

tornos del tránsito duodenal han sido estudiados, entre otras, por esta Escuela. Gutmann se pregunta: «¿Por qué será que estos enfermos con malformaciones congénitas no tienen manifestaciones clínicas hasta la edad adulta?» Y contesta con otro interrogante: «¿Será que a la alteración congénita se añade una estasis funcional o que la estenosis produce una exacerbación de la virulencia de la flora, que provoca una pseudo-duodeno-periduodenitis?»

La estenosis duodenal crónica se manifiesta siempre en el momento de nacer, esto es, carece de intervalo libre, lo que la diferencia de la estenosis pilórica, y su diagnóstico debe basarse en los caracteres del vómito, que al principio es escaso, contiene bilis y no es violento; más adelante, es brusco y tenaz, cede mal con los antiespasmódicos, etc. El diagnóstico de dicha afección es tanto radiológico como clínico y la radioscopia tiene más valor que la radiografía; la papilla se detiene en el ángulo duodenoeyunal y a veces se la ve refluir al estómago. El diagnóstico diferencial debe hacerse, aparte de la estenosis pilórica orgánica y funcional, con las atresias duodenales incompletas y con las rotaciones defectuosas del ciego.

El tratamiento se reduce a colocar al niño en posición genucubital y a administrarle tónicos, suero, lavados gástricos, rechlorurar, papillas espesas, etc.

La etiopatogenia es muy dudosa. Sin embargo, nuestra opinión es que la estenosis no es intrínseca y que el factor inorgánico predomina sobre el mecánico.

* * *

DISCUSION. — VIDAL-COLOMER. — Aporta el caso de un niño de tres meses, al que vió en plena fase de vómitos agudos; radiológicamente había una dilatación duodenal, al parecer por obstáculo en el ángulo de Treitz; en decúbito ventral pasaba algo de papilla, pero no en el dorsal. Con el tratamiento postural mejoró; al año había aumentado de peso y la dilatación duodenal era menos acusada. El ciego estaba ectópico.

PINÓS. — Hace resaltar que la dificultad en el tránsito duodenal en los casos aportados está en lugares distintos; siempre hay dilatación por encima del obstáculo; y pregunta: «¿Esta lesión es debida a mala posición de la viscera o a lesiones flogósicas fraguadas en la vida intra o extrauterina?»

GALLART MONÉS. — Es evidente que las imágenes radiológicas de la estasis duodenal en el lactante no son tan demostrativas como las del adulto. Referente a que la primera siempre sea de origen congénito, como creen algunos autores, es posible, pero lo que puedo afirmar es que hay numerosos casos en los que en su historia clínica no existen antecedentes que abonen esta manera de pensar. En el adulto, la estasis duodenal crónica carece de sintomatología propia, por cuyo motivo nosotros la consideramos un síndrome y no una enfermedad.

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

Director: F. Gallart Monés

ENDOFLEBITIS OBLITERANTE SUPRAHEPÁTICA O ENFERMEDAD DE CHIARI

Dres. T. A. PINÓS, J. M. RAMENTOL y M. FUSTÉ PANISELLO

Sesión clínica del día 31 de enero de 1946

Aportan un caso de enfermedad de Chiari, diagnosticado *a posteriori* y gracias al estudio histológico de las preparaciones del hígado obtenido en la necropsia. Ponen de manifiesto que la mayor parte de los pocos casos publicados, fueron también diagnosticados postmortem y gracias al estudio histológico, que presenta imágenes características e inconfundibles.

Indican que la sintomatología clínica de esta enfermedad se deduce de dos mecanismos patogenéticos: 1.º El estancamiento de la sangre en el propio hígado

y posteriormente en el sistema de la porta; 2.º Una perturbación grave en el funcionalismo de la célula hepática como órgano metabólico, pero no como órgano excretor.

En el caso presentado, tuvo lugar la manifestación progresiva de los siguientes síntomas: 1.º La aparición precoz de la ascitis como síntoma dominante; 2.º El desarrollo final de la circulación complementaria; 3.º La rápida reproducción del derrame ascítico después de su evacuación; 4.º La reiterada presencia de hematies abundantes en el líquido ascítico.

Estas cuatro características de la ascitis orientaban el diagnóstico a un proceso de éxtasis venoso portal rápidamente fraguado. Se pensó en la trombosis portal, pero la hepatomegalia y la existencia de perturbaciones hepáticas denegaban dicho diagnóstico. No se pensó que la obliteración se había realizado por encima del hígado. De tenerlo presente, se hubieran comprendido los siguientes síntomas: 5.º La existencia de una hepatomegalia rápidamente presentada y sus características de lisura y falta de dolor; 6.º El que casi al mismo tiempo que la ascitis, aparecieran grandes edemas declives y derrame pleural derecho; 7.º El hecho que la astenia, siempre el primer síntoma clínico de todo trastorno funcional hepático, apareciera posteriormente a la ascitis; 8.º La positividad tardía de las reacciones de insuficiencia hepática, y 9.º La ausencia de ictericia durante todo el curso de la enfermedad.

Fué la histopatología la que dijo la última palabra. En efecto, se apreció que los espacios de Kiernan no presentaban ningún síntoma de flogosis ni de neoformación conjuntival; eran completamente normales; que la vena centrolobulillar presentaba alteración intensa de la pared que una hemorragia en sábana se había fraguado en el centro del lobulillo y que éste conservaba en su periferia las células parenquimatosas sin la menor señal de degeneración. Es decir, se observó la imagen histológica del hígado de éxtasis, pero la vena centrolobulillar aparecía con alteración intensa de la pared, en lugar de presentarse dilatada y conservada.

* * *

DISCUSIÓN. — GALLART ESQUERDO. — Ante el antecedente familiar de un hijo muerto de ictericia *neo natorum*, recuerda que ésta ha sido atribuída a malformaciones congénitas de las vías biliares y cree que es un dato a tener en cuenta en el estudio de la etiopatogenia de la afección del padre. Hace ciertas consideraciones sobre las pruebas funcionales hepáticas.

BABOT. — Habla sobre las variaciones de la reacción de Takata-Ara en este enfermo.

GALLART MONÉS. — Juzga muy difícil el diagnóstico clínico de esta afección, por su rareza y por lo complicado de su sintomatología, y hace observaciones acerca de la clínica y pruebas funcionales de este caso.