

SEUDO-QUISTES HEMATICA DEL PANCREAS

POR EL DR. CASTRO VILLAGRANA.

A propósito de un caso clínico que voy a tener el honor de presentaros, viene a la mente el capítulo interesantísimo de los traumatismos, especialmente contusiones que puede sufrir el vientre, en su porción alta, donde su contenido visceral tan variado hace los problemas de diagnóstico, pronóstico y terapéutica, de una complejidad muy difícil de resolver, en ocasiones. En efecto, la cercanía o contigüidad de órganos que son cavidades, con la de aquellos, (hígado, bazo o páncreas), que son llenos y la de otros que son sólo conductos para el traslado de líquidos necesarios, (como los conductos biliares) y la riqueza anatómica de sus elementos en relación con sus variadísimas a la vez que correlativas funciones, riqueza de irrigación sanguínea o de inervación, de elementos glandulares y sus productos; serosa que en esta zona tiene exaltadas las propiedades del peritoneo, entre otras v. g. la de absorción, muy superior a la que hace o puede hacer el peritoneo pélvico; todas en fin, estas circunstancias variadísimas y coexistentes, hacen que la complejidad de los problemas causados por las contusiones en el vientre sean de extrema dificultad para el clínico.

Recordar que las contusiones en el hipocondrio derecho, si son muy intensas, pueden producir desgarraduras en el hígado, un estallamiento o ruptura en los canales biliares, (lesiones estas que afortunadamente son más raras) que todas obligan a una laparotomía de urgencia y que si en el lado izquierdo y de gran intensidad, un traumatismo puede causar lesiones similares en el bazo, que pueden indicar una esplenectomía; y si en el epigastrio la ruptura del estómago o duodeno, que ponen al cirujano en frente de dos de los grandes problemas en el vientre, tales como la

hemorragia y la infección que es fácil de presentarse. Y en el páncreas, las contusiones con desgarraduras de sus canales y sus vasos sanguíneos, acaso, no nos presentan problemas cuya resolución debe ser rapidísima, así sea que no exista un diagnóstico íntegro, ya que pueden existir lesiones correspondientes a una pancreatitis simple o hasta un cuadro en el que lo dominante sea una abundante hemorragia interna?

Y quien hace memoria de todo esto que puede presentarse a propósito de contusiones en el vientre alto, debe recordar por el interés quirúrgico que entraña; que al lado de casos en los que sin diagnóstico preciso y con el fin de completarlo y curar, hay muchos otros casos en que la urgencia para intervenir ha pasado, bien porque primitivamente no vimos al paciente o porque sus condiciones no lo permitían y el cuadro es más bien el de la secuela del traumatismo, verbigracia: entrañando el problema fundamental y más difícil de resolver en el vientre, quiero decir el de las adherencias y junto a este problema tantos cuadros sindrómicos tan bien estudiados o definidos, tales como: estenosis pilórica, peri-gastroduodenitis, pancreatitis, o lesiones similares en las vías biliares, fistulas, etc.

Ya decíamos que el interés quirúrgico de los traumatismos en el vientre alto y el de sus consecuencias, estriba en los variados problemas de diagnóstico, evolución y terapéutica y cómo la base fundamental de ésta es un buen diagnóstico; cabe recordar las dificultades que en estos casos se presentan y cuál de los métodos para llegar a él, puede ser más frecuentemente utilizado. En nuestro enfermo, como se verá después, todo podría haber hecho afirmar un padecimiento gástrico, por el sitio del traumatismo, en el epigastrio, por las hematemesis, (perfectamente comprobadas por su abundancia, color, etc.), que se presentaron poco tiempo después de producido aquel; por los vómitos de alimentos, en ocasiones inmediatamente después de las comidas y otras, pasada una o dos horas, por el dolor en el epigastrio, relacionándose a veces con la hora de las comidas y otras veces sin ninguna relación; pero con los caracteres siempre de lo que viene llamándose colalgia. En fin, a todo esto se añadían algunos caracteres radiográficos del estómago, que después mencionaré y que juntos todos hubieran hecho admitir el diagnóstico de una estenosis pilórica de origen traumático o bien una úlcera

