

## SUMMARY

Hypoglycaemia phenomena occurring after gastrectomy are studied from the clinical and experimental standpoints. Experimental studies were based on the technique and knowledge acquired by the writer in previous works on hypoglycaemia induced by duodeno-jejunal excitations.

Some comments are made on the differentiation between such phenomena and the dumping syndrome. This syndrome appears early after ingestion and its manifestations are of short duration. It is due to vegetative disturbances following intestinal distention. This is experimentally reproduced.

Hypoglycaemia appears late after ingestion and is regarded as a consequence of the power of that intestinal zone to provoke a fall of blood sugar on stimulation induced by certain chemical and mechanical factors.

## ZUSAMMENFASSUNG

Man untersuchte die hypoglykaemischen Zeichen beiden Patienten mit Magenresektion u. zw. vom klinischen und experimentellen Gesichtspunkte aus; fuer das experimentelle Studium verwandte man die Technik und Erfahrungen, die der Verfasser bei früheren Arbeiten über provozierte Hypoglykaemie nach Reizungen des Duodenums und Jejunums erworben hatte.

Ebenso macht man auf die Gefahr dieser

Symptome und die des "dumping" aufmerksam; man nimmt an, dass das letztere in bezug auf die Nahrungsaufnahme eher auftritt, von kürzerer Dauer ist und durch vegetative Störungen nach der Darmblähung erzeugt wird, was experimentell dargestellt wird.

Die Hypoglykaemie tritt in bezug auf die Nahrungsaufnahme später auf und man ist der Ansicht, dass sie eine Folge davon ist, dass diese Darmzone, wenn sie durch gewisse chemische und mechanische Agenten gereizt wird, fähig ist, einen Blutzuckerabfall hervorzurufen.

## RÉSUMÉ

On étudie les phénomènes hypoglycémiques après les résections gastriques au point de vue clinique et expérimental en employant pour cela la technique et les connaissances acquises par l'auteur dans d'autres travaux expérimentaux sur l'hypoglycémie provoquée après les excitations duodéno-jéjunales.

De même on compare la discrimination de ces phénomènes avec ceux du dumping, en considérant celui-ci de présentation plus précoce vis à vis de l'ingesta, de durée inférieure et produit par des troubles végétatifs après la distension intestinale, ce qui se reproduit expérimentalement.

L'hypoglycémie est plus tardive vis à vis de l'ingesta et on la considère consécutive à la capacité de cette zone intestinale une fois excitée par certains agents chimiques et mécaniques pour déclencher une descente du sucre hématurique.

## NOTAS CLINICAS

## HIDATIDOSIS SUBCUTANEA

J. MORA LÓPEZ.

Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Civil de Larache (Marruecos).

Es de sobra conocido que en la hidatidosis las formas que constituyen el porcentaje más elevado son las hepatopulmonares, pudiéndose considerar como más raras las demás y, algunas de ellas, como las de localización en el tejido celular subcutáneo, verdaderamente excepcionales.

El caso que presentamos fué diagnosticado en principio de lipoma, siendo, por tanto, la intervención la encargada de sacarnos de nuestro error y darnos el verdadero diagnóstico.

La enferma a que hacemos referencia, M. A., de cincuenta y nueve años, casada, notó por vez primera la presencia de un pequeño abultamiento desde hace algo más de un año, situado a nivel del triángulo de Scarpa derecho, inmediatamente por debajo de la arcada crural. El crecimiento de la tumoración fué lento, quedándose estacionario unos tres meses antes de su ingreso en mi Servicio. Le ocasiona escasas molestias y desea ser intervenida más que otra cosa como problema de tipo estético.

La exploración nos muestra una tumoración del tamaño aproximado de una naranja pequeña, situado a nivel del triángulo de Scarpa, inmediatamente por debajo de la arcada crural, redondeada, de paredes lisas no lobuladas, de consistencia elástica y adherida a los planos profundos. La piel que la recubre es completamente normal, deslizándose fácilmente sobre la tumoración. La exploración de los demás aparatos es normal. Se la prepara en la forma acostumbrada, y se practican los siguientes análisis: Eritrocitos, 4.020.000; leucocitos, 5.600; velocidad de sedimentación, primera hora = 55 mm.; fórmula leucocitaria: eosinófilos, 1;

