

En abril del 45, empieza su historia actual, con cinco o seis deposiciones diarreicas al día, de color algo oscuro. Se le encuentra glucosuria, que haciendo régimen, desaparece al cabo de un mes.

A los dos meses, ruidos intestinales con pocas ventosidades. Un análisis de jugo gástrico da hiperclorhidria. Persiste la diarrea. A pesar de someterse a diversos tratamientos, mejora algo, pero recae.

En diciembre hace un tratamiento con 700.000 unidades de penicilina por vía oral, desapareciendo el cuadro a los tres días, pero al terminarlo reaparecen los síntomas de un modo paulatino. Un segundo tratamiento con 600.000 unidades, no da resultados tan buenos, y un tercero, hace cuatro días, con 1.200.000 unidades, no hace nada. En este tiempo el número de deposiciones no ha aumentado, pero sí su volumen, que llega a ser de litro a litro y medio. Ha perdido veinte kilos de peso. Anorexia desde hace diez días. Astenia.

Visto por nosotros en esta época, no encontramos nada a la exploración clínica. Radiológicamente, apreciamos un estómago desplazado a la derecha. En intestino delgado, alteraciones difusas en yeyuno-íleon. Esto era insuficiente para explicar el cuadro del enfermo, por lo que, vuelto a explorar nuevamente, nos fijamos en un pequeño nódulo en el lado izquierdo del abdómen, por encima y fuera del ombligo, que no formaba parte de la piel. Examinamos las regiones axilar e inguinal y se encuentran ganglios duros de tamaño variable.

Se practica biopsia de un ganglio de la axila y de otro de la ingle, cuyo examen, verificado por el Dr. Roca de Viñals, permite establecer el diagnóstico de linfoblastoma.

Creemos, pues, que los trastornos digestivos que presenta el enfermo son secundarios a la linfoblastomatosis.

Con tratamiento sintomático no ha mejorado nada. Ha aparecido ascitis. Se sienta la indicación terapéutica de la irradiación de los ganglios.

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

Director: F. Gallart Monés

FISTULA BILIO-RONQUIAL

R. CANALS MAYNER

Sesión clínica del día 7 de marzo de 1946

Refiere el autor la historia de un enfermo cuyo cuadro clínico le fuerza a suponer se trata de un quiste hidatídico hepático infectado, el cual ha determinado la producción de una supuración subdiafragmática, para luego, atravesando diafragma y pleura adheridos, vaciarse en pulmón y bronquios; últimamente el quiste se ha abierto en vías biliares y ha determinado una ictericia por obstrucción. A pesar de la negatividad de los antecedentes y de las reacciones biológicas pertinentes, y a pesar de que el individuo no ha expulsado membranas por vómica, se hace el diagnóstico de quiste hidatídico hepático, y bajo esta presunción es llevado el enfermo al quirófano.

No obstante aquella orientación diagnóstica, la intervención quirúrgica demuestra que en vez del supuesto quiste, el enfermo padece un absceso intrahepático de gran tamaño, al parecer solitario, sin membranas de ninguna clase, y cuya biopsia parietal demuestra en efecto, que se trata de un absceso parenquimatoso glandular.

¿Cuál fué la causa de esta supuración glandular?

Si se exceptúan las infecciones primitivas llevadas al seno de la glándula por un traumatismo, las restantes supuraciones hepáticas son siempre secundarias.

En general, se admiten dos tipos de supuración glandular: el absceso solitario, grande, a menudo aséptico, típico de los países tropicales que padecen la amibia-

sis, y del cual hemos visto algun caso entre europeos provenientes de aquellos países infectados por la ameba; y los abscesos pihémicos, pequeños infecciosos múltiples y graves, originados por un aporte de gérmenes, bien por contigüidad desde un foco supurado cercano, bien por vía sanguínea, arterial o venosa, a partir de una supuración lejana.

Descartado el origen hidatídico de nuestro caso, nos hallamos con un absceso grande, solitario al parecer.

Debemos desechar la amibiosis, por cuanto el enfermo, oriundo de Barcelona, no habiéndose movido jamás de ella, carece de toda anamnesis suspecto; no ha tenido nunca diarreas, y, además, las investigaciones practicadas en las heces y en el líquido biliar obtenido por la fistula operatoria, no han permitido hallar rastro de amibas.

Hurgando en la historia del enfermo, no encontramos otra puerta de entrada que la minúscula herida del talón, que se infectó y fué desbridada. Cabe, pues, creer que a partir de aquel foco nímio purulento, tuvo lugar por vía sanguínea una migración microbiana que fructificó en el seno de parénquima hepático.

Otro hecho notable a patentizar en este caso, es el de que estas infecciones focales susceptibles de determinar la posterior aparición de una supuración hepática, acostumbran a originar abscesos múltiples, pequeños y diseminados en el espesor del parénquima glandular, y esto no ha sucedido en un principio, posteriormente los probables diversos focos se fundieron en uno solo, como así lo demostró la intervención quirúrgica, la exploración digital y radiológica con oleoyodo, de la gran cavidad intrahepática, y el curso post-operatorio apirético y favorable, con reducción inmediata de la hepatomegalia y gran mejoría del estado general, lo cual patentiza la inexistencia de cualquier otro foco presumible.

Camino seguido en la migración de este absceso hepático: en este enfermo, a pesar de existir un absceso sub-frénico, la pleura no fué invadida, quedando siempre libre el seno costo-diafragmático, por sinfisis pleuro-diafragmático en la cúpula hepática, el pus pasó directamente desde el hígado y el absceso subfrénico, al pulmón y a los bronquios.

Otro punto interesante de este caso, se refiere al de la existencia de una ictericia por retención, concomitante con la fistula bilio bronquial.

Finalmente, hay que reseñar como lo más trascendente, la curación del enfermo, seguidamente al drenaje de su absceso hepático.

Discusión. — En la discusión intervinieron los doctores Soler Roig y Gallart Monés.

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

Director: F. Gallart Monés

LIOMIOSARCOMA DE LA VENA COLICA IZQUIERDA INFERIOR

Dres. J. PUIG SUREDA, R. ROCA DE VIÑALS, A. GALLART ESQUERDO
y J. SALLERAS

Sesión clínica del día 14 de marzo de 1946

Destaca la rareza del caso clínico que se expone, ya que no han encontrado otro semejante en la literatura médica revisada. Los tumores de otros tipos, de las venas abdominales, son también raros, habiendo encontrado solo seis casos, que son descritos.

Se trata de una enferma de 61 años, sin antecedente de interés, que desde hace cuatro meses padece crisis dolorosas intensas en fosa ilíaca izquierda, irradiadas hacia región lumbar del mismo lado. Duran de dos a cuatro horas y ceden con calor. Repiten cada tres o cuatro días Ningún otro síntoma. Buen apetito. Ha perdido diez kgs. de peso en este tiempo. Evacuación normal, diaria.