y sus consecuencias cicatriciales; en fin un padecimiento gástrico per se. Cuando nuestro enfermo se decidió a ser tratado, el estudio que de él habíamos hecho, nos convenció una vez más, de la frecuente sintomatología gástrica, sin lesiones principales en él, o al menos de la existencia de cuadros gástricos con los de padecimientos serios o graves, que se hacen ostensibles clínicamente por escasa sintomatología y que corresponden a órganos vecinos del estómago. En efecto, el dolor que se encuentra típicamente en la úlcera del estómago, puede encontrarse en tantos padecimientos, sin que ella exista, es decir, el término celálgia de connotación más amplia y de caracteres clínicos definidos, tiene denotación más limitada ya que por ejemplo, en nuestro caso, en que existía un padecimiento fuera del estómago, muy distinto de una úlcera; existía el dolor que también se encuentra en muchos otros padecimientos. Todo esto nos revela lo que ya conocemos; pero que es útil recordar; sufren del estómago, quienes están enfermos de él, como los que padecen del hígado o vías biliares, o páncreas, o de un sinnúmero de lesiones de los órganos situados en el vientre alto y que puedan al propio tiempo ser de origen traumático. Todo lo cual nos lleva a establecer que en los casos anteriores, poquísimas veces nos encontraríamos con datos positivos, cuyo estudio minucioso nos llevara al verdadero conocimiento y que debe conformarnos el método de eliminación, como camino lógico para conocer la verdad. Con los antecedentes y el examen radiológico de nuestro enfermo, pudimos convencernos de que si bien, en el estómago había un padecimiento, no era ahí donde radicaban las lesiones principales; puesto que su función aunque perturbada, no era completamente interrumpida, ya que el barío pasaba al intestino evacuando el estómago, en un lapso de tiempo que es normal. No se trataba de lesiones hepáticas, ni probablemente biliares, porque no había síntomas para afirmarlos y aún algunas de las pruebas de funcionamiento, tales como la de la impermeabilidad hepática para el azul de metileno revelaban un buen funcionamiento. En suma, en nuestro estudio íbamos desechando como sitios del principal padecimiento de nuestro enfermo, el estómago y el hígado y teníamos en cambio tumor en el epigastrio, sin contornos precisos por la palpación; aunque de forma regular, casi esférica, sin prolongaciones a los hipocondrios ni menos hacia abajo,

donde a partir de la cicatriz umbilical, nos llamaba la atención un vientre normal. Continuar relatando cómo fuimos eliminando elementos de diagnóstico después de haberles dado su valor, sería muy prolongado y con lo anterior, es en mi concepto suficiente a guisa de explicación para informar cómo el diagnóstico de muchos padecimientos del vientre alto, sobre todo cuando originariamente fueron producto de un traumatismo, necesita hacerse por eliminación. esta eliminación que se hace principalmente en casos de padecimientos agudos, y que frecuentemente se continúa durante la verificación de una laparotomía exploradora terapéutica, tiene su primordial aplicación en los padecimientos del páncreas y entre ellos especialmente en los cuadros de la llamada pancreatitis aguda hemorrágica, lesión y padecimiento cuya gravedad es perfectamente conocida, así como también en el diagnóstico de los quistes o pseudo-quistes del páncreas, llamados según su naturaleza: hemáticos o no.

Ya que hemos recordado, por una parte el interés quirúrgico de los traumatismos en el vientre alto, la coexistencia de manifestaciones clínicas con lesiones muy disímolas y la necesidad frecuente de seguir el camino de la eliminación para hacer un buen diagnóstico, vamos a hacer recuerdos de lo que como elemento etiológico, pueden los traumatismos grandes o pequeños, en el vientre alto para determinar lesiones y padecimientos del páncreas, como sucedió en el caso de nuestro enfermo. Como nota preliminar al abordar tales recuerdos, es conveniente dejar asentado, cómo fuera de los casos agudos en los que tampoco la sintomatología indica desde luego el camino del páncreas, (pancreatitis aguda), en casi todos los demás padecimientos de tal órgano, los síntomas se van delineando muy lentamente. Por lo que respecta al proceso pancreático en los casos de contusiones profundas del vientre con contusiones del páncreas, las lesiones pueden ser las de ruptura de los capilares y vasos sanguíneos, así como de los elementos glandulares mismos, con salida de sangre y jugo pancreático que puede ir a irritar el peritoneo en distintos lugares, pudiendo hasta dar lesiones, si bien menos extendidas y graves, si semejantes a las de esteatonecrosis que se encuentran en la pancreatitis aguda hemorrágica, cuya causa inmediata se considera, como sabemos, de orden químico. Es decir, debemos admitir y muchos así lo creen, que los



