

la falta de precisión en los datos clínicos nos haga sospechar un proceso periviscerítico.

El examen radiológico es el método más seguro para llegar a su diagnóstico. El conjunto de pruebas radioscópicas y radiografías nos permitirá demostrar si existen deformaciones cecales persistentes, si hay fijeza a la palpación y si la zona dolorosa coincide con la deformación, etc.

Tumores inflamatorios del ciego

De todos los tumores inflamatorios del ciego, el más corriente es el tuberculoma cecal. No obstante, existen tumores inflamatorios de naturaleza no específica que por su aspecto casi siempre se confunden con el tuberculoma, con el carcinoma, la actinomicosis, etc., y éstos son los tumores inflamatorios cecales que vamos a describir.

En nuestra Escuela hemos tenido la oportunidad de observar dos casos correspondientes a las formas descritas en los libros: la tumoral y la estenosante. La tumoral fué presentada por GALLART ESQUERDO en una sesión clínica y publicada posteriormente en la «Revista Española de Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición». La estenosante es un caso estudiado y seguido con el doctor VIDAL-COLOMER de estrechez en la porción inicial del colon transversal, cuyo origen obedece a un proceso supurativo del maxilar inferior.

Etiología. — No hay duda de que la apendicitis aguda no tratada adecuadamente es la enfermedad que con mayor frecuencia da lugar a tumores inflamatorios. Pero los casos vividos nos demuestran que existen tumores inflamatorios sin una apendicitis y hay que aceptar otras puertas de entrada.

Sintomatología. — Fué descrita con todo detalle por GALLART ESQUERDO en el trabajo anteriormente citado.

Radiológicamente en las tumorales el calibre del ciego está disminuído, llamando la atención sus defectos de repleción, la irregularidad de sus contornos y su fijeza. En los estenosantes cabe su diferenciación con las estenosis cancerosas y los espasmos intestinales.

Sesión clínica del día 26 de junio de 1947

Sobre el cardiospasma

DRES. E. IRAZOQUI RAMENTOL y V. ARTIGAS

El comunicante plantea el problema diagnóstico y terapéutico del cardiospasma. Según expone, en determinados casos de cardiospasma, los síntomas clínicos que presenta el enfermo no quedan explicados con referirlos a un espasmo del cardias. El médico, en general, en una actitud mental preconcebida, se acerca al enfermo dispuesto a ver sólo los vómitos y los fenómenos subjetivos de la obstrucción esofágica. En muchos casos, empero, puede recoger el médico toda la sintomatología subjetiva del lenguaje «gastrocardial» (molestias digestivas, palpitaciones, algias precordiales, disnea psicógena, etc.) y del lenguaje encefálico (cefaleas, vértigos, astenia). En estos enfermos, si el médico quiere comprender los vómitos, los esfuerzos para deglutir y el cardiospasma, no lo conseguirá colocando el espasmo el esófago en el centro de la patogenia del cuadro clínico. En primer lugar, puede tenerse un cardiospasma sin absolutamente ninguna sintomatología clínica (descubrimiento ocasional en un examen radiológico). En segundo lugar, puede tenerse toda la sintomatología del cardiospasma sin que éste exista. Por fin, en tercer lugar, en las remisiones clínicas obtenidas, sea con la intervención quirúrgica, sea con el dilatador, o sea con psicoterapia, no existe nunca una modificación de la imagen radiológica del espasmo del cardias. Estos hechos demuestran que el cardiospasma no explica el cuadro clínico. Debe haber algún otro factor que se sobreponga al espasmo para dar toda la sintomatología. El mismo factor que explica toda la sintomatología gastrocardial y encefálica. Un factor que explique: que por vía sugestiva modifiquemos el cuadro clínico; que un enfermo vomite sólo

cuando está en casa y no cuando come invitado fuera de ella, sin modestia alguna; que explique, en definitiva, el por qué la operación de Heller en bastantes casos no da ningún resultado y el que en estos mismos casos el psicoterapeuta obtiene una remisión clínica. Este factor es el psíquico-personal. Existen casos de cardiospasma en los que el tratamiento funcional, el trastorno de regulación que hay que aceptar en todos estos casos queda desde el primer momento al servicio de un fin personal. El espasmo y toda la sintomatología expresan una estructura neurótica. No comprendemos la dinámica de esta enfermedad, si no vemos al enfermo. En el enfermo, la enfermedad, la neurosis, es anterior al espasmo y al resto de síntomas. En estos casos no se vomita porque existe el espasmo, sino porque existe la neurosis anterior al espasmo.

La indicación terapéutica no puede venir dada por el mero hecho de descubrir un cardiospasma. El diagnóstico no puede limitarse a esto. El médico tiene que aclarar si está ante un trastorno meramente funcional, interpretación puramente fisiológica, o si este trastorno funcional es la expresión de una neurosis. En este último caso, la intervención quirúrgica estará como tal, condenada al fracaso. A continuación presenta el comunicante dos casos de pacientes afectos de cardiospasma intervenidos en los que se había practicado la operación de Heller, sin obtener ningún resultado y recuperados totalmente gracias a un tratamiento psicoterápico. Ante este problema no debe admitirse una actitud ecléctica respecto a la indicación terapéutica. En la neurosis espasmodizante del esófago debe intervenir el psicoterapeuta. La indicación quirúrgica debe reservarse a aquellos casos que por el largo tiempo de evolución han pasado de la fase de neurosis a la de biosis y de ésta a la de esclerosis. Naturalmente, en estos casos cabría discutir el tipo de intervención que por sí misma fuera verdaderamente eficaz. En los dos casos presentados, los enfermos totalmente recuperados continúan con la misma imagen radiológica y con su cardiospasma, pero sin la menor sintomatología clínica.

Sesión clínica del día 3 de julio de 1947

Coleperitoneo postoperatorio

DR. A. LLAURADÓ, GIMÉNEZ SALINAS y ANFRÉS

Exponen los comunicantes sus observaciones de coleperitoneo en enfermos operados en el Servicio del Prof. Puig-Sureda.

Una de las causas más frecuentes de irrupción biliar en la cavidad peritoneal es el fallo de la ligadura del cístico después de una colecistectomía, ya por haber sido deficientemente practicada o porque exista un cálculo en el coledoco que ha pasado desapercibido en la exploración quirúrgica.

En las anastomosis biliodigestivas puede darse también el paso de gran cantidad de bilis a peritoneo libre por fallo de la sutura en las primeras horas después de la intervención, cuando la paresia intestinal y por lo tanto la duodenal, no ha podido hacer presión negativa sobre las vías biliares.

Han podido observar C. P. en lesiones del coledoco que han sido suturadas sin drenaje y en otras que han pasado desapercibidas en el curso de gastrectomías por úlcus duodenal.

El cuadro clínico es el de shock peritoneal por irrupción rápida de bilis en irritante en la cavidad abdominal, facies peritonítica, pulso hipotenso, vientre de madera, etc.

Debe de hacerse el diagnóstico por comprobación de la existencia de bilis en peritoneo libre, retirando unos puntos de la sutura de la laparotomía y explorando la cavidad abdominal.

Exponen los diferentes hechos experimentales sobre perros, practicados por distintos autores, y creen que la gravedad del cuadro que presentan los enfermos es debida a la acción tóxica de los ácidos y las sales biliares, así como de la irritación de los plexos nerviosos abdominales.

Proponen como medida para evitar esta complicación el dejar siempre drenaje