

La hernia del hiato es mucho más frecuente de lo que la mayoría de autores creen. Lo fundamental para su diagnóstico es pensar en ella y dirigir la exploración radiológica en este sentido, explorando a todos los enfermos en posición vertical y horizontal, lo que harán no nos pasen desapercibidas las hernias asintomáticas clínicamente.

Tratamiento. — Sólo en caso de complicaciones o de intolerancia, debe recurrirse a la cirugía. Debe combatirse por todos los medios la obesidad abdominal. Debe también ilustrarse al enfermo sobre la naturaleza de su dolencia, actuando sobre su psiquismo; evitar esfuerzos corporales, no acostarse después de las comidas, debiendo cenarse muy poco y no ir a la cama hasta unas horas después. Es útil la gimnasia respiratoria. No tiene experiencia sobre la frenicectomía, recordando a este respecto un caso, que así tratado curó de la anemia y mejoró la sintomatología, a pesar de la persistencia de la hernia.

Escuela de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona
Director F. Gallart Monés

Quistes hidatídicos del bazo. I. Patogenia. Anatomía patológica. Sintomatología clínica. Exploración física

A. GALLART-ESQUERDO

Sesión Clínica del día 24 de octubre de 1946.

Todos los autores están de acuerdo en que la equinococosis esplénica es rara. De cada cien quistes hidatídicos sólo de dos a tres asientan en el bazo.

La equinococosis esplénica puede ser *primitiva* y *secundaria*; en la primitiva, el embrión hexacanto alcanza el parénquima del bazo, siguiendo la *vía arterial*.

El quiste hidatídico puede localizarse en el centro del parénquima esplénico (*quiste central*) o en la periferia (*quiste periférico*, marginal, parietal o emergente); los periféricos pueden subdividirse en prehilares y retrohilares.

La regla es que el quiste hidatídico primitivo del bazo sea único y la excepción que sea múltiple.

En el bazo, como en las demás vísceras de la economía, el parénquima parasitado reacciona y forma la adventicia, que limita externamente la hidátide. La mayoría de veces el parénquima está atrofiado y existen fenómenos muy acusados de periesplenitis, que adhieren el quiste con el estómago, el intestino delgado, etc., pero sobre todo con el hemidiafragma izquierdo.

Las *complicaciones* que pueden originar los quistes hidatídicos del bazo, son: la supuración, la ruptura y la calcificación. La ruptura puede verificarse en el tórax (bronquios, pleura, etc.), en una víscera hueca (estómago, colon transversal, etcétera), en el peritoneo y en la piel.

La *sintomatología clínica* es vaga e imprecisa y sólo la aparición de una tumoración en el hipocondrio izquierdo es la que puede ponernos sobre la pista del diagnóstico. A pesar de que los quistes hidatídicos del bazo anatomopatológicamente se dividen en centrales y marginales, en la práctica, cuando el médico los diagnostica o el cirujano los opera, casi siempre son marginales.

Escuela de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona
Director: F. Gallart Monés

Fisiología del estómago operado

Dr. ROMERO CALATAYUD

Sesión Clínica del día 31 de octubre de 1946.

Se limita tan sólo al estudio de la acidez gástrica, dada la amplitud del tema. El problema fundamental del úlcus gástrico es el de la hiperacidez. Con la opera-

ción se suprime el *ulcus*, pero, ¿se logra disminuir la acidez? Expone las dificultades de cotejar los resultados, ya que son distintos los tipos de operación efectuados y diversos los sistemas para efectuar la medicación del CIH.

El repaso de las estadísticas de GALLART MONÉS, NEWMAN, MANZANOS, etc., es de resultados dispares. No obstante, de ellos se deduce que un tanto por ciento muy elevado de operados, con grandes resecciones gástricas, persiste la hiperacidez. La resección del antro con su hormona estímulo-secretora, no produce anaclorhidria, pues para ello se debieran suprimir todas las glándulas secretoras, que pueden obedecer a otros estímulos, por ejemplo, psíquicos. Además, existe otra hormona estimulante en el duodeno. En los casos de anaclorhidria, ésta sería obtenida por el reflejo duodenal y por el vaciamiento más rápido del estómago, que, según CORACHÁN, curaría la gastritis.

Se muestra contrario a la resección, pues no logra disminuir la acidez y es a veces causa de gastritis mecánicas, por efectuarse mal la digestión.

Sienta la indicación de la gastroenterostomía para las estenosis pilóricas, y la gastrectomía sólo para los casos de úlcera complicada, pero no en las úlceras simples.

Intervienen en la discusión los doctores BABOT, BARBERÁ, GRAS, ZAMANILLO, PI y FIGUERAS, GALLART-ESQUERDO, BADOSA y GALLART MONÉS.

Escuela de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona

Director: F. Gallart Monés

Un caso de esplenomegalia

A. T. PINÓS y A. GARCÍA PAREDES

Sesión Clínica del día 7 de noviembre de 1946.

Comentan un caso clínico referente a una enferma que presentó un cuadro brusco, con hipertrofia esplénica, desde el principio, prontamente acentuada, llegando a alcanzar el bazo, a marchas forzadas, la cresta iliaca izquierda. Este cuadro se acompañó de fiebre, cefalea, insomnio y un rosario ganglionar en la región cervical izquierda. Lo interesante de este cuadro no es precisamente su diagnóstico clínico, que los ponentes pudieron hacer con los datos habituales, catalogándolo de proceso leucémico agudo. El interés se centra en la exacta clasificación anatomopatológica, a través de los datos suministrados por la biopsia practicada en uno de los ganglios cervicales. Bajo el punto de vista práctico, este detalle tiene un valor relativo, pues el cuadro clínico de la leucosis aguda es independiente del tipo de células predominantes y su curso es muy parecido en todas ellas, siendo asimismo su pronóstico y terapéutica el mismo.

Proyectan unos clichés con las microfotografías. Se trata de células de núcleo redondo muy parecidos a los linfoblastos, llegando en virtud de diferentes consideraciones al diagnóstico histológico de linfoblastoma.

Detallan las diferentes teorías patogenéticas de la leucemia, relacionándolas con el caso presentado.

En el diagnóstico diferencial, tienen en cuenta, descartándolas, las esplenomegalias infecciosas, las de la enfermedad de Nieman-Pick, la enfermedad de Gaucher, las cirrosis, etc. Refiriéndose a la linfogranulomatosis, hacen remarcar los caracteres histológicos diferenciales. También pasan revista a la Mononucleosis infectiva, fiebre ganglionar o enfermedad de Pfeiffer, con sus caracteres clínicos diferentes al del cuadro presentado por la enferma objeto de la comunicación.

Discusión:

VILAR BONET: Considera el caso bien estudiado y el diagnóstico exacto, haciendo diferentes consideraciones de tipo patogénico.

GALLART-MONÉS: Comenta la clínica del cuadro presentado, sacando diferentes deducciones referente al diagnóstico diferencial.