cayados, 0; segmentados, 51; linfocitos, 42; monocitos, 6; urea en sangre, 0,493; glucosa en sangre, 0,955; orina: glucosa y albúmina, negativos. No pensamos realizarle ninguna de las pruebas especiales para la hidatidosis. La intervención se realiza bajo anestesia local—procaína al 1 por 100—, infiltrando los planos. Se incinde longitudinalmente la piel a nivel del tumor, y por debajo de la misma se aprecia la tumoración. Se comienza el aislamiento de ésta, y al verificar una maniobra de despegamiento incruenta, se desgarró y ante nuestra sorpresa sale abundante y transparente líquido hidatídico típico. Se agranda el desgarro y se logra extraer completa la membrana prolígera, que en su interior tiene una pequeña vesícula hija (figura 1). Se continúa la intervención con la extirpación en

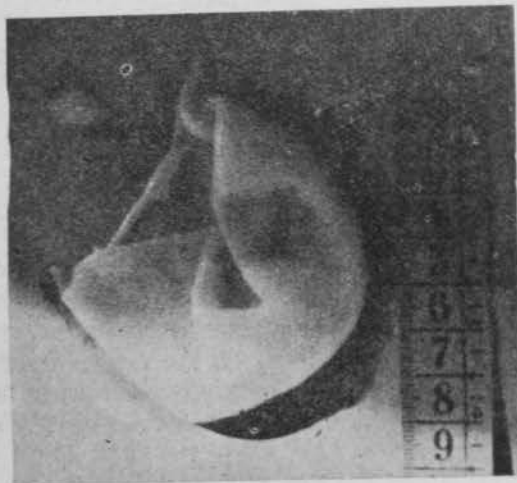


Fig. 1.

bloque de la adventicia periquística, que se halla adherida íntimamente en su fondo a la aponeurosis, ligando al mismo tiempo una colateral de la safena interna que se hallaba englobada en el fondo. Se sutura la piel y se deja un drenaje de crines. La evolución postoperatoria fué normal, pero algo prolongada por infección parcial de la herida, siendo dada de alta, curada y con una buena cicatriz (fig. 2). Como medida preventiva, antes de ser dada de alta se le practicó una radioscopia de tórax, no pudiéndose apreciar ninguna sombra sospechosa, tanto en los pulmones como sobre la sombra hepática.

La localización del quiste hidatídico en el tejido celular subcutáneo es verdaderamente rara, presentan LÓPEZ-NEYRA y SOLER PLANAS, en su estadística sobre 1.584 casos de hidatidosis en toda España, solamente 16 casos (uno de ellos imprecisado) con localización en el tejido celular subcutáneo y linfoideo, lo que representa un porcentaje del 1,01 por 100. M. GARCÍA PORTELA, en su estadística de 152 casos, encuentra 3 casos de localización en el tejido celular subcutáneo y músculos, con un porcentaje del 1,97 por 100, y en la estadística de GREENWAY (1922), referente a 2.740 casos operados en Buenos Aires en el espacio de diez años, no localizan ningún caso en el tejido celular subcutáneo, ocurriendo lo mismo con las de MADELUNG, PEIPER y DEVE. En cambio, en la de NEISSER la encontramos en una proporción del 1,30 por 100, y en la de YVANISSEVICH da un porcentaje del 2 por 100 para las localizaciones subcutáneas.

Entre la casuística española, como más interesantes y parecidos al caso que presentamos podemos citar el de ESQUERDO (1870), en la ingle; el de MESA MOLES (1929), en el triángulo de Scarpa izquierdo con adherencias a la femoral, y por último, el de TORNELL y DARGALLO, en la región crural, y que catalogan de localización muscular, subaponeurótica. Estos últimos autores, en su trabajo, citan otros casos similares recopilados por DAVINE y pertenecientes a mediados del pasado siglo, y que son los de WERNER, inguinal; el de ED. HAUM, casi idéntico; el de GUYON; el de MASON; el de BERTHERAND, y algunos otros.