Fig. No. 2.—En el mismo caso, observando tres meses después se encuentra la deformación del estómago más acentuada y colocada abajo de ella una sombra tenue circular que era la proyección del seudo-quiste pancreático.

traumatismos del páncreas, pueden dar origen a pancreatitis hemorrágica. Teniendo en consideración los elementos que son perturbados o destruidos en una contusión del páncreas, cuando preferentemente han sido destruidos o desgarrados los vasos sanguíneos y lentamente se va formando un hematoma, en sitios variados, puede el mismo presentar distinta evolución, según que se añadan microorganismos que dan lugar a la formación de abscesos, frecuentemente sub-frénicos, o que se acercan al exterior a través del epiplón pequeño, arriba de la curvatura menor del estómago. Aunque si su evolución es aséptica, al menos durante algún tiempo, y si también se ha estado mezclando jugo pancreático a la sangre derramada, el aspecto es el de una colección líquida, aséptica, de coloración y consistencia variables, serosa o serohemática, verdiosa, rojiza, oscura, etc., colecciones en fin a las que algunos impropriamente han designado con el nombre de quistes del páncreas. Son justísimamente pseudo-quistes, estas colecciones líquidas, no purulentas, de origen traumático, que no tienen envoltura propia que las limite y que en caso dado, su ablación no podría hacerse según un plano de deslizamiento.

Al operar a nuestro enfermo, tuvimos que incindir el gran epiplón y una capa de tejidos subyacentes que dieron acceso a enorme cavidad llena de líquido; cavidad que no era otra cosa sino la retro-epiplóica, sumamente distendida mediante el líquido contenido, que muy lentamente la había ido llenando a medida que se producía en el páncreas. O lo que es lo mismo, para llegar al líquido, no fué necesario seccionar tejido propio del páncreas, sino exclusivamente todos los elementos engrosados o alternados del gran epiplón que formaban así, la pared anterior del continente de este gran tumor líquido. En suma, la secuela había sido: 1o. desgarradura del páncreas en su cara anterior; 2o. derrame principalmente de sangre, aunque probablemente también de jugo pancreático, hacia adelante en la cavidad virtual de los epiplones y 3o. como dicha colección no estaba en el tejido mismo del páncreas, no tenía envoltura propia, a la inversa de lo que acontece verbigracia en los quistes del ovario. Estos caracteres, son en fin suficientes para decir que los casos de origen traumático, con contusiones y desgarraduras del páncreas, anatómicamente son colecciones que preferentemente se sitúan en la retrocavidad de los epiplones, que no tienen cápsula propia y

que de acuerdo con ésto, su ablación, más que esto debe ser un solo vaciamiento; en efecto, pretender extirpar la bolsa, que en realidad no lo es, sería destruir, peligrosamente, vasos y porciones peritoneales o aun órganos cuyo perjuicio no podríamos prever; teniendo en cambio la seguridad de que siempre efectuaríamos una operación que forzosamente sería incompleta. De todo lo anterior podemos decir, que la conducta terapéutica queda normada por las características anatómicas del lugar, dejando para luego ocuparnos del alcance terapéutico de la sola evacuación de estas colecciones o pseudo-quistes.

