

31-30-21 Duplicado 17  
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUGÍA

ACTAS DE LAS SESIONES

DEL

# II. CONGRESO ESPAÑOL DE CIRUGÍA

PUBLICADAS BAJO LA DIRECCIÓN

DEL

DR. D. ANTONIO M.<sup>A</sup> COSPEDAL Y TOMÉ

SECRETARIO GENERAL DEL CONGRESO

POR LOS DOCTORES

D. León Cardenal, D. José Goyanes y D. José M.<sup>a</sup> Blanc.

SECRETARIOS ADJUNTOS

MADRID DEL 11 AL 16 DE MAYO DE 1908

1022537



CASA VIDAL

IMPRESA Y LIBRERÍA MÉDICA  
Atocha, 96 y 98. Madrid.

1909.

## CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA CIRUGÍA DEL PÁNCREAS

por el doctor D. SALVADOR CARDENAL (Barcelona).

SEÑORES:

El objeto de mi comunicación al Congreso de Cirugía, poco ó nada brillante bajo el punto de vista puramente personal, es contribuir con la exposición gráfica de algunos casos observados por mí, al conocimiento de la Anatomía patológica, y sobre todo *topográfica*, de los tumores del páncreas, objeto hoy día de palpitante interés y cuyo estudio está casi por hacer, así como el de las vías de acceso á dichos tumores.

Por otra parte, estoy enteramente convencido de que la anatomía patológica y topográfica de todas las afecciones del abdomen, y muy particularmente de su zona superior (estómago, hígado, bazo, páncreas, plexo solar, etc.), debe interesar tanto al médico como el cirujano, y de que convendría extraordinariamente, tanto para el progreso de la Cirugía, como para el bien de los enfermos, que los médicos *internistas* presenciaran frecuentemente las intervenciones quirúrgicas que se practican por lesiones de aquellas vísceras abdominales. ¡Sólo asistiendo *de visu* á esas sesiones operatorias, laboriosas algunas en grado sumo, pero de intensísima é indiscutible enseñanza objetiva, se llegaría á establecer diagnósticos precoces é indicaciones viables para el éxito de las intervenciones quirúrgicas en la peligrosa región del abdomen que nos ocupa! Sólo viendo una y mil veces, en el vivo, las lesiones anatómicas que rodean y enmascaran una colecistitis crónica, una antigua úlcera pilórica con perigastritis, un tumor de la cabeza del páncreas, etc., etc., se convencerían nuestros colegas internistas de la necesidad de aceptar, y hasta de solicitar en muchos casos, *en época temprana*, la colaboración del cirujano, que hoy sólo suelen reclamar, cuando, agotados todos los recursos más ó menos problemáticos de una terapéutica sin diagnóstico anatómico, han llegado los enfermos á periodos extremos, en los que, al hacerse evidentes las lesiones, es ya demasiado tarde para someterlos, con garantía de éxito, á los azares de una intervención quirúrgica.

I.—En el primer caso, para el que solicito vuestra atención, se trataba de una enferma de treinta y ocho años, que nos fué remitida de Mallorca, con el diagnóstico de *quistes hidatídicos del hígado* y en un extremo tal de distensión de toda la mitad superior del abdomen, que la operación hubo de practicarse casi de urgencia. La enferma no podía ya sufrir los dolores provocados por la distensión, y lo que aumentaba la gravedad del caso, el estómago había llegado á un estado de completa intolerancia y devolvía, por el vómito, cuanto se trataba de hacerle ingerir. En los últimos días, por consiguiente, la enferma había perdido considerablemente sus fuerzas.

Al examen directo se notaba un abultamiento enorme de todo el epigastrio y parte del mesogastrio, de sonido enteramente mate á la percusión y perfectamente fluctuante, que se confundía y continuaba con la zona hepática; ligera hinchazón en las piernas y algo de disnea por compresión. La historia, muy poco detallada, que pudimos recoger, era típicamente hepática; habían existido varios ataques de cólicos genuinamente hepáticos, algunos de ellos seguidos de ictericia transitoria, y sólo tardíamente se habían hecho permanentes los desórdenes gástricos, que en los primeros tiempos eran sólo consecuencias de los cólicos y, como ellos, transitorios. El abultamiento del abdomen databa sólo de algunos meses.

