

literatura sobre el tema la sintomatología clínica de la úlcera del divertículo de Meckel, sus complicaciones, el diagnóstico diferencial y el tratamiento.

Termina diciendo que si se tiene presente la posible existencia de la rara lesión referida, muy probablemente podrá diagnosticarse y tratar adecuadamente al presente meckeliano.

Intervinieron en la discusión los Dres. Prim, Balsells Par, Solduga, Pinós, Roca de Viñals y Gallart Monés.



Litiasis biliar y cáncer gástrico

Dr. GALLART MONÉS

COMENTA dos historias. En la primera se refiere a un hombre de 54 años y de 94 kilogramos de peso, bebedor, que presentaba epigastralgias intensas, que a veces requirieron el uso de morfina y en ocasiones se acompañaban de ictericia, por períodos de 15 días, habiendo pasado hasta dos años bien. Posteriormente presentaba epigastralgias tardías a las cuatro horas de la ingesta, por la tarde o de madrugada, que calmaban con calor local. Entre esta sintomatología se presentaban intervalos en los cuales el enfermo sufría trastornos dispépticos más o menos banales. Hace seis meses presentó vómitos de retención. Las exploraciones demostraron chapoteo, defensa no dolorosa en el hipocondrio derecho; la tetrayodo fué negativa (exploración que el enfermo traía a la consulta, como asimismo un dictamen que indicaba periduodenitis responsable de su retención gástrica). Confiados en estas exploraciones y encontrando lógica el resultado de las mismas, concordante con la sintomatología del enfermo, no se repitieron dichas exploraciones. La intervención quirúrgica demostró en efecto una vesícula habitada, pero la retención gástrica no era por periduodenitis, sino por estar el estómago invadido por un carcinoma coloide que ocupaba toda la región pilórica.

La otra historia hacía referencia a un enfermo de 62 años que en 1939, después de un viaje en automóvil, presentó una epigastralgia nocturna con vómitos. Hace un año presenta una crisis dolorosa violenta con ictericia. Hace un mes y medio malestar de madrugada que calma con ingesta, vómitos, adelgazamiento de 14 kilogramos en un año. La colecistografía con Priodax demostró exclusión vesicular. La exploración gastroduodenal a la pantalla demuestra la existencia de un carcinoma que abarca a todo el antro. La intervención quirúrgica demostró la existencia de cálculos vesiculares y del carcinoma.

Estima que la relación entre cáncer y colelitiasis es más bien casual, aunque la gastritis antral por trastornos a la evacuación puede contribuir a la implantación de la neoplasia en el antro. Insiste en que frente a un cuadro tí-

pico vesicular debe explorarse sistemáticamente el estómago para evitar sorpresas desagradables, como las mencionadas en el caso 1.º

Discusión. — Dr. Vilar Bonet: Cita un caso personal. Se trataba de un enfermo con tumoración epigástrica y crisis dolorosas de tipo vesicular. Radiográficamente pudo observarse una imagen calcificada que comprendía toda la vesícula biliar y además todo el antro, que se veía invadido por una enorme neoplasia. No había síndrome estenosante.

Dr. Vidal Colomer: Cree que siempre hay que explorar el estómago. No cree que la retención por estenosis de origen periduodenítico pueda influir en el desarrollo de la neoplasia gástrica.

Dr. Valls Colomer: Cree que no debe omitirse nunca la exploración gastroduodenal, no sólo por despistar la neoplasia, la aparición de la cual no es cosa frecuente que acompañe a las colecistopatías, sino porque además del examen gastroduodenal pueden obtenerse signos indirectos.

Seudo tumor abdominal

Dr. A. MOYA PRATS

COMIENZA el conferenciante presentando el enfermo T. M. de 45 años de edad, sin otros antecedentes que unas molestias en epigastrio poco intensas, que no le llamaron nunca la atención y que en ocasión de una afección gripal refiere a su médico de cabecera. Este facultativo aprecia al explorar el abdomen una tumoración en región paraumbilical dr. y remite a dicho paciente al digestólogo para su estudio, encargándose el Dr. Blasi, quien nos lo envía con un informe en el que dice: El enfermo T. M. presenta una tumoración en vacío dr. junto al ombligo que, visto a R. X., es extra-intestinal. Por la topografía interesa descartar el origen renal. Caso de no serlo proseguiría su estudio, ya que por su eosinofilia sospecharía un quiste hidatídico abdominal.

A la exploración clínica se aprecia una tumoración redondeada situada en región paraumbilical dr., que no tiene contacto lumbar, lisa, de consistencia elástica y que gira alrededor de un pedículo central; la exploración no causa dolor al paciente. A la percusión se percibe una sonda mate redondeada sensiblemente igual a la tumoración y que está cruzada por una banda timpánica horizontal, que corresponde al colon transverso. Esta tumoración no sigue los movimientos respiratorios. Riñones impalpables. La fórmula hemática es: Hematíes, 3/200.000. Leucocitos, 5/600. Hemoglobina, 70 % y un hemograma con 5 eosinófilos. V. S. G. 1.ª h. 10, 2.ª h. 20 V. G. 1 Reacción de Weltman indica 5. Reacción de Weinberg negativa. Urea en sangre, 0,250/00. Sedimento de orina: ausencia de elementos anormales. Se le practica una cistoscopia y cromocistoscopia: Mucosa vesical normal, eliminación