *a priori*, prolongar más allá de tres semanas. (Prescindimos de consignar para huir del pecado de la estéril prolifación, ciertas incidencias del curso de la enfermedad, que para nuestro objeto tienen un interés muy secundario, como asimismo el tratamiento sintomático.)

Transcurridos los primeros catorce días, el "estado de mal" persiste, pero los dolores son menos intensos; todo sigue igual en líneas generales y el termómetro acusa solamente unas décimas por las tardes. La enferma, que ha recobrado un poco el ánimo a favor de la calma relativa de la sintomatología más martirizante, rechaza de plano la intervención quirúrgica. En vista de ello nos decidimos a poner en práctica una terapéutica médica activa con vistas a la movilización y expulsión del colelito, según la siguiente pauta similar en sus fines a las preconizadas por VON BERGMANN, REICHER, etc.

25-I-1942. Tras la previa administración oral de un colestérino, inyectamos 2 c. c. de un preparado retrohipofisario, con el que se logra desencadenar un amago de cólico en el curso del cual se le dan a la enferma quince gramos de una especialidad granulada a base de sulfato de magnesia, y veinte minutos después, una cucharada de aceite de olivas. Los dolores han sido fácilmente soportados por la enferma a causa de su moderada intensidad.

26-I-1942. Agudización de los dolores, precisándose en algún momento recurrir a la administración de sedohipnóticos. Febrícula.

27-I-1942. Dolores; prurito; algunos vómitos. Febrícula.

28-I-1942. Estreñimiento (lleva dos días sin mover el vientre). Siguen los dolores; se agudiza el prurito y se intensifican los vómitos. Febrícula.

29-I-1942. La enferma está algo más tranquila; los dolores son más discretos y no tiene vómitos. Repetimos la misma táctica del día 25, aumentando algo las dosis, con lo que se logra desencadenar un violento cólico. Los dolores se hacen tan insuportables para la enferma, que nos vemos precisados a recurrir a la morfina. Cesan aquéllos al tiempo que la enferma experimenta una profusa sudoración, vómitos violentos e intensísimo prurito. Persiste el estreñimiento.

30-I-1942. La enferma mueve el vientre con gran dificultad, expulsando con las heces seis cálculos: dos del tamaño de una nuez, uno como una avellana y otros tres de volumen intermedio. (Los cálculos son facetados, con tendencia a la esfericidad; aristas redondeadas y fácilmente seccionables con un instrumento cortante poco después de ser expulsados; color grisáceo; estructura macroscópica uniforme, salvo alguna creación calcárea que pudo apreciarse en algunos.) Apirexia durante todo el día.

31-I-1942. Expulsión de trece cálculos idénticos a los del día anterior. Por la tarde nueva defecación acompañada de grandes esfuerzos y expulsión de dos grandes cálculos del tamaño de un huevo de gallina. A continuación, defecaciones muy amarillas y semiliquidas. Apirexia; algún vómito.

1-II-1942. Tres cálculos de tamaño intermedio y una deposición pastosa y amarilla. Apirexia; ningún vómito.

La enferma sigue moviendo el vientre todos los días, pero durante los cuatro días siguientes no expulsa ningún cálculo. Se calman los dolores y está relativamente tranquila.

6-II-1942. Expulsión de trece cálculos.

7-II-1942. Expulsión de nueve cálculos.

8-II-1942. Expulsión de once cálculos. T. axilar por la tarde 37.3°.

En los cuatro días siguientes, nada digno de mencionarse, a excepción de la febrícula, que persiste y aumenta, llegando a 38.3 grados.

13-II-1942. Deposición abundante y bien coloreada con algunos cálculos.

14-II-1942. Dolores fuertes en hipocondrio derecho. Orinas más oscuras. A la palpación vejiga perceptible y dura. (Probable obstrucción de la fistula vésicointestinal por interposición de algún cálculo de gran tamaño.)

15-II-1942. Expulsión de nuevos cálculos. No hay dolores; las orinas se aclaran; temperatura, 37.2 grados.

16-II-1942. Apirexia.

En días sucesivos merece consignarse únicamente algún pequeño cólico, acompañado de un síndrome obstructivo análogo al del día 14. De vez en cuando, expulsión de algún cálculo.