La localización en el tejido celular subcutáneo nos demuestra la gran difusión que puede alcanzar el equinococo y su extensa diseminación por vía hematógena. Las oncosferas, al atravesar el filtro hepatopulmonar, pasando al corazón izquierdo y a la gran circulación, se extienden por todas partes, no existiendo, como dice bien LÓPEZ-NEYRA, órgano alguno invulnerable para la equinocosis, y de aquí que también pueda afectarse el tejido celular subcutáneo en sus más variadas localizaciones, desde el cuello, pasando por la espalda, hueco popliteo, región inguinal, región subclavicular, etc. Al pasar los embriones de las oncosferas al pulmón, según TORNELL y DARGALLO, sólo lo hacen en el 10-15 por 100, habiendo sido ya retenido el resto por el hígado. De este tanto por ciento el pulmón retiene el 80-90 por 100 de los embriones, que por él circulan, quedando solamente un 3-4 por 100, que burlando la barrera originan localizaciones extrapulmonares.



Fig. 2.

Los síntomas los podemos considerar como muy poco expresivos al no tener un carácter definido y particular. Por regla general el enfermo no acusa ninguna molestia, o si ésta se presenta, es de poca intensidad, y ocurre generalmente, como sucedió en nuestro caso, que el enfermo acude al cirujano más bien con el fin de hallar una solución estética que por las molestias que le pueda acarrear la tumoración. Casi siempre se trata de una tumoración redon-



deada, lisa o abollonada, fácilmente movilizable y en parte adherida a los planos músculo-aponeuróticos. La piel posee caracteres normales y es fácilmente deslizante sobre la masa tumoral. El crecimiento generalmente es lento, pudiendo, sin embargo, ser muy variable, ya que, según LEXER, es necesario medio año, aproximadamente, para constituirse un quiste del tamaño de una avellana, y en cambio LOZANO registra un caso de dos quistes hepáticos cuyo desarrollo se operó en dos años. En nuestro caso la enferma notó la aparición de su tumoración hace algo más de un año, y en cambio en un caso de quiste gigante de pared abdominal publicado por nosotros, necesitó más de doce años de evolución para alcanzar su gran tamaño.

Por consiguiente, el ser sus síntomas tan poco característicos y originar con cierta facilidad confusión con otras afecciones, nos hace suponer las dificultades que puedan surgir para establecer su diagnóstico exacto. Dichas dificultades no son de índole exploratoria, toda vez que en muchos casos la tumoración es fácilmente explorable por ser superficial, sino más bien consecuencia de su rara localización, que no nos hace pensar en él precisamente.

Son numerosas las afecciones que con localización topográfica similar al caso que presentamos nos pueden confundir. Entre las mismas citaremos en primer lugar el lipoma, que precisamente fué la causa de nuestro error diagnóstico, muy similar en la exploración y capaz de originar confusión, hasta el extremo que TORNELL y DARGALLO afirman que son de un parecido tan grande, que si las reacciones biológicas resultan negativas, el diagnóstico es imposible. También hay que tener en cuenta los abscesos fríos, las hernias musculares, las adenitis, los tumores, hidroceles, hernias y otras enfermedades que lo simulan y son de más fácil diagnóstico.

Indudablemente que podemos contar como ayuda para obtener el diagnóstico correcto con algunas pruebas de indudable valor, tales como la eosinofilia, la reacción de Cassoni y la de Weinberg, entre las más interesantes.

La eosinofilia no se puede considerar como prueba patognomónica, ya que por ejemplo, en el caso que presentamos, como en el que también publicamos de quiste hidatídico de la pared abdominal, no arrojaban en la fórmula leucocitaria nada más que un porcentaje del 1 por 100 de eosinófilos. De todas maneras es muy variable dicho porcentaje según diversos autores; así, para TANTURI es del 50 por 100, para AUGUIER y CHOQUET es del 74 por 100, para LÓPEZ-NEYRA y SOLER PLANAS su gama es tan variable, que puede oscilar desde un 75 por 100 hasta el 12 por 100, sin que llegue a sorprender que en otros casos pueda ser sólo de un 2-3 por 100; TORNELL y DARGALLO indican que la eosinofilia no es muy intensa, 5-10 por 100, pudiendo llegar en ocasiones hasta un 50 por 100. Al