Util nos parece, antes de seguir adelante hacer un breve recuerdo del cuadro sindromático de los pseudo-quistes, haciendo de una vez por todas la aclaración de que al lado de estos pseudo-quistes, hemáticos o no, de origen traumático, muchos describen los verdaderos quistes del páncreas, los quistes glandulares, de evolución muy lenta, casi siempre múltiples y pequeños, que en ocasiones se transforman en neoplasias malignas; así como los quistes hidatídicos: padecimientos que ni nos ha sido dable observar y que tienen muchos puntos oscuros, (los quistes glandulares), en cuanto a patogenia, etiología, etc. De tal manera que considerando sólo los pseudo-quistes, de origen traumático y que corresponden a colecciones líquidas hemáticas, serohemáticas o serosas que se colocan: 1o. hacia arriba, entre el hígado y el estómago, atrás del epiplón menor; 2o. entre el estómago y el colon transversal, como en nuestro caso, detrás del gran epiplón y 3o. abajo, entre el colon transversal y el intestino delgado; es necesario recordar que los síntomas varían en importancia y caracteres tanto en conexión con su sitio como con sus dimensiones, de tal manera que vemos por ejemplo al lado del dolor, las náuseas y vómitos que corresponden a fenómenos de irritación del plexus celíaco o lo que es lo mismo, en todos los casos se presentan los síntomas que revelan fenómenos de relación o cercanía. Por lo que respecta a los síntomas que de el páncreas propiamente, en los pseudo-quistes, fuera del volumen, forma esférica, localización, dolor sobre el tumor y movimientos transmitidos, tales como los latidos aórticos; los que dependen o revelan una perturbación de la función del mismo, no son siempre constantes ni ostensibles, de modo de llevarnos fácilmente al diagnóstico: en los que forman el cuadro que expresa la dis-

función externa del páncreas, la llamada dispepsia pancreática, no es constante y aunque algunas veces está la diarrea (flujo celíaco), menos frecuentemente existe v. g. la gasa macroscópicamente en las materias fecales. (En nuestro enfermo sólo existía de cuando en cuando la diarrea). En cuanto a los síntomas reveladores de perturbación funcional del páncreas en su función secretora interna, se dice que en los pseudoquistes, es frecuente comprobar la glicosuria y el enflaquecimiento rápido, que como sabemos representa una exageración de los procesos histolíticos de los tejidos que siempre se acompaña de una excreción azoada aumentada, en la orina. En el paciente objeto de este trabajo, no existió glicosuria; aunque el enflaquecimiento, verdadera caquexia, fué muy rápidamente establecido. En suma tratándose de los pseudoquistes del páncreas, son elementos de diagnóstico: la causa, traumatismo; el tumor, su sitio, el dolor, las nauseas y vómitos, ictericia, etc., es decir unos de cercanía, o relación o de localización y otros: dispepsia pancreática, enflaquecimiento rápido, azoturia aumentada y glicosuria, síntomas estos que significan trastornos de la función de la glándula.

Antes, refiriéndonos a las condiciones anatómicas, señalamos la conducta por seguir, en la operación para los pseudoquistes, es decir, establecimos lo que hemos dado en llamar indicación mínima, es decir con poco o ningún choque, como es: 1o. en lo que respecta a indicación clínica de la operación, ni tampoco a la indicación terapéutica propiamente dicha, esto es: a fijar el alcance curativo real de las intervenciones, en el padecimiento que nos ocupa. Desde el punto de vista clínico, si se trata como decimos, de sujetos sumamente enflaquecidos, desnutridos, con tendencia a hemorragias, pequeñas o grandes, aunque siempre repetidas y que provienen de los vasos de la pared limitante del pseudo-quiste o del punto de la lesión primitiva, con coexistencia, muchas veces, de insuficiencias hepáticas o renales: debemos buscar operar precozmente, realizando una operación mínima, es decir con poco o ningún choque, como es: 1o. la simple evacuación extemporánea o en dos ocasiones, a) fijación del tumor a la pared abdominal y b) incisión y canalización y 2o. empleando siempre anestesia local, que por infiltración es suficiente. ¿Tal conducta puede satisfacerlos desde el punto de vista de la indicación terapéutica en sí misma, es decir pensar-