Por todos los datos que anteceden no nos repugnaba la idea de un quiste hidatídico del hígado. Lo único que nos hacía concebir algunas dudas, era que el tumor parecía prolongarse más hacia la izquierda de la línea media que hacia la derecha, contra lo que suele observarse en los quistes genuinamente hepáticos. Esto hizo que, contra nuestra costumbre cuando estamos convencidos de que vamos á operar un quiste del hígado, comenzáramos la incisión, en este caso, por la línea media supra-umbilical, en vez de hacerla oblicua y sub-condral, á la derecha.

El estado alarmante de la enferma no nos dió tiempo, repito, para practicar ulteriores investigaciones analíticas, y el día 27 del próximo pasado Marzo, procedimos á la operación.

Abierto el abdomen, como queda dicho, por la línea media supra-umbilical, caímos en seguida sobre una masa membranosa, paralela, subyacente y yustapuesta á la pared abdominal anterior, que se extendía á todo el ámbito de la incisión y que dudamos si podía ser el ligamento suspensorio del hígado, fuertemente hipertrofiado y como carnificado y aplanado sobre la cara convexa de la víscera... ó si podía ser el estómago mismo distendido y aplanado. Si era este último, debíamos hallar el hígado encima de él; pero por más que tratamos de introducir la mano todo lo posible entre el tumor y las costillas del hipocondrio derecho, no conseguimos tocar el hígado, ni alcanzar siquiera su borde cortante anterior. En efecto, el hígado, como se ve en la adjunta figura 1.<sup>a</sup>, estaba fuertemente luxado hacia atrás y arriba, por el empujamiento del tumor, y la presión de este le impedía descender ó deslizarse hacia la herida. Prolongamos hacia abajo la incisión, pero la convexidad del tumor seguía en todas direcciones cubierta por la capa membranosa descrita, que producía al tacto la impresión de una pared de víscera (estómago) como lo manifestamos á los numerosos colegas que presenciaban la operación.

Deseando no prolongar inútilmente la operación y sintiendo con toda claridad la fluctuación del tumor, detrás de la membrana citada, introdujimos una aguja de aspiración á través de ella, en la dirección que marca la flecha A, es decir, perpendicular al quiste, y demostrado por la aspiración que iba directamente á la cavidad quística, la sustituimos por un trocar grueso de ovariectomía, de punta cónica, por el cual salieron de seis á

siete litros de un líquido al principio enteramente limpio y cristalino, pero que poco á poco fué saliendo turbio y más obscuro, hasta ser al final de antiguo residuo hemático.

A medida que el tumor iba vaciándose y retrayéndose sobre sí mismo, fueron apareciendo los límites del órgano membranoso que lo cubría por completo y pronto pudimos convencernos fácilmente de que nuestras sospechas eran fundadas y de que se trataba del mismo estómago, apareciendo entonces, por encima y delante de él, el borde anterior del hígado, que antes de vaciar el tumor buscábamos en vano. Nos hallábamos, pues, *debajo* del hígado y en presencia de un quiste enorme, desarrollado *detrás* del estómago, que por su crecimiento gradual había empujado hacia adelante, distendido y aplastado dicha víscera, hasta reducir *al minimum* su espacio cavitario... y nuestro trocar, como puede verse en la figura (flecha A), había llegado al interior del tumor *á través de las dos paredes, anterior y posterior del estómago*, así aplanadas y en contacto una con otra. El tumor era retro-peritoneal, ocupaba y dilatava enormemente la tras-cavidad del peritoneo y tenía su punto de origen en la cabeza del páncreas, tal vez en su mismo conducto excretor ó en la ampolla de Vater, ocluida por un cálculo desprendido quizás de las vías biliares, durante alguno de los cólicos hepáticos que figuran en la anamnesis de la enferma.

Una vez retraído el tumor por su vaciamiento, y con él el estómago supra-yacente, se hizo accesible por el punto B el borde inferior del estómago, y púdose, con sumo cuidado, ir separando dicho borde del superior del colon transversal, disecando en dicho punto el omento gastro-cólico y poniendo al descubierto, aunque no sin grandes dificultades, un segmento de la pared anterior del quiste. Al hacer esa penosa disección pudimos convencernos de que toda la cara anterior del quiste estaba íntimamente fusionada con la posterior del estómago por la íntima adherencia de las dos hojas peritoneales del espacio omental retro-gástrico, y sólo con grandes esfuerzos y múltiples ligaduras vasculares, conseguimos liberar una extensión de un decímetro cuadrado escaso, de la pared anterior del quiste, que incindimos en su mayor extensión y marsupializamos, suturando los bordes de todo el contorno de dicha incisión á los de la herida de la pared abdominal.