paso que para unos es específica, la realidad es que también puede presentarse en otras múltiples afecciones, y en caso de que exista, este signo es más bien de orientación junto a los demás síntomas, para llegar al diagnóstico exacto. Ahora bien, la eosinofilia es positiva para algunos cuando alcanza el porcentaje superior a un 3 por 100; en cambio, para otros, como BARNETT, tiene que ser superior a un 50 por 100; para LEHMANN, un 4 por 100. En 22 casos estudiados por M. GARCÍA PORTELA, sólo en un 36,3 por 100 de ellos las cifras eran superiores al 3 por 100, y, por último, LOSCERTALES no concede un valor a la eosinofilia de un 3 por 100, pues posiblemente por influencias de tipo alérgico ambiental es corriente observar porcentajes de hasta un 5 por 100 de eosinófilos en individuos completamente normales. La reacción de Cassoni proporciona resultados más seguros, siendo positiva en gran porcentaje de casos, oscilando su positividad, según diversos autores, entre el 75 y el 99 por 100. Aunque siendo muy sensible, puede ser causa de error, pues para TORNELL y DARGALLO es factible el hallazgo de reacciones positivas de esta prueba en otros procesos, como en el cáncer de pulmón (A. PURSELL y ANDREU, del Servicio de Tisiología del doctor ROSAL) y otras afecciones, y la negatividad de los quistes hidatídicos operados, nos hacen pensar que la valoración de dicha reacción sea cuidadosa y origine, por consiguiente, causas de confusión.

Por último, respecto a la reacción de Weinberg, podemos manifestar que tiene un valor bastante constante que oscila, según M. GARCÍA PORTELA, en las distintas estadísticas entre un 50 a un 90 por 100.

En resumen, la negatividad en todas las pruebas expuestas, así como la falta de eosinofilia, no nos autoriza a desechar un diagnóstico de quiste hidatídico, ya que dichas pruebas no son completamente específicas y puede existir una hidatidosis sin que aquéllas sean positivas.

\* \* \*

El pronóstico es benigno en general, en primer lugar, por su localización, y en segundo lugar, por la escasa compresión que sobre otras estructuras pueda ejercer.

El tamaño de los quistes en su localización subcutánea es variable, pero ordinariamente alcanzan el de una naranja o mandarina. Según TORNELL y DARGALLO, en los quistes de localización muscular la tumoración no forma un quiste único por regla general, sino varios de igual o desigual tamaño dentro de una sola adventicia o adventicias separadas. En nuestro caso sólo existía un quiste único, formado por una sola vesícula madre, con abundante líquido típico de agua de roca, y con una vesícula hija pequeña, no presentando signo alguno de sufrimiento y rodeado de su adventicia correspondiente.

El tratamiento es eminentemente quirúrgico; si se puede se debe proceder a la quistectomía total; si se incide el quiste siempre es posible la extirpación total de la adventicia.

## BIBLIOGRAFIA

- DAVAINE, C.—Traité des Entozoaires et des Maladies Vermineuses de l'homme et des animaux domestiques. Cit. TORNELL y DARGALLO. París, 1887.  
 GARCIA PORTELA, M.—Quistes hidatídicos del pulmón. Madrid, 1942.  
 HOSSELMANN, G.—Kirschner Nordmann, t. II.  
 IVAN-SSEVICH, O., y R. C.—Equinococosis hidatídica. Cit. TORNELL y DARGALLO.  
 JUARISTI, V. y ARRAIZA, D.—Mundo Médico, 6, 25, 1927.  
 LÓPEZ-NEYRA, C. R., y SOLER PLANAS, M.—La equinococosis en España. Madrid, 1944.  
 LOSCERTALES, F.—Rev. Clin. Esp., 6, 2, 1942.  
 LOZANO, R.—Estampas de equinococosis. Ed. Científ. Méd., 1933.  
 LOZANO, R.—Equinococosis, quistes hidatídicos. Cit. TORNELL y DARGALLO. Madrid, 1931.  
 MATHAN, P.—L'échinococcose herniaire. Cit. TORNELL y DARGALLO. 1930.  
 MORA LÓPEZ, J.—Rev. Clin. Esp., 31, 2, 1948.  
 MUNRO.—Cit. W. W. KEEN, t. III.  
 MOST.—Cit. MUNRO, en idem.  
 PIAGGIO BLANCO, R. A., y GARCÍA CAPURRO, F.—Equinococosis pulmonar. El Ateneo, Buenos Aires, 1939.  
 REPETTO, R. L.—El Día Médico. Cit. TORNELL y DARGALLO. Buenos Aires, 1935.  
 RODRIGUEZ VILLEGAS, R.—Clin. y Lab. Cit. TORNELL y DARGALLO. Noviembre 1925.  
 TORNELL, L. G. y DARGALLO REVENTOS, J. — Med. Clin., 13, 1949.

