

ción se suprime el úlcus, 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 ilíaca 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 anatómopatológica, 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.