

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 equinocosis esplénica es rara. De cada cien quistes hidatídicos sólo de dos a tres asientan en el bazo.

La equinocosis 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 prehiliares y retrohiliares.

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-