En los últimos días de febrero el estado general de la enferma sufre un descenso vertical: gran adelgazamiento, anorexia absoluta, vómitos, sialorrea, ardor en el vientre y gran intolerancia gástrica. La fiebre asciende rápidamente, pasa de 39° y va precedida de escalofríos. Las orinas se oscurecen y toman pronto un intenso tono negruzco, las heces son de nuevo arcillosas y blancuzcas y el prurito es intenso.

Se administra por vía oral una sulfonamida y la fiebre y los escalofríos ceden en seguida. Finalmente, con la expulsión de nuevos cálculos se resuelve definitivamente este último cuadro en los primeros días de marzo; cesan los vómitos, se apacigua el prurito, las orinas se aclaran y paulatinamente se van coloreando las heces. El estado general mejora, aunque lentamente. A partir de este momento la ictericia comienza a disminuir sensiblemente.

A mediados de marzo la enferma acusa solamente cierto malestar impreciso en vientre (ardores), dolor de cabeza a veces y astenia. Se mantiene el tratamiento con dieta hidrocarbonada, insulina e incidentalmente suero glucosado, como se viene haciendo desde primero de febrero y se inyecta, además, un preparado de hígado.

La enferma no vuelve a expulsar más cálculos, siendo el total de los expulsados noventa y ocho. Recobra poco a poco el apetito y entra en la convalecencia.

Hace casi un año que no vemos a nuestra enferma, pero, según nos informan, se encuentra perfectamente bien. Libre de toda clase de molestias, curada incluso de su distonía neurovegetativa, todas sus funciones se desarrollan dentro de la más absoluta normalidad y ha aumentado considerablemente de peso.

COMENTARIO Y CONCLUSIONES. — La interpretación patogénica del accidente inesperado, que el azar convirtió en solución feliz de una situación tributaria de la intervención del cirujano, es bien sencilla. Los cálculos alojados en la vesícula biliar habrían determinado con anterioridad una "atrofia por presión" (CASAS) y tal vez un proceso ulcerativo parietal; en una palabra, un punto débil, por el que fracasó la resistencia del colecisto al ser sometido a la violenta acción de la pituitrina. Por otra parte, el revestimiento peritoneal de la vesícula, afecto de una inflamación plástica reacional (pericolcistitis), contemporánea del proceso transformador de la pared y efecto necesario del mismo, permitió el establecimiento de adherencias entre la vesícula biliar y el intestino y en su virtud, pudo fraguarse la fistula vésicointestinal, que comentamos bajo los mejores auspicios.

A parte de la consignación que el caso merece por las excepcionales circunstancias y contingencias que concurren en él, nos interesa, principalmente, resaltar lo siguiente, como conclusión práctica de esta nota clínica:

1.º La terapéutica internista activa de la obstrucción calculosa del colédoco por medio de colequinéticos asociados y pituitrina es siempre una técnica peligrosa y audaz, que si bien puede conducir a resultados brillantes en algunas ocasiones, en otras puede dar lugar a verdaderos desastres.

2.º Habida cuenta de que la intervención quirúrgica dista mucho de estar desprovista de peligros y considerando, por otra parte, el gran porcentaje de recidivas de molestias y aun de verdaderos cólicos hepáticos después de la operación, se nos ofrece tal técnica como muy sugestiva en todos aquellos casos de obstrucción calculosa del colédoco, en los que por haber transcurrido las dos o tres semanas de espera (largo propuesto por los cirujanos HOTZ y ENDERLEN y aceptado por BERGMANN y ROSENTHAL) se hallan abocados al tratamiento quirúrgico. En estos

casos, como intento previo de solución prequirúrgica y en aquellos otros de categórica oposición del paciente a ser intervenido, debe estimarse preciosa su indicación, siempre que se practique en un centro quirúrgico y bajo la expectación armada del cirujano.

3.^o Finalmente, estimamos indicadísimo el proceder que comentamos en los casos de imperfecta in-

carceración del colelito exteriorizada por ictericia discreta e incompleta decoloración de las heces. Se trata, entonces, de cálculos susceptibles de ser removidos, cuya expulsión puede provocarse con el mínimo de riesgos y sin que nuestra responsabilidad salga malparada de esa pugna brutal que en ocasiones atosiga al práctico, colocándole en la encrucijada ética de una pasividad negligente y una ciega temeridad.

