

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

Director: Prof. F. Gallart Monés

¿De qué murió un enfermo esplenectomizado?

Dr. J. PUIG-SUREDA

Sesión Clínica del día 28 de abril de 1949

PRESENTA el caso de un enfermo de 23 años, con un síndrome clínico esplenomegálico, cuyas características clínicas más destacadas son las siguientes: en la infancia, algunos brotes ictericos, no dolorosos, de pocos días de duración. Durante los dos últimos años ha presentado ictericia conjuntivo-mucosa persistente, pero con variaciones de intensidad; además, coluria, molestias dolorosas en hipocondrio izquierdo, astenia y pérdida de peso (11 kilogramos). Nunca acolia ni prurito.

Le fueron practicados varios análisis de sangre y orina, con los siguientes resultados: en sangre, anemia hiperchroma de grado moderado, serie blanca normal; bilirrubinemia cuantitativa discretamente aumentada, la cualitativa siempre fué indirecta, a excepción de los últimos meses; la velocidad de sedimentación, normal; la resistencia globular ligeramente disminuida; la formol y lactogelificación, negativas; el Weltman alargado; el Takata-Ara, unas veces positivo y otras negativo, etcétera, etcétera.

Sentada la indicación de esplenectomía, fué realizada el 24-1-49. La intervención resultó reglada y durante la misma fueron administrados 800 c. c. de sangre citrada. El bazo extirpado pesaba 1.000 gramos. El curso postoperatorio, durante los dos primeros días, transcurrió dentro de la normalidad, pero en la tarde del tercer día el enfermo aparece inquieto y presenta un tinte icterico que aumenta por momentos; además, taquicardia e hipertermia (40°). A las 21 horas, entra en coma y fallece a la madrugada.

La necropsia no descubrió ninguna causa que explicase el *exitus letalis*.

En la discusión tomaron parte:

SARD: Que habiendo examinado microscópicamente el hígado, bazo, riñón y páncreas, se inclina por una cirrosis hepática en fase temprana.

GUASCH: Después de haber analizado la sangre y orina obtenida *postmortem*, descarta la existencia de un accidente posttransfusional y cree que la causa de muerte fué una hepatitis, agravada por la operación. En este criterio abunda también el doctor Jov.

PINÓS: Aboga por la ictericia hemolítica y cree que la causa del *exitus* fué un hecho hemolítico desencadenado por la transfusión.

GALLART-MONÉS: Etiqueta el caso de cirrosis de predominio esplénico y se inclina por una hepatitis letal.

Las hemorroides y el cáncer del recto

Dr. J. BARBERÁ VOLTAS

Sesión Clínica del día 5 de mayo de 1949

LA arcaica concepción hemorroidaria de toda pérdida de sangre por el ano, ha constituido y constituye uno de los mayores obstáculos para llegar al diagnóstico del cáncer del recto. Esta escuela ha procurado por todos los

medios divulgar la necesidad que el médico tiene de pensar menos en las hemorroides para recordar más el cáncer del recto y, sobre todo, de prodigar la exploración de la región anorrectosigmoidea, para descubrir las múltiples afecciones anorrectales, que, como dice nuestro maestro GALLART-MONÉS, pudiendo ser fácilmente vistas y tocadas, no se hace lo posible para tocarlas y verlas.

Después de resumir dos historias clínicas escogidas al azar, entre otras que podrían sobradamente demostrar lo anteriormente indicado, se insiste en lo fácil que hubiera sido evitar errores tan imperdonables, ateniéndose sencillamente a la regla general antes expuesta de explorar bien la región anorrectosigmoidea, desechando diagnósticos acomodaticios y prescindiendo de cómodas rutinas.

El cáncer del recto, el más benigno del aparato digestivo, por su especialísima evolución anatomoclínica lenta, tolerable durante largo tiempo, es ciertamente curable, pero como ha podido demostrarse en las historias referidas, la vida de los enfermos cancerosos rectales está a menudo comprometida por la negligencia del médico a practicar una simple exploración de la región anorrectal. Téngase presente que el roce producido por el paso del cilindro fecal sobre la superficie de la neoplasia, puede producir fácilmente pequeños traumatismos o insignificantes heridas que determinan la expulsión de pequeñas o medianas pérdidas hemáticas, que al igual que ocurre en las hemorroides, serán expulsadas después de defecar, regando las heces. En otras ocasiones, la primera ulceración espontánea de la neoplasia, será la determinante de la primera epistaxis rectal sintomática de un cáncer silencioso. Se acepta fácilmente en clínica que constipación más sangre regando las heces, es igual a hemorroides; si bien esa fórmula es verdad en la generalidad de los casos, no es menos cierto que, en otros, constipación más sangre que riega las heces, es igual a cáncer del recto.

Por todo esto, siguiendo la consigna de nuestra escuela, no desperdiciaremos ocasión para incrustar en la mente del médico la necesidad de explorar detenidamente la región anorrectosigmoidea a todo enfermo que, de la forma que sea, presente o haya presentado la menor pérdida hemática por el ano, única manera de poder descubrir oportunamente el cáncer del recto y poder someter a estos enfermos a una terapéutica útil y muchas veces curativa.

Lesiones gástricas de evolución atípica

Dr. VIDAL COLOMER

Sesión Clínica del día 19 de mayo de 1949

DESPUÉS de diferentes consideraciones sobre las dificultades que encierra a veces el diagnóstico de determinados casos, presenta dos de ellos que, tanto por los síntomas que presentaban como por la evolución que siguieron, merecen ser atentamente considerados.

En el primer caso, se trataba de un carcinoma ulceriforme en un enfermo de 52 años, que había tenido una complicada historia, primero con ictericia, a la vez que se descubrió la existencia de una diabetes. Este enfermo presentaba un hígado aumentado de volumen y el hipocondrio derecho doloroso a la palpación. Posteriormente, se instaló de un modo constante el síndrome de dolor tardío en epigastrio a temporadas francas, con defensa muscular en el hipocondrio derecho, persistente. Se sometió a exploración radiológica; en la primera exploración, la imagen era muy sospechosa de neoplasia. Sometióse al en-