

Se ocupan sucintamente del significado de las formaciones tumorales, de células argentafines, del tracto intestinal, refiriéndose en particular a los documentados estudios de Masson.

Los carcinoides no siempre pueden ser considerados como tumores benignos, pues en ocasiones metastatizan. En la actualidad se interpretan como una modalidad de carcinomas de crecimiento lento y malignidad relativa.

Sus especiales características y los problemas que la interpretación de los mismos suscita, nos dan una evidencia más de la complejidad de la Oncología.

DISCUSION. — PINÓS. — Ha podido estudiar histológicamente dos carcinoides apendiculares. Se refiere a los aspectos histológico y evolutivo de estos tumores.

Tumor benigno del estómago, degenerado

DRES. E. VIDAL-COLOMER, J. NADAL-BAIXERAS y C. BONNIN PLANAS

Sesión Clínica del día 30 de octubre de 1947

En esta Escuela, la casuística de tumores benignos de estómago es reciente y, no obstante, relativamente abundante. La causa de ello radica principalmente en el empleo de la gastroscopia, ya que todos los casos, menos uno, han sido observados desde que hemos adoptado este método de exploración de una manera sistemática.

Por lo que hace referencia al diagnóstico, los tumores benignos de estómago se presentan a confusión con el cáncer y con la úlcera. Además, cuando hay hemorragias silenciosas pueden confundirse con la lúes.

Desde el punto de vista del tratamiento, éste debe ser siempre quirúrgico por dos causas: a veces por las hemorragias y siempre por el peligro de degeneración maligna.

El caso que sometemos hoy a vuestra consideración, pertenece al Dispensario de Patología Digestiva de la Cátedra de Patología General del Prof. Gironés.

Se trata de un hombre de 48 años de edad, con una historia de cuatro meses de molestias vagas de tipo dispéptico sin vómitos ni hemorragias, con buen apetito y conservación de peso.

La exploración radioológica ofrecía lugar a dudas. La gastroscopia, practicada conjuntamente con el doctor Vilar Bonet, permitió establecer con seguridad el diagnóstico de tumor benigno degenerado. Dicho diagnóstico fué confirmado en la intervención practicada por el doctor Usúa Mariné.

El examen histológico practicado por el Prof. Sánchez Lucas puso de manifiesto que se trataba de un adenoma con nidos neoplásicos en la capa muscular.

El presente caso, conjuntamente con los demás que llevamos observados en esta Escuela, induce a considerar que los