La pequeña abertura producida por el trocar en la pared anterior del estómago, aunque apenas visible después de la retracción de la víscera; fué, sin embargo, reforzada por un par de puntos de sutura de Lambert. La abertura análoga de la pared posterior *se abandonó á sí misma*, convencidos como estábamos, por una parte, de la perfecta adherencia de dicha pared á la del quiste y de su oclusión espontánea por retracción, y por otra parte, de los peligros á que había de exponer la extensa y minuciosa disección necesaria para desprender toda la cara posterior del estómago, si había de hacerse accesible á una sutura (según todas las proba-

bilidades, completamente inútil), del punto de perforación posterior del trocar. Los hechos consecutivos han demostrado plenamente la exactitud de esas apreciaciones.

Por la ancha abertura de marsupialización, pudo limpiarse perfectamente el fondo del quiste, cuyo contenido era mucho más obscuro, espeso y gleroso que el que ocupaba sus zonas más superficiales, y había salido por el trocar. Aplicose un extenso vendaje sobre un taponamiento laxo con gasa, y se suturó el resto (mitad superior) de la herida abdominal.

El curso post-operatorio fué excelente, y la enferma se halla ahora, al mes y medio de la operación, en plena convalecencia, y quedando tan sólo de su herida un pequeño trayecto, que segrega escasa cantidad de moco-pus.

Como podéis ver, lo importante de este caso es: bajo el punto de vista patogénico, su origen probablemente colelitíásico; bajo el anatomo-patológico, su desarrollo directo de atrás adelante, borrando la tras-cavidad peritoneal y empujando el estómago contra la pared abdominal anterior, hasta aplastarlo por completo é incapacitarlo para recibir todo alimento ó bebida; y bajo el punto de vista operatorio, la posibilidad sin gran peligro en un caso apurado, *de pasar á través del estómago* para el vaciamiento de un quiste pancreático de esas exageradas dimensiones.

Sólo conozco en la literatura médica un caso parecido al mío, que fué presentado por Bassel-Hagen en el Congreso de Cirugía de Berlín en 1900, y en el que hubo de suturar *ambas* paredes del estómago, por haber tenido que incindir las *ambas* (no puncionarlas), para llegar al quiste. (1)

II. El segundo caso se refiere á una mujer de cuarenta y cuatro años de edad, que ingresó en nuestro servicio del Hospital en Agosto de 1907, sin más fenómenos patológicos que el malestar consiguiente á la distensión del abdomen, producida por la presencia de un enorme tumor duro, lobulado é indoloro, que ocupaba todo el centro del epigastrio, y parte del mesogastrio.

La enferma no aportaba historia patológica ninguna que explicara el desarrollo del tumor y sus sufrimientos, que se reducían puramente á los fenómenos de compresión, habían comenzado tan sólo algunas semanas antes de su ingreso en el Hospital, al adquirir aquél las proporciones actuales.

No quiero cansar vuestra atención con detalles inútiles; que en nada aclararían el diagnóstico. Procedióse á la operación ante la imposición de

(1) Bassel-Hagen. (*Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, 1900, pág. 99); en el caso citado se vió obligado á incindir la pared anterior del estómago y luego la posterior, vaciar el contenido del quiste á través de esa doble abertura, introducir luego por la posterior el dedo índice dentro del quiste y buscar por ese medio, empujando con el dedo de dentro afuera, el punto á propósito para aislar una parte del tumor, incindirlo y marsupializarlo, suturando los bordes de su incisión, como nosotros á los de herida abdominal. Y naturalmente que, tratándose de aberturas de esas dimensiones en ambas paredes del estómago, había de suturarlas separadamente. El paciente, un muchacho de trece años, curó perfectamente y fué presentado á la citada Sociedad.

