

CRONICA DE ACTIVIDADES CIENTIFICAS

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

MEGADUODENO

Prof. Dr. F. GALLART MONÉS

Sesión Clínica, 17 enero 1946

Si existe el megaduodeno habría de ser definido como la dilatación idiopática del duodeno, ni paralítica ni pre-estenósica, con alargamiento y engrosamiento de las paredes del órgano. En los casos publicados, suelen encontrarse lesiones previas capaces de dificultar el tránsito del duodeno (tumor inflamatorio pancreático, periduodenitis, etc.), que ponen en duda la verdadera existencia del proceso. No cabe duda que es muy difícil descartar compresiones mesentéricas, bridas del ángulo duodenoyeyunal. Cuando la dilatación se extiende hasta el segmento inicial del yeyuno, es más fácil de aceptar la naturaleza idiopática del proceso.

Caso clínico: Enferma de 35 años, soltera, de tipo infantil. Desde muy joven, trastornos vagos: malestar, distensión y pesadez abdominales, post-prandiales con pausas de bienestar relativo; eructos agrios y hasta a veces pútridos. Cefaleas occipitales menstruales, astenia. Reglas escasas y dolorosas. Desde hace un mes, malestar general con escalofríos y fiebres con 38,5 un par de días, quedando con febrícula.

Exploración: Vientre flácido, riñón derecho ptósico. Anemia hipocroma. Weber positivo en heces. Leucocitos, 5.700. Mononucleares, 52. Sedimentación globular a la hora: 13 mm. Hipoclorhidria a la exploración con histamina.

Exploración radiológica: Estómago normal. Duodeno muy dilatado y alargado, cuya dilatación se extiende a las primeras asas del yeyuno. El resto del intestino delgado, es normal. Existe en la segunda porción del duodeno un divertículo interno de grandes proporciones. Hay ligera dificultad de tránsito en la tercera porción del duodeno, quedando éste siempre lleno durante la exploración. Los movimientos antiperistálticos son muy poco acuadosos.

A favor de un mega-dólico-duodeno esencial primitivo, tenemos el estado constitucional de la enferma: astenia, degaldez, su mononucleosis con neutropenia demostrativa de un estado de infantilismo de los tejidos hematopoyéticos, su divertículo duodenal, otro probable trastorno congénito, y la existencia de una dilatación simultánea de la primera porción. Abonan la naturaleza secundaria del proceso, las imágenes de la tercera porción duodenal y del yeyuno, que anatómicamente parecen estructurales, pero que funcionalmente tal vez no lo son, ya que el tránsito del resto del intestino es normal.

DISCUSION:

VIDAL-COLOMER. — Por diferentes razones, se muestra inclinado a creer en el origen teratológico del proceso.

PUIG SUREDA. — También cree en la existencia del dólico congénito.

BARBERÁ. — Se extiende en diferentes consideraciones sobre el tratamiento de este proceso y de las ectasias duodenales en general.

PINÓS. — Comenta las radiografías, inclinándose por el origen secundario del megaduodeno, consecutivo probablemente a estenosis orgánica, quizá por compresión de ganglios mesentéricos.

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

TRES CASOS DE ILEUS BILIAR

Dr. J. PRIM ROSELL

Sesión Clínica, 24 enero 1946

En 1943, en la Patología Abdominal Clínica de Gallart Monés y su Escuela, publicamos un caso de ileus biliar, intervenido y curado. En el IV Congreso Español de Enfermedades del Aparato Digestivo, presentamos en colaboración otro caso de esta forma de oclusión intestinal, también intervenido y curado; esta en-