do en el pronóstico lejano o resultado curativo del padecimiento? Para esto debemos recordar por un lado los escollos o desventajas de la conducta que venimos proclamando, a saber: que los pseudo-quistes del páncreas se pueden reproducir y que su evacuación y marsupialización puede dejar tras de sí fistulas difíciles de curar; amén de las nuevas condiciones anatómicas en que deja a los órganos vecinos (véase en nuestro caso la última radiografía del estómago, que le da a éste el aspecto de bilocado) y que no permite establecer desde luego un pronóstico de salud completa definitivo. ¿En vista de ello hemos de cambiar la operación, pretendiendo una extirpación completa de la bolsa? No, porque ya hemos dicho sería, en los pseudo-quistes, una operación siempre incompleta y peligrosa; con lo cual nos vemos obligados a mejorar las condiciones de la evacuación con marsupialización, cosa que podemos realizar operando lo más pronto posible, cuando sean menores las lesiones o alteraciones sufridas en los vasos que dan salida a la sangre que se colecta y por fin procurando retirar toda canalización, lo más rápidamente que sea dable, para evitar las fistulas. Esta conducta nos dió en nuestro enfermo, resultado completo.

Antes de resumir, en fin, debemos recordar que entre los órganos cercanos que muy frecuentemente sufren cuando sufre el páncreas, está la vesícula y vías biliares, por lo que con tanta razón, recomiendan todos hacer siempre el examen de ellas cuando exista un pseudo-quiste del páncreas, asunto más necesariamente dejar resuelto si se recuerda que en ocasiones su cuadro clínico puede también estar muy velado.

En resumen:

1o.—Son de un gran interés quirúrgico los traumatismos del vientre alto, tanto por las lesiones inmediatas que producen, como por las lejanas, sus secuelas y complicaciones.

2o.—Desde el punto de vista nosológico, es útil recordar que en esas regiones, hay cuadros sindromáticos que pueden corresponder a lesiones o padecimientos muy diferentes, por el o los órganos afectados y que frecuentemente el método de eliminación será el que nos lleve a un buen diagnóstico.

3o.—Que entre las lesiones de origen traumático en las por-



Fig. No. 3.—Aspecto de estómago biloculado, como montado sobre el pedículo cicatricial, residuo de la bolsa del seudo quiste del páncreas.

ciones altas del vientre es útil tener presentes los pseudo-quistes del páncreas.

4o.—Que el sitio y constitución anatómica de tales tumores, señalan los puntos primordiales de la conducta terapéutica.

5o.—Que recordando las condiciones de salud de los pacientes con pseudo-quistes del páncreas, debemos procurar la evacuación de éstos lo más pronto posible, haciendo marsupialización y canalización. Que ésta hemos de retirarla pronto.

6o.—Que entre los exámenes que hayamos de hacer para establecer el estado de sanidad futuro de nuestros pacientes, no descuidemos el examen de las vías biliares, que frecuentemente sufren al propio tiempo.

Caso clínico:

Anastasio Caballero, de 28 años de edad, de algún pequeño pueblo del Estado de Hidalgo, estaba la mañana del día 24 de febrero de 1928, trabajando sentado en un andamio, como a dos metros de altura del suelo; al hacer un movimiento, cayó el andamio que no estaba bien sujeto y entonces él quiso asirse de unos adobes que estaban en el muro y que al ser cogidos se desprendieron, de tal modo que cayó hacia atrás en decúbito dorsal, siguiéndolo en su movimiento los adobes que le cayeron en el vientre. Un dolor en el epigastrio, que fué haciéndose más intenso, le impidió levantarse y cuando fué conducido a su casa, se añadieron al dolor, vómitos que en las dos primeras ocasiones fueron de alimentos con huellas de sangre y que después varias veces fueron exclusivamente formados de sangre y coágulos. El dolor persistió ese día y el siguiente, irradiando fuertemente hacia atrás y a los lados. Se le ordenó reposo y hielo en el vientre. Cuatro meses después, el día 15 de julio se presentó en esta ciudad al doctor Tarquino González, quien después de examinarlo, lo envió a que yo lo estudiara. El dolor en el epigastrio persistía, presentándose espontáneamente después de los alimentos y le molestaba una o dos horas en cada ocasión. De cuando en cuando, una hora o más después de tomar alimento, tenía vómitos en los que expulsaba lo que había ingerido: casi todos los días eructos con el sabor de los alimentos o sabor de sangre; alguna ocasión diarrea. Notó que en la mitad del vientre, arriba del ombligo, le crecía una "bola", que a veces se movía, co-

mo si fuera empujada de izquierda a derecha. Se trataba de un sujeto sumamente enflaquecido, pálido, demacrado, con porciones de la cara manchadas y mucosas sumamente pálidas; en el vientre una tumefacción en la zona del epigastrio, de forma irregular, sin límites precisos, dolorosa espontáneamente, y a la presión, con desarrollo venoso exagerado, sin cambio de coloración en la piel y de consistencia homogénea y renitente. No había fiebre.