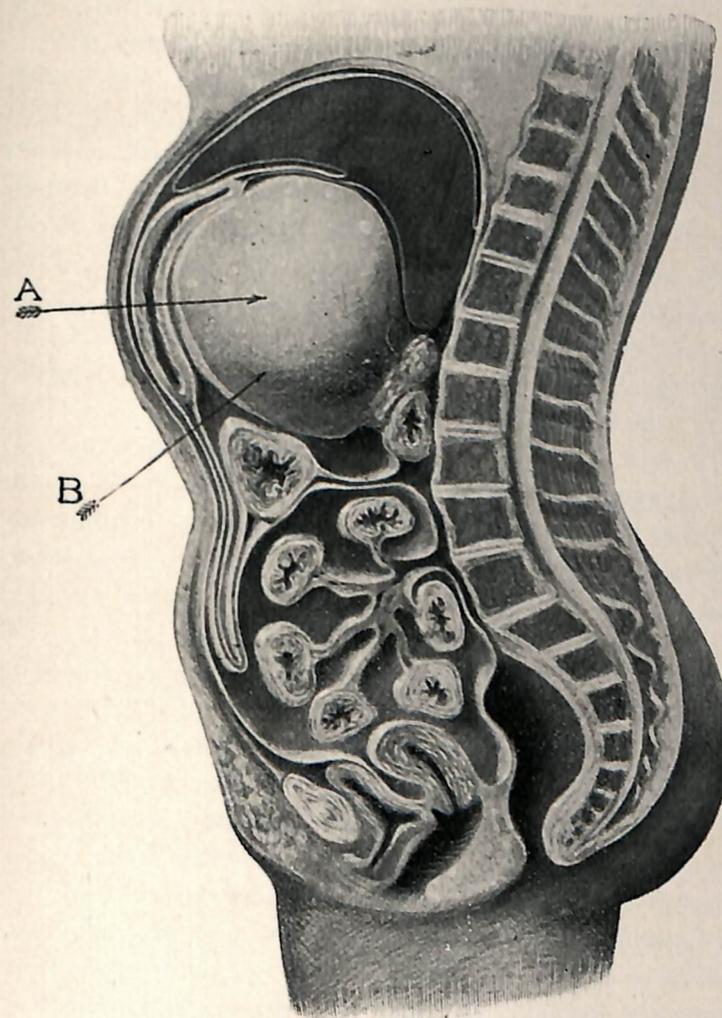


Fig. 1.ª

Quiste hemático de la cabeza del páncreas operado el 27 Marzo de 1908.  
El estómago, enteramente aplastado y distendido por el crecimiento del tumor, se percibe delante de él y cubriéndolo por completo.  
La marsupialización se hizo, después de vaciado el quiste, por el espacio indicado por la flecha B., entre el borde inferior del estómago y el superior del colon transverso, á través del omento gastro-cólico.



la enferma, cuyas funciones digestivas empezaban á alterarse por la excesiva distensión del abdomen en su zona superior.

La operación comenzó por la incisión de la línea media supra-umbilical. Por el examen de la adjunta figura 2.<sup>a</sup> podréis apreciar perfectamente que, por dicha incisión, caímos directamente sobre un órgano membranoso y distendido delante del tumor, como en el caso precedente, pero no grueso y carnoso como en aquél, sino delgado, transparente y de tipo enteramente peritoneal. En efecto; en este caso, lo que aparecía detrás de la incisión cubriendo el tumor, no era como en el anterior, el estómago distendido y aplanado, sino el *omento gastro-hepático* enormemente estirado. El estómago, por el contrario, había sido empujado *hacia abajo*, y se hallaba, como véis, dislocado y situado delante del polo antero-inferior del tumor. Incindido á su vez el citado omento, caímos sobre el tumor, que se vió en seguida, era de naturaleza fibrosa ó fibro-miomatosa, del tamaño de una cabeza de feto á término, y cuya disección obtusa fué relativamente fácil en sus dos tercios anteriores ó superficiales. Por el contrario, el tercio posterior ó profundo estaba fuertemente empotrado en la cabeza y cuerpo del páncreas, y su disección, sumamente trabajosa, exigió un gran número de ligaduras vasculares, la separación con ganchos romos del origen del tronco de la vena porta, y la ligadura lateral *en pellizco*, de la gran vena esplénica. A pesar de ese grave traumatismo, que dejó tras de sí una cavidad enorme, en una zona tan temible como la del epi y mesogastrio, pudo dejarse aquélla enteramente limpia, taponarse su fondo (substancia pancreática) con una bolsa de gasa de Mikulicz, y suturar el resto de la incisión abdominal.

