

sis repiten a menudo y en una de ellas aparece hepatomegalia. Tres recuentos leucocitarios practicados con intervalos de dos días dan los siguientes resultados: 8.135 leucocitos con 41 % de eosinófilos; 10.600 leucocitos y 61 % de eosinófilos y 34.000 leucocitos con 34 % de eosinófilos. La reacción de Weinberg es positiva. El estómago y duódono son radiológicamente normales, pero en su segunda porción duodenal aparece una tumoración extraduodenal que se continúa con sombra hepática. La reacción de Cassoni es positiva. Aparece entonces un síndrome de obstrucción biliar con ictericia, acolia y coluria. Con el diagnóstico probable de quiste hidatídico es intervenido, encontrándose solamente un conglomerado de epiplon mayor que engloba segunda porción duodenal. Desaparece el cuadro icterico, pero a los pocos días aqueja de nuevo las mismas molestias. Todos estos datos nos fueron facilitados por el médico de cabecera.

Acude a nuestra consulta particular el 22-8-50 refiriendo la historia antes descrita. A la exploración encontramos solamente ligera molestia epigástrica a la presión. El examen colecistográfico señala una vesícula enorme que se contrae parcialmente por la prueba de la contracción por las grasas. Por sondeo duodenal se obtiene bilis A. B. y C., y el examen microscópico del sedimento es negativo. A la exploración radioscópica, el estómago y duódono son normales, y sólo en parte media de segunda porción duodenal existe una disminución de la luz intestinal que desaparece con las ondas peristálticas enérgicas. Unos análisis de sangre que el enfermo traía, practicados el 9-8-50, señalaban una leucocitosis de 21.000 con 0 % de eosinófilos. Durante nuestra exploración los leucocitos era de 6.400 y la eosinofilia de 10 %.

Se califica el caso de eosinofilia recurrente, pero teniendo en cuenta que no puede descartarse la posibilidad de tratarse de un quiste hidatídico abierto en vías biliares, aunque ni la exploración clínica, radiológica ni quirúrgica consiguieron demostrarlo. Claro que no hay que olvidar que no fué abierto el colédoco durante la intervención.



Fístula coloduodenal por cáncer del ángulo hepático del colon

Dr. A. GALLART ESQUERDO

DESPUÉS de recordar los pocos casos publicados en la literatura de fístula coloduodenal, por cáncer del colon derecho, el autor relató el caso observado por él.

Varón de 66 años de edad, sin antecedentes familiares ni personales de importancia.

Desde hace 2 meses presenta astenia progresiva, anorexia, eructos pútridos y a veces vómitos porráceos. Con frecuencia, diarrea de tipo lientérico. Ha perdido 20 Kg. de peso corporal en estos dos últimos meses.

La exploración física descubre un tumor en la parte alta del vacío derecho y el examen radiológico, por enema e ingesta, una comunicación fistulosa entre el ángulo hepático del colon y la segunda porción del duodeno.

La intervención quirúrgica comprobó el diagnóstico clínico radiológico, practicándose la resección en Hogue de los 10 últimos centímetros del íleon, el ciego, el colon ascendente, el ángulo hepático, el tercio proximal del colon transversal, la segunda porción del duodeno, sin la papila de Vater, y el riñón derecho con el peritoneo parietal posterior adherido a él.

El examen histológico puso de manifiesto un adenocarcinoma tipo II de Brodthers, con zonas de tipo veloso.

El enfermo falleció a los 4 días del acto quirúrgico, a causa de peritonitis aguda por fallo de la sutura duodenoduodenal.



Aciertos y errores en el diagnóstico del cáncer gástrico

Dr. VIDAL COLOMER

EN repetidas ocasiones nos hemos referido, en estas sesiones clínicas, al diagnóstico precoz del cáncer del estómago y las dificultades que comporta. En esta materia es indudable que la práctica y la experiencia constituyen elementos de suma importancia que nos ayudan a conseguir resultados cada vez más satisfactorios, pero también debemos reconocer que no por esto dejamos de cometer errores de diagnóstico, tanto más cuanto más nos exponemos en nuestra pretensión de obtener diagnósticos en períodos de comienzo de la lesión.

Dice GUTMANN, y nosotros lo confirmamos, que para que la terapéutica quirúrgica pueda ofrecer las mayores probabilidades de éxito no hay que esperar a tener la seguridad sobre la naturaleza maligna de la lesión, sino que hay que decidirse cuando se tenga un diagnóstico de probabilidad. Este criterio resulta hoy en día más acertado todavía si consideramos que la gastrectomía ha dejado de ser aquella intervención tan peligrosa que todos recordamos. Esta manera de pensar nos proporciona a veces grandes satisfacciones al comprobar que hemos estado acertados en el diagnóstico precoz y otras veces asistimos, deprimidos, a la demostración de nuestro error de diagnóstico.

De los tres casos que vamos a ofrecer a vuestra consideración, en el