

documentación gastroscópica, radiológica y de laboratorio, valorando en ellos los diferentes datos anteriormente enumerados y sacando las consecuencias oportunas.

DISCUSIÓN

Dr. Puig Sureda: Se refiere al aspecto quirúrgico de la comunicación. Indica que, en estos casos, en los que el esófago puede considerarse indemne de la infiltración maligna, existe no sólo el recurso, de reciente adquisición, de la gastrectomía total, sino muy especialmente de las resecciones proximales, parciales, por vía abdominalotórácica, que más recientemente todavía se han propuesto.

Dr. Vilar Bonet: Aporta un caso, que corrobora el criterio de los comunicantes, respecto a las dificultades para el diagnóstico diferencial de las deformaciones radiológicas del fórnix. En su enfermo, la documentación radiográfica que aporta, hace suponer la existencia de una neoplasia primitiva de esta región. La necropsia demostró la normalidad de la misma y la existencia de un carcinoma diseminado en páncreas, pedículo esplénico, hígado y su vecindad, que deformaba por compresión y estiramiento, el estómago.

Dr. De Nadal: Muestra la documentación radiográfica, gastroscópica y quirúrgica, de una neoplasia del fórnix, que, sin una sintomatología clínica previa, se perforó en el colon, siendo los primeros y únicos síntomas los de la fistulización gastrocólica.

Dr. Barberá: Presenta un caso con sintomatología disfágica y enorme desnutrición, en el que las exploraciones radiológicas en bipedestación no demostraron ninguna anomalía gástrica, y en el que, contrariamente, los decúbitos y especialmente la observación en Trendelenburg reveló una imagen característica de neoplasia en la cúpula gástrica, que abarcaba la extremidad inferior del esófago.

Dr. Valls Colomer: Pone sobre aviso de que, si bien las imágenes radiológicas aportadas en la comunicación son muy demostrativas, pueden aparecer muy semejantes en el caso de superposición de la sombra cardíaca, con la cúpula diafragmática y la cámara de aire. Da preferencia como síntoma definitivo, a la obtención de sangre durante el sondeo fraccionado gástrico, desde la primera muestra.

Dr. Gallart Monés: Destaca lo poco estudiada que ha sido esta localización gástrica de las neoplasias, por ser de difícil diagnóstico. Hace resaltar los síntomas subjetivos más frecuentes para sospechar la afección del estómago y valora la importancia de algunas de las imágenes aportadas, exponiendo su criterio del alto valor diagnóstico de la gastroscopia en estos casos. La aquilia y la hemorragia en el jugo del sondeo gástrico son datos trascendentales para, juntamente con la anemia, afirmarse en la idea de la neoplasia gástrica, afirmación que obliga a explorar minuciosamente todo el estómago, no olvidando jamás la región del fórnix.

Insiste en que no hay que ser pesimistas, considerando insuperables las dificultades diagnósticas en estos casos, para retrasar la indicación quirúrgica por muy grave que ésta sea, puesto que con los datos aportados hay más que suficiente para llegar a conclusiones categóricas.

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

Director: F. Gallart Monés

Estenosis Ileal. Estudio radiológico de la misma mediante la sonda de Miller-Abbott

Dr. J. Vilar Bonet

Sesión Clínica del día 6 de febrero de 1947

Comunica un caso observado en la Clínica Médica A. (Prof. A. Pedro Pons),

de la Facultad de Medicina, cuyo diagnóstico sindrómico era claro; en cambio, el etiológico ofrecía dificultades.

Se trataba de un paciente de 30 años, que 8 meses antes de su ingreso, sufre un ataque con características de apendicular agudo y es operado de apendicectomía a las 11 horas, en un Centro Mutual de esta ciudad. Pasa luego dos meses bien, notando sólo acentuación de su estreñimiento, hasta que sufre una crisis suboclusiva, que se resuelve espontáneamente; repite ésta 15 días después; a partir de entonces, se presentan tales crisis cada vez con mayor frecuencia, hasta que desde hace unos dos meses, las tiene casi a diario. Ha adelgazado considerablemente.

Presenta la serie radiográfica obtenida a su ingreso en la Clínica, mediante ingestión de papilla de bario; en ella se observa retardo en la evacuación gástrica, enorme distensión de las asas yeyunoileales, con muchos niveles; en cambio, al final de la exploración, se pueden observar las últimas asas ileales, cuya conformación es normal. Se deduce, por tanto, que en el ileon, alrededor de 1'5-2 metros antes de la válvula ileo-cecal, existe un obstáculo que no logra visualizarse.

Unos días después recurre a la intubación intestinal, mediante la sonda de Miller-Abbott, cuyo extremo se detiene en la pelvis, frente al promontorio; mediante inyección de substancia opaca, consigue radiografiar el trayecto estenosado, que tenía unos 5 cms. de largo y era de bordes lisos, aunque de forma irregular.

La sonda facilitó en el acto quirúrgico la localización de la estenosis y puso al intestino en inmejorables condiciones para la enteroanastomosis, que hubo de practicarse por no ser prudente efectuar la extirpación del magna adherencial que fijaba la zona estenosada al promontorio; se retira 4 días después de la intervención y es dado de alta a los 13 días de operado.

La exploración mediante la sonda de Miller-Abbott dió una orientación acerca de las características de la lesión, superior a la proporcionada por la misma laparotomía; no obstante, la radiografía no permitió sentar con seguridad un diagnóstico etiológico, al que sólo se llegó uniendo los datos clínicos-radiológicos con los obtenidos en el acto quirúrgico.

Intervinieron en la discusión los Doctores PINÓS, PI FIGUERAS, VALLS COLOMER, BARBERÁ y GALLART MONÉS.

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

Director: F. Gallart Monés

Crítica de los conceptos históricos de la apendicitis crónica

Dres. J. Pi Figueras y T. A. Pinós

Sesión Clínica del día 13 de febrero de 1947

Se refieren a los primeros autores que en la literatura médica hablan de apendicitis, como curiosidad histórica, ya que sus citas son accidentales y sin valor médico.

FINTZ es el primero que describe la enfermedad y le da el nombre de apendicitis, propugnando el tratamiento quirúrgico. Destacan el esfuerzo de los cirujanos americanos que con MURPHY y MAC-BURNEY a la cabeza dieron realmente valor a la apendicitis, como entidad nosológica.

Surge entonces, al comprobar la tendencia recidivante de las crisis, al concepto de apendicitis crónica. Pero ya en seguida se plantea el problema si la crisis aguda no será consecuencia de la apendicitis crónica.

A finales de la primera guerra mundial, la enfermedad se pone de moda, se le atribuyen un sin fin de procesos orgánicos, úlcus, colecistitis, etc., y se prodiga en exceso la apendicectomía. MOYNIHAM fué quien dió impulso con su gran autoridad a esta teoría.

La aparición de la exploración radiográfica, frenó algo aquel entusiasmo, pero hasta el año 1924 en que Czepa dió a conocer su procedimiento de visualización radiológica del apéndice, este medio diagnóstico no tuvo verdadero valor.

ASCHOFF introdujo el concepto de apendicitis fugaz, negando la apendicitis crónica «d'emblée», que atribuye simplemente a crisis más o menos larvadas. Los