El curso post-operatorio fué excelente, y la enferma tomó el alta del todo curada el 17 de Noviembre. Posteriormente, en Marzo del corriente año, he vuelto á verla en excelente estado de salud, y por lo tanto, sin sospecha ninguna de recidiva. El páncreas ha seguido funcionando, á lo que parece, perfectamente.

Como podéis ver, la importancia del presente caso es, bajo el punto de vista patogénico, el desarrollo y aparición de un fibro-mioma de esas dimensiones y de esa dureza en el tejido parenquimatoso del páncreas; bajo el punto de vista anatómico-patológico, el desarrollo y crecimiento directo del tumor de atrás adelante, pero no á expensas del estómago, como en el caso primero, sino del omento gastro-hepático, y empujando y haciendo descender al estómago hacia abajo, gracias al enorme estiramiento de dicho omento; y bajo el punto de vista operatorio, la posibilidad sin superior peligro de llegar hasta el tumor y poder practicar su extirpación completa *á través* de una incisión *del omento gastro-hepático* distendido. No deja de ser interesante también en este caso, la ligadura parcial de la vena esplénica sin ulteriores consecuencias, y el estiramiento del tronco de la vena porta, indispensable durante la operación, puesto que dicho tronco venoso formaba la parte izquierda del marco de la ventana, á través de

la cual practicábamos todas nuestras maniobras (la perforación del omento gastro-hepático, cuyo borde posterior derecho ocupa el tronco de la vena porta).

III En fin, el tercer caso, que se remonta á una época mucho más remota y que sólo traigo aquí á colación por ciertos lazos de parentesco anatómico con los citados, se refiere á un joven magistrado de unos treinta y cinco años, que vino en 1890 de la isla de Cuba, con un tumor fluctuante del centro y porción inferior del epigastrio, que daba lugar á fenómenos graves de intolerancia gástrica (vómitos) por su presión creciente sobre los órganos de la zona alta abdominal. Dicho enfermo nos dijo que el doctor Albarrán le había practicado una punción en la Habana y le había recomendado *que no se dejara puncionar de nuevo por nadie, pues el que tratara de hacerlo, pasaría con el trocar á través del estómago ó del colon.*

A pesar de la juiciosa observación de nuestro distinguido colega, (observación que nos permitía suponer que á él le había ocurrido semejante accidente) ante el crecimiento incesante del tumor y su proximidad, por lo menos aparente, hacia la pared abdominal, nos decidimos á practicar una nueva punción evacuatrix, que hoy sin duda proscibiríamos por completo, prefiriéndole el camino más seguro de una laparotomía exploradora.

Practicamos dicha punción, en unión de nuestro malogrado amigo y colega el doctor Robert. Por el trocar se vació un quiste hemático de más de un litro de cabida y que supusimos proceder del páncreas. El enfermo toleró perfectamente la intervención, dejándonos en la duda de si habíamos pasado ó no, con el trocar, á través del estómago ó del colon, pero no produciéndose ningún desorden que nos autorizara á creerlo. Desaparecieron los vómitos y el enfermo se rehizo lo bastante para poder emprender un viaje y ausentarse de Barcelona con todas las apariencias de la salud.

Por su familia supimos más tarde que el quiste volvió á llenarse á los pocos meses y que reaparecieron los vómitos; pero que, en uno de éstos, sintió el paciente una sensación como de desgarró, y á partir de aquel momento fué mejorando sin interrupción, desapareció el tumor y se normalizaron las funciones digestivas, partiendo el enfermo de nuevo para la Habana. Algún tiempo después (siempre según noticias de la familia), se presentó la diabetes sacarina, y en 1895 falleció el enfermo en Nueva York á consecuencia de una erisipela.

Es muy posible que en este caso nuestras punciones pasaran por un intersticio más ó menos yusta-estomacal; pero también es posible que hubieran pasado á través de la víscera, sin accidente consecutivo por la existencia de adherencias, como en el primer caso descrito. De todos modos, el enorme progreso realizado durante estos últimos quince años en la cirugía abdominal y nuestra mucho mayor experiencia, hoy que entonces, no nos permitiría aconsejar ya, ni aceptar siquiera, esas punciones

que podemos llamar ciegas, en regiones ó zonas de tal importancia y riqueza visceral, y en cambio, autoriza á imponer siempre la práctica de una laparotomía exploradora, que sobre permitir *ver* lo que se hace, hasta donde esto es posible, nos permite también reparar concienzudamente las lesiones indispensablemente producidas en cada caso.

