

grafía (colangiografía del 27-1-47) como imágenes típicas de espasmo en la vía principal y cística.

PUIG-SUREDA. — Duda, como el doctor PINÓS, de que se trate de una estenosis fibrosa primaria; la atribuye, con grandes probabilidades, a cálculo y hace notar la sospechosa imagen en pata de cangrejo que hay en la colangiografía mencionada.

Rechaza la idea del espasmo sobreañadido, pues una pared fibrosa no se contrae, y añade la experiencia de diversos autores que prácticamente nunca han logrado imágenes de espasmo de la vía principal, en estudios experimentales ni clínicos.

La enorme dilatación del hepático es un hecho automático siempre que hay un obstáculo distal, aun sin hiperpresión.

La localización del proceso a coledoco, la atribuye a la región linfática autónoma que rige esta zona y que desagüa en el llamado «ganglio de la confluencia».

La indicación de una derivación interna era ya clara en la primera intervención y en todos los casos con preferencia por las anastomosis entre la vía principal y el duodeno. Dice que «tanto peor está el enfermo, tanto más interesa la desviación interna». En este caso, teniendo en cuenta la caída de la tensión, etc., de la primera intervención, la conducta fué correcta.

ARTIGAS. — Opina que la sospechosa imagen de cálculo de la colangiografía, no lo es en absoluto, y niega toda posibilidad de cálculo.

Cree que la ictericia tardía y el v. d. Berg bajo, se explican por la existencia de una vesícula sana.

BADOSA. — Dice que no hay que olvidar que un Curvoiser positivo y sangre en duodeno, deben hacer pensar en una neo de la pápila de Vater.

GALLART-ESGUERDO. — Cree que es de interés una nueva colangiografía tardía.

VILAR BONET. — Recuerda un caso parecido de fibrosis localizada a la porción distal del coledoco, en que no se hallaron cálculos.

GALLART-MONÉS. — Cree que lo más probable es que se trate de una coledocitis calculosa con cálculo coledocal primitivo. Puede tratarse de una neo. La conducta que siguió fué la correcta.

A propósito de la fístula gastroyeyunocólica

Dr. GALLART-MONÉS

Sesión del día 10 de abril de 1947.

Motiva la comunicación la observación reciente de cuatro casos de fístula gastroyeyunocólica, que anteriormente habían sido catalogadas de procesos diversos que nada tienen que ver con tan grave lesión (colitis, insuficiencia suprarrenal, avitaminosis, insuficiencia pancreática, disbacteriosis, enterohepatopatía, etc.). En cualquiera de ellos, el diagnóstico se hubiera hecho fácilmente, si como nuestra Escuela practica de un modo automático, frente a los datos suministrados por el interrogatorio, no hubiera dejado de hacerse nunca el examen radiológico por enema, que en ninguno de estos casos se practicó. El examen por vía oral, en estas cosas, como muchas veces sucede, no era suficientemente demostrativo.

Todo enfermo que después de una operación de estómago tiene trastornos intestinales, hay que explorarlo por enema, y si éste no da imagen gástrica evidente, extraer jugo gástrico con la sonda y tratar de comprobar en el mismo la presencia del bario administrado por enema; a veces pasa, pero en tan poca cantidad que es por este procedimiento únicamente como puede evidenciarse.

Siempre que en un operado se presente diarrea que alterne con estreñimiento y distensión abdominal, debe eliminarse ante todo la posibilidad de la existencia de una fístula gastroyeyunocólica. Todos los casos presentados, menos uno, eran de enfermos previamente gastroenterostomizados; el restante se le intervino de gastrectomía.

DISCUSION. — PRIM. — Se refiere a diversas técnicas quirúrgicas, en la intervención de la fístula gastroyeyunocólica, resaltando las cifras tan alentadoras de éxitos actuales, comparadas con las que se obtenían hace relativamente poco tiempo.