## LA INTERPOSICION HEPATO-DIAFRAGMATICA DEL COLON

L. MASJUÁN.

Clinica Universitaria del Prof. JIMÉNEZ DÍAZ.  
 Departamento de Rayos X.

Antes de la publicación por CHILAUDITI sobre la interposición hepato-diafragmática del ángulo derecho del colon, alteración que es conocida con el nombre de este autor, fué HEISTER el que, en 1754, dió una descripción post-mortem de los órganos en caso de desplazamiento hepático. A lo largo de las publicaciones ha sido siempre este aspecto considerado desde diferentes puntos de vista, y parece prevalecer la idea de que sólo en los casos que coexiste en un enfermo con dispepsia de cualquier título, es achacado a "la Chilaiditi" la causa de toda o de parte de la sintomatología del cuadro clínico. Viene a confirmar esta tendencia los recientes trabajos de A. C. WYMAN, donde sus casos están sacados de hallazgos casuales al hacer radiografías de tórax en masa en película de 35 mm. en la Marina de los Estados Unidos, sin que posteriormente al interrogar a estos individuos encontrase ninguna alteración del tracto digestivo, siendo sujetos totalmente normales.

La causa de "la Chilaiditi" ha sido achacada a varias razones, siendo quizá la más verosímil y

que más partidarios reúne, la de la hepatoptosis. Es indudable que la relajación del ligamento coronario del hígado, que es en sí el principal dispositivo de fijación y suspensión, y por otro lado, la presión abdominal, hacen que en cualquier movimiento brusco el lecho abierto entre hígado y diafragma pueda ser ocupado de manera anormal por el colon (CHILAUDITI, KOLJU). (En nuestro caso III es indudable que el desplazamiento producido por un quiste hidatídico fué la causa de la interposición cólica.) LAUREL considera, sin embargo, que la atrofia del hígado juega un papel muy importante, mientras que otros autores atribuyen al trabajo físico y los traumatismos del abdomen la etiología de esta alteración. WEILAND, teniendo en cuenta la frecuencia con que esta anomalía aparece coexistiendo con enfermedades del tracto gastrointestinal y especialmente con la úlcera gástrica perforada, cree que la inflamación del ligamento hepato-duodenal provocaría el desplazamiento del hígado y permitiría de esta forma la interposición de la flexura hepática, idea ésta reforzada por KOLJU, en que, de los 27 casos de su estadística, 16 tenían alteraciones concomitantes demostrables del aparato digestivo, los cuales incluían 3 neoformaciones malignas del estómago, 2 úlceras gástricas y 9 casos de gastritis.

Desde el punto de vista radiológico, hay que hacer resaltar el problema que plantea la interposición del colon entre hígado y diafragma cuando concurren en enfermos con dolor abdominal agudo por cualquier causa. Entonces el diagnóstico diferencial con la perforación de una víscera presenta serias dificultades al descubrirse la existencia de una cámara gaseosa en la parte alta del hemiabdomen derecho, que algunas veces la rapidez del examen hace que sea en las intervenciones quirúrgicas de urgencia donde se diagnostique que la cámara gaseosa era el colon.

Fué LENK en 1916 el primero que dió valor a los rayos X para el diagnóstico de las vísceras perforadas en las heridas de vientre, y ha sido más tarde LE WALD el primero que se ha ocupado de las colecciones gaseosas bajo el hemidiafragma derecho por perforaciones de la úlcera duodenal, y posteriormente las comunicaciones de KELLOGG, CASE, DOHM, DANDY, COPHER y otros, los cuales también publicaron casos de neumoperitoneo espontáneo después de úlceras pépticas o tíficas perforadas.

Al comprobar a radioscopia una cámara de aire subdiafragmática, tendremos que pensar en primer lugar si ésta es la consecuencia de una perforación. Otras veces encontraremos en ella un nivel, el cual podemos, sacudiendo al enfermo, ver agitarse, en cuyo caso pensaremos en un absceso subfrénico o supradiafragmático, siendo éstos de más frecuente localización en el lado derecho (MOORE, PANCOAST, FUSSER y ELIORSON). En el caso de que la causa de esta