Aumentar, si es posible, aunque sólo sea con un grano de arena, el conocimiento de los recursos prácticos con que cuenta en el día de hoy la cirugía abdominal, basándonos en datos anatomo-patológicos de nuestra observación propia, ha sido el único motivo que me ha impulsado á molestar vuestra atención estos breves momentos.

#### DISCUSIÓN

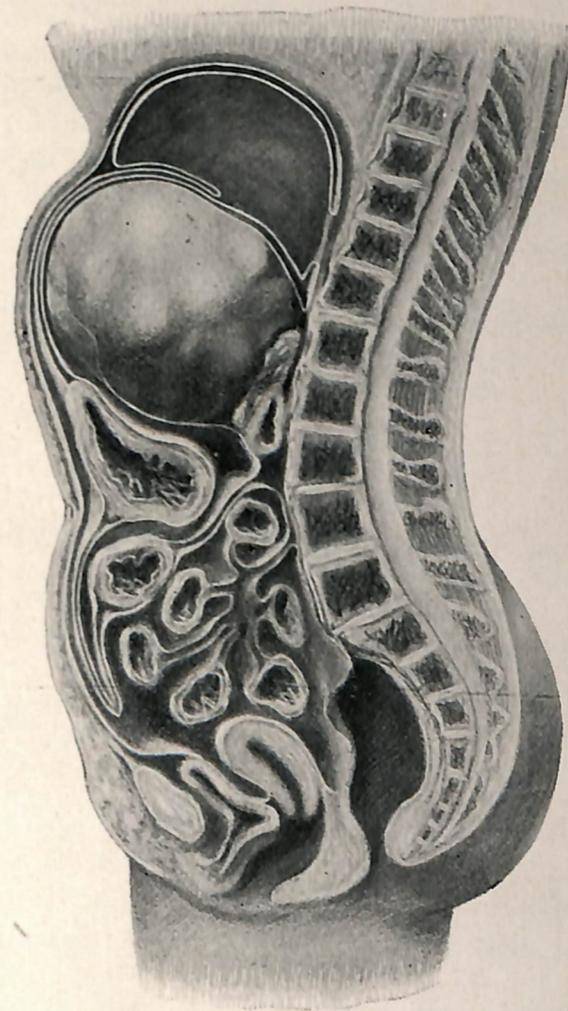
*Doctor Ribera* (Madrid).—Más que para exponer hechos, tomo la palabra para hacer los honores á la comunicación del doctor Cardenal. Las observaciones que puedo aportar al debate son pocas, porque la cirugía del páncreas no es muy corriente. En los casos observados, unas veces la lesión del páncreas podía considerarse como principal, en otras como accesoria. Entre las primeras haré mención de un quiste hidatídico de la cola del páncreas, tratado por marsupialización, curando la enferma. En cuatro casos se trataba de cáncer del páncreas, limitándome en tres de ellos á una laparotomía simple; en el cuarto caso por existir una ictericia intensísima y un cálculo enorme de la vejiga biliar, hice la cisto-enterostomía, restableciéndose el curso de la bilis durante los pocos días que el enfermo sobrevivió á la operación, haciendo notar á propósito de esta observación la frecuencia con que los tumores de la cola del páncreas producen la completa retención biliar. Ocho observaciones se refieren á tumor del páncreas consecutivo á epitelomas gástricos, resultando una proporción sumamente elevada, puesto que dichas ocho observaciones se refieren á gastrectomías, en un total de 29 gastrectomías que he hecho. Aun cuando agrave el pronóstico operatorio no se puede decir que lo contra-indique, siempre que la lesión sea limitada; así resulta que si bien de estas ocho gastrectomías, cuatro murieron á consecuencia de la operación, otras cuatro curaron. No cabe duda que en algunos de los casos que terminaron fatalmente, la muerte fué debida á la lesión del páncreas, puesto que uno de los peligros de la misma es la hemorragia durante y después de la operación, por las dificultades de la hemostasia, siendo preciso casi siempre acudir á la sutura, pues dada la friabilidad del tejido pancreático cuando está invadido por un neoplasma, no da casi nunca resultado la ligadura. A dicho medio he tenido que acudir en tres casos, terminando dos de ellos por la muerte debida á hemorragia consecutiva por desprendimiento de la sutura hemostática.

