

lesiones miliars ni plásticas en el resto del abdomen. Resección amplia (2.40 mts.) de la zona de íleon y ciego afectas; anastomosis términoterminal a boca cerrada. El examen histológico corrobora asimismo lesiones fímicas.

Curso perfecto.

Tercer caso: enferma de 42 años con historia de suboclusión desde hace dos meses, que se intensifica cada vez más; ningún antecedente específico. Se practica igual tratamiento que en los casos anteriores encontrando en la intervención seis zonas de estenosis anulares a lo largo del íleon, sin ninguna otra lesión. El mismo tratamiento y curso que los anteriores y corroboración histológica de las lesiones.

Hacen unos comentarios sobre la etiopatogenia de esta afección; de las vías de entrada de la infección (directa a través de la mucosa, o por vía hemática); hacen resaltar la poca frecuencia de tales lesiones específicas intrínsecas sin ir acompañadas de otras lesiones linfangíticas ni miliars, así como la frecuencia de tales lesiones en mujeres jóvenes; hacen resaltar que en dos de los casos se trataba de formas probablemente primitivas intestinales. Diferencian las lesiones, macro y microscópicamente, de las producidas por la enteritis regional o enfermedad de Crohn.

Justifican el tratamiento seguido: por el carácter oclusivo de las lesiones; por la carencia de lesiones en actividad que pudieran por tanto generalizarse, y por los resultados perfectos obtenidos en los tres casos en que las enfermas no han acusado en lo más mínimo la importante resección.

Observan la importancia indudable que en estos resultados ha tenido la intubación intestinal con aspiración continua a que se ha sometido a las enfermas, así como los demás medios de preparación habituales en estos enfermos (hidratación y restablecimiento del equilibrio electrolítico, sulfamidoterapia intestinal, vitaminas, etc.).

Nuestro criterio en las neoplasias del recto

Dr. SOLER ROIG

SE refiere el conferenciante a su propia estadística con casos operados hace ya 24 años, que demuestran que este tipo de neoplasias es curable y hace una crítica de los métodos excesivamente conservadores con referencia a su reciente visita a los Estados Unidos.

En este país se han erigido en reseccionistas unos grupos universitarios que, a ultranza; practican la resección en las neoplasias aun bajas, basándose en un principio que ha sido hasta hace poco considerado artículo de fe la falta de propagación hacia abajo de las neoplasias (WESHUES), pero ha podido verse que también las neoplasias se propagan hacia abajo y ello ha

hecho que los paladines de la resección, entre otros GARLOCH, con un número alto de resecciones, 240, haya ya vuelto sobre el asunto declarándose descontento de los resultados de la resección en determinadas circunstancias; asimismo hemos visto que les ha ocurrido a muchos autores: WANGENSTEEN, ROSSI, de Chicago; MAC NEALY, etc.

Nosotros pensamos que la posibilidad de la resección hace que podamos ofrecer al paciente un método conservador y somos partidarios definitivos de este método cuando la neoplasia se halla por encima de los 15 cm. del ano, en otro caso la amputación por el método de Miles, creemos que es la operación de elección y nuestros resultados son muy brillantes tanto en cuanto a resultados inmediatos como tardíos.

Presenta a continuación una película en color obtenida en el Servicio, muy buena, en la que se pueden ver todos los tiempos de la intervención, con toda claridad, y en la que se muestra la técnica de MILES, además de unos casos operados con un aparato protésico colector muy cómodo, de plexiglas, que permite una vida social correcta a los operados.



Úlcera péptica del divertículo de Meckel

Dres. J. PUIG SUREDA y J. VILAR BONET

EL divertículo de Meckel, resto del cabo intestinal del conducto onfalo-mesentérico existe en un 1-2 por 100 de la especie humana. No obstante, en solo un muy pequeño porcentaje de casos es responsable de situaciones morbosas, que pueden deberse a la aparición de úlceras con sus complicaciones (hemorragia, perforación), de inflamación (diverticulitis), de infarto, de fístulas congénitas, o adquiridas, o de neoplasias; además puede actuar como agente de oclusión intestinal y también invaginarse.

Se refieren los comunicantes a la histología del divertículo de Meckel, a los estudios sobre secreción de ácido clorhídrico y pepsina por parte de fístulas umbilicales y a la analogía de la úlcera meckeliana con la úlcera yeyunal postoperatoria.

Refieren la siguiente historia clínica, resumida:

Enfermo de 13 años, remitido el 5 de mayo de 1949 por el doctor Genevert Monrroset a la Clínica Médica A. de la Facultad de Medicina (profesor A. Pedro Pons), para que se procediese al diagnóstico etiológico de unas melenas que había padecido.

Los antecedentes familiares eran abrumadores por lo que a la enfermedad ulcerosa se refiere (abuelo, padre y un tío paterno).

Enfermedad actual: El paciente, que nunca había acusado ardor ni dolor epigástrico, presentó el 11 de septiembre de 1948, y de manera súbita,