En esta fecha hicimos un estudio radiológico y tomamos dos radiografías, que nos revelaron lo que sigue: alteración completa de la forma del estómago, cuya pequeña curvatura estaba representada por una línea casi recta, dirigida de arriba a abajo y de izquierda a derecha su curvatura mayor era completamente irregular con una escotadura de contornos también irregulares en su porción media e inferior, que persistía siempre a pesar de movimientos peristálticos y que se proyectaba en el lugar donde hemos dicho se encontraba la tumefacción. Véase fig. No. 1. Le propusimos encamarlo y continuar su estudio, cosa que no aceptó de momento, ofreciéndonos regresar más tarde para ser curado. A los tres meses, el 29 de octubre se nos presentó y lo sujetamos a nuevo examen radiográfico, obteniendo el resultado que se puede apreciar en la fig. No. 2, que revela el estómago rechazado hacia arriba, perdida la porción duodenal y con una tenue sombra regularmente circular abajo de la sombra del estómago y que correspondía en sitio, al tumor que palpábamos en el epigastrio.

Por palpación, en el vientre, en la parte superior, arriba del ombligo, una tumefacción más voluminosa que cuando la reconocimos tres meses antes, de forma esférica, semidura, homogénea, con límites imprecisos. Muy dolorosa a la palpación.

La desnutrición general era muy acentuada, había elevaciones vespertinas de temperatura a 37.5 y 38. Persistían los vómitos de alimentos, todos los días y había diarrea frecuente.

En estas condiciones habiendo pensado en una perivisceritis a una ruptura del estómago, o en una colección líquida en la retrocavidad epiploica o quizá en un quiste hemático del páncreas, resolvimos hacer una laparotomía media, exploradora terapéutica.

Otros exámenes: Wasserman negativo, eliminación de la

sulfofenoltaleína 40% en una hora; impermeabilidad del hígado al azul de metileno, dejando ligeramente coloridas la segunda y tercera orinas; hemoglobina 75%, tiempo de coagulación y de sangrado, normales. En la orina ligero aumento de la urea.

En la operación: anestesia por infiltración de novocaína y laparotomía supraumbical, llegando al gran epiplón, cuya pared se encontraba infiltrada y con sus vasos dilatados; el estómago rechazado hacia arriba, libre del tumor que veíamos formando cuerpo con el epiplón. Recorrida la cara anterior del estómago, encontramos amplia cicatriz un poco hacia afuera de la porción pilórica, correspondiendo a lo que en las radiografías vimos proyectarse como una escotadura. Puncionando en la porción más abultada del tumor, dimos salida a un líquido moreno oscuro con tintes rojizos y que más tarde apreciamos de tintes verdiosos por transparencia; sobre el punto en que puncionamos, hicimos una desbridación después de haber limitado perfectamente nuestro campo, en forma de asegurarnos de que ninguna porción de líquido escurriera dentro de la cavidad abdominal. La desbridación permitió la salida de abundante líquido en cantidad no menor de cuatro litros y vimos disminuir rápidamente el tumor esférico que hemos descrito y a través de su pared mediante la misma desbridación, que quedó colocada entre el estómago arriba y el colon transversal abajo, pudimos en el fondo reconocer el páncreas y el duodeno y la pared posterior del estómago, es decir, la situación de la retro-cavidad de los epiplones, distendida, llena de líquido y con sus paredes engrosadas y alteradas en la forma que ha sido dicha del epiplón. Canalizamos con tubo y gasa.

Desde el siguiente día el enfermo se sentía descansado de sus dolores y con gran bienestar y su curación completamente mojada. La fiebre desapareció, se retiraron los vómitos y pudo en algunos días comenzar a alimentarse; en unos ocho a diez días se retiró completamente toda canalización que se consideró innecesaria, además por ya no existir escurrimiento. La herida cerró en veinticinco días y al enfermo lo seguimos observando por tres meses más, sin que haya tenido otros trastornos. Aumentó de peso y se considera sano.