RESUMEN TERAPÉUTICO DE ACTUALIDAD

PROBLEMAS TERAPÉUTICOS DE LA ASTENIA

J. ROF CARBALLO

I

Si, a pesar de todas las objeciones que cabe hacer al nombre de astenia, denominación en realidad vaga, que sirve para rotular molestias de índole diversa, nos hemos decidido por su empleo, es porque creamos que con esta palabra se expresa mejor que con ninguna otra un problema que cotidianamente se presenta ante todo médico, el del paciente cuya queja fundamental es la de un cansancio general asociado con desgana para el trabajo y sensación de abatimiento tanto corporal como psíquico y en el que, después de minuciosamente explorado, no se encuentra motivo alguno que justifique estos trastornos.

De enfermedad moderna se la ha calificado y tal podría efectivamente pensarse al ver que en fecha bien reciente empieza a despertar un gran interés y a aparecer trabajos en que se procura estudiarla desde los más diversos puntos de vista. En realidad, incluso si prescindimos de los mil casos leves que jamás acuden al médico porque, aun aquejando con frecuencia la sensación de astenia, acierten a ordenar su vida en forma que ésta apenas afecta a su trabajo, es cada vez mayor el número de estos enfermos, que con las más variadas denominaciones, desde el de neurosis, estigmatización vegetativa, avitaminosis, etc., hasta el de enfermedades orgánicas más o menos imaginarias, pasan de uno en otro médico, sin encontrar alivio. En algunos casos la sensación de astenia es abrumadora y de singular persistencia. Son sujetos que, ya al levantarse por la mañana, sienten una inusitada fatiga, de la que no consiguen restablecerse en la mayor parte del día, que se pasan gran parte del tiempo acostados o que desempeñan sus ocupaciones de mala gana y con creciente agotamiento.

En otros la sintomatología es menos constante. Muchas veces son sujetos delgados, a veces en grado extraordinario o de constitución marcadamente leptosomática, pero no siempre ocurre así, y en oca-

siones aquejan sensación invencible de astenia enfermos de constitución atlética y, sobre todo, personas con una cierta tendencia a la obesidad. Debemos, sin embargo, no confundir estos últimos con el llamado por VOGELER y HUECK "status asthenicus-adiposus", el cual corresponde a otro orden de problemas y que, según el último de los autores citados, se caracterizaría principalmente por la desaparición de la función sexual.

De manera no siempre evidente a primera vista se descubren en algunos de los enfermos con astenia crónica indicios de marcada *labilidad vegetativa*, signos correspondientes, en parte, al llamado por ZONDEK y BANSI "prebasedow", por otros clínicos (VON BERGMANN) "estigmatización vegetativa", por FISCHER "diátesis vasoneurótica" y por HOCHREIN "distonía neurocirculatoria": manos húmedas y frías, dermografismo, fino temblor de dedos, expresión brillante de los ojos, en contraste con la fatiga que traducen el resto de las facciones, palpaciones, gran variabilidad de la frecuencia pulsátil, sudoración fácil, hipotensión, a veces estreñimiento, sensación de acidismo, en algunos casos marcada hiperclorhidria, opresión precordial, etc.

El rasgo fundamental es la *facilidad con que se fatigan ante esfuerzos poco considerables* y, sobre todo, la *dificultad con que se recuperan de la fatiga*. En rigor cabría hacer una distinción que en la práctica resulta harto sutil, entre "astenia" y "fatiga crónica". Con esta última denominación comprenden, tanto HOCHREIN como KEPLER, aproximadamente el mismo tipo de enfermo que, siguiendo a JAHN, calificamos de *asénicos*, aun sin corresponder a una constitución determinada. Preferimos esta denominación porque, en realidad, la fatiga, al menos dentro de sus límites fisiológicos, no es nunca una sensación penosa, con matiz depresivo, sino las más de las veces un estado que se aborda con ánimo sano, en muchas ocasiones incluso grato, bien por la proximidad del reposo que implica o porque anexo a él va la esperanza en un mejor entrenamiento futuro o en una mayor perfección de la labor o, sencillamente, la alegría del esfuerzo realizado. Por eso no consideramos acertado hablar de "fatiga crónica" para designar un conjunto de síntomas que divergen bastante de los del cansancio normal.