*Doctor Goyanes* (Madrid).—Dice que por hacer honor á la comunicación del doctor Cardenal, tan interesante, quiere exponer dos casos de

cirugía del páncreas, de su experiencia personal; uno referente á un quiste hidatídico pancreático de mucho interés diagnóstico, porque se presentaba como tumoración renitente y fluctuante en la región epigástrica, limitada entre una zona timpánica gástrica y otra inferior debida al colon transverso, como se demostró por la insuflación. Se dudaba, sin embargo, si sería una peritonitis enquistada, y al practicar la laparotomía se vió que se trataba de un quiste hidatídico del páncreas que asomaba entre el estómago y el colon. El quiste se hallaba infectado, y por las facilidades de la enucleación se practicó la enucleación completa resecaando la cabeza de la glándula. El resultado fué desgraciado por colapso é infección peritoneal. El segundo caso es también interesante por el diagnóstico. Creíase tratarse de litiasis, porque la enferma sólo tenía veinticinco años, y la ictericia intensa que padecía comenzó después de un parto. La vejiga era enorme y se practicó una colecisto-enterostomía, apareciendo deposiciones biliosas al siguiente día de operada. La enferma curó de la intervención operatoria y salió de la clínica; pero, según noticias particulares, falleció hace poco de caquexia progresiva.

*Doctor Jiménez (Madrid).*—Se cree en el deber para contribuir á la comunicación del doctor Cardenal sobre la cirugía del páncreas, de exponer un caso por él operado; en que con todo el síndrome de colelitiasis practicó la incisión de Kehr para intervenir sobre vías biliares y al explorar el duodeno se encontró con una tumoración de la cabeza del páncreas que le obligó á practicar sólo una colecisto-entero-anastomosis. El enfermo, mejoró los primeros días cediendo mucho el color intensamente icterico y al sexto día falleció por una violenta hemorragia gastro-intestinal que le produjo el colapso, probablemente por ulceración de alguna zona vascular. Se extiende en la creencia de que los cánceres de la cabeza del páncreas son los tumores más frecuentes en unión de los quistes.

*Doctor Ribas E. (Barcelona).*—Me llama la atención que ni el Sr. Cardenal ni los demás señores que han expuesto casos de quistes pancreáticos, no hayan hablado de los fistulas que tan á menudo se ven después de las intervenciones de los quistes pancreáticos. Nosotros las hemos visto dos veces. Una vez por el mal drenaje de la cavidad quística, puesto que la incisión de la misma, fué practicada en la pared anterior del abdomen, ó sea en su parte más elevada. Y otra fistula hemos visto, debida á destrucción pancreática, toda vez que el líquido que manaba por la misma era jugo pancreático. Nosotros hemos practicado un detalle de técnica, que creo de gran importancia y es, establecer un drenaje en la parte posterior que es la de más declive, empujando una pinza por la zona comprendida entre la cola del páncreas, hilo del bazo y mesocolon transverso, zona avascular y con una incisión practicada en este relieve que forma la piel en la región posterior, atravesamos con la pinza, y abierta ésta retiramos de atrás adelante un tubo de goma que establece-

Fig. 2.<sup>a</sup>

Fibroma del páncreas operado el 27 de Septiembre de 1907.  
El tumor se ha desarrollado preferentemente hacia arriba y ha comenzado por distender el omento gastro-hepático, empujando hacia abajo el estómago.  
El estómago se percibe perfectamente debajo y delante del tumor, entre éste y el colon transverso.  
La operación se practicó á través del omento gastro-hepático.



rá un buen drenaje y procurará la más rápida curación de la cavidad quística.

*Doctor Cervera* (Madrid).—Lo que pienso respecto del páncreas, lo tengo dicho en un folleto que he publicado. Yo encuentro dos cosas en la comunicación presentada, que son: 1.<sup>a</sup>, falta de exploración en el orden químico, y 2.<sup>a</sup>, falta de las reacciones de Mayo Robson. En mi folleto hice el ruego (que repito) á mis compañeros, de la investigación, en el orden químico, del contenido intestinal y de la orina, que es sumamente importante. Creo que debe entrarse al tratar del páncreas más en el campo de la patogenia que en el operatorio.

*Doctor Cardenal S.* (Barcelona).—No ha sido posible practicar esos análisis en los casos presentados, por la urgencia con que fueron operados.