En exámenes posteriores encontramos radiográficamente el estómago en forma biloculada, aunque pudiendo efectuar sus

movimientos peristálticos a pesar de la escotadura que se apreciaba en la fig. No. 3 y que corresponde a la cicatriz o pedículo cicatricial, residuo de la evacuación y marsupialización que hubimos de hacer en esa enorme bolsa que formaba el pseudo-quistes del páncreas. Hicimos por último examen radiográfico de vías biliares, encontrándolas en situación y condiciones normales como se verá en la fig. No. 4, que corresponde a la radiografía de la vesícula biliar.

Se hicieron posteriormente investigaciones para saber el tiempo en que se vaciaba el estómago, (ahora biloculado) encontrándose que en seis horas ya no quedaban en él ningunos residuos de citobario. Por último, los exámenes coprológicos buscando principalmente grasas en abundancia en las materias fecales no revelaron nada anormal, con lo que se dió de alta el enfermo, indicándole la conveniencia de ser examinado por nosotros de cuando en cuando. En las lesiones que como dije se encontraron en el estómago, nada hubimos de hacer, tanto porque éste se encontraba libre, sin adherencia ninguna ni en la cara anterior ni en la posterior, cuanto porque el proceso cicatricial colocado en la cara anterior, si bien era muy extenso, no producía ninguna estenosis.

México, enero de 1929.

Dr. José Castro Villagrana.



*Fig. No. 4.—En el mismo enfermo, la radiografía de la vesícula
biliar no revela nada anormal.*

Comentarios que se hicieron del anterior trabajo durante la sesión del 19 de Diciembre de 1928.

El señor doctor Castro Villagrana da lectura a su trabajo intitulado: "Un caso de pseudo-quiste hemático del pancreas".

Fueron nombrados los señores Eliseo Ramírez y Rivero Borrell para dictaminar sobre el enfermo a quien se refiere el doctor Castro Villagrana.

Se suspende la sesión cinco minutos.

Al reanudarse se concede la palabra al señor doctor Rivero Borrell, quien dice que el enfermo del doctor Castro Villagrana presenta una cicatriz en la pared anterior del vientre que va del apéndice sifoides al ombligo; cicatriz quirúrgica lineal en casi su totalidad, excepto en su extremo inferior que está ensanchada, dejando comprender que fué en ese sitio en donde estuvo la canalización a que se refiere el señor doctor Castro Villagrana. Fuera de esta cicatriz nada anormal se nota a la inspección. La palpación indolora no revela nada especial en el cuerpo epigástrico. El estado general del enfermo (aunque también pálido) es satisfactorio y contrasta notablemente con la descripción de su estado de desnutrición que hizo el doctor Castro Villagrana refiriéndose a las condiciones del enfermo antes de ser operado.

Se ve, pues, que el estado general es bueno y que la cicatrización es perfecta, lo cual constituye un positivo éxito en el tratamiento de esta clase de padecimientos, motivo por el cual le es grato felicitar al señor doctor Castro Villagrana.

El señor doctor Ramírez expresa que después de lo dicho por el señor doctor Rivero Borrell, no tiene nada que añadir acerca del estado general y local del enfermo operado por el señor doctor Castro Villagrana; y sólo se permite señalar la importancia que tiene el coleccionar los casos de padecimientos del pan-

creas porque de la comparación de las historias clínicas deben obtenerse los datos para la semiología pancreática actualmente muy obscura, al grado que en ocasiones es imposible diferenciar la pancreatitis aguda del infarto pancreático y los diversos pseudoquistes entre sí. Las pruebas funcionales son en general insuficientes para las necesidades de la clínica quirúrgica, pues es necesaria la supresión de enormes porciones de la glándula o la obstrucción del Canal de Wirsung para obtener indicaciones clínicas que revelen trastornos anatómicos del páncreas u órganos contiguos.

El señor doctor Castro Villagrana contesta agradeciendo los conceptos emitidos por los señores Rivero Borrell y Ramírez y manifiesta compartir las mismas ideas sobre el particular.