GARCÍA PAREDES. — Refiriéndose al diagnóstico erróneo con que se etiquetan estos enfermos y que el comunicante ha puesto en evidencia en sus cuatro casos,

llama la atención sobre el hecho de que muchas veces se toma el efecto por la causa. Es muy probable que el enfermo que estaba diagnosticado de insuficiencia suprarrenal, tuviera efectivamente una hipofunción de esta glándula, pero no primitiva, sino secundaria a la lesión gastroyeyunocólica. A este respecto, cita un caso demostrativo de insuficiencia suprarrenal carencial (avitamínica) por falta de absorción intestinal, en un enfermo de fístula gastroyeyunocólica.

PIÑÓS. — Considera que a veces es difícil en los primeros momentos del cuadro de fístula gastroyeyunocólica, que suele evolucionar a «pousés», el diagnóstico.

Cree tiene mucha importancia en el examen por ingesta el encontrar síntomas de perivisceritis, y la dilatación del asa eferente.

RAMENTOL. — Estudia la sintomatología clínica y se refiere especialmente al tipo del dolor.

CANALS. — Se refiere a los casos que cursan con muy poca o casi ninguna sintomatología y estudia los síntomas radiológicos que suelen obtenerse por ingesta.

Algunas consideraciones relativas a la apendicitis senil aguda

Dr. J. PRIM

Sesión clínica del día 24 de abril de 1947.

La apendicitis aguda en las últimas décadas de la vida entraña una mayor mortalidad que en la infancia y en los adultos. Ello depende de las siguientes causas: 1.^a La menor resistencia de los enfermos a la infección y a la intervención quirúrgica; 2.^a La mayor proporción de apendicitis gangrenosas; 3.^a A que la sintomatología es tanto más velada cuanto mayor es la edad del enfermo.

Un examen cuidadoso del enfermo puede mejorar el pronóstico, al basar un diagnóstico precoz y practicar la intervención quirúrgica antes de que la apendicitis se complique, limitándose la intervención a la práctica ideal de una apendicectomía.

Frecuencia.—La apendicitis aguda es poco frecuente cumplidos los cincuenta años.

En un período de cinco años (1941 a 1945) hemos asistido a 740 apendicitis agudas, habiendo encontrado 25 enfermos a partir de esta edad, lo que da una proporción de 3,37 por 100.

De 1 a 50 años	715	(96,62 %)
De 51 años en adelante	25	(3,37 %)
De 51 a 60 años	13	(1,75 %)
De 61 a 70 años	8	(1,08 %)
De más de 71 años	4	(0,54 %)

No hay duda que la apendicitis aguda es más frecuente en estas edades de lo que demuestran estas estadísticas, pues hay casos que no se diagnostican y que curan espontáneamente, y, por tanto, se inadvierten. Asimismo hay casos letales no diagnosticados, atribuyéndose la muerte a otra enfermedad.

Anatomía patológica.— En los 25 casos observados por nosotros, encontramos:

Apendicitis simples, 5.

Apendicitis supuradas, no perforadas, 1.

Abscesos apendiculares, 1.

Apendicitis gangrenosas, no perforadas, 10.

Apendicitis gangrenosas, perforadas, 8.

La apendicitis aguda senil suele evolucionar bajo la forma de apendicitis gangrenosa. Nosotros la hemos observado 18 veces, o sea, en un 72 por 100, proporción mucho mayor que en los jóvenes y adultos y ligeramente mayor que en los niños.

Ello es debido a varias causas, siendo la más importante la índole vascular, ya por alteración de las paredes de los vasos, ya por trombosis de la arteria apendicular con la consecuente gangrena masiva del apéndice.

La gangrena apendicular va seguida generalmente de perforación; si no se interviene precozmente, encontraremos afectada la cavidad peritoneal. En 18 apendicitis gangrenosas, hemos encontrado 8 perforaciones.

Esta complicación, depende: a) de la gravedad de la infección; b) de la importancia del vaso arterial ocluido; c) del plazo transcurrido desde el principio de la enfermedad hasta la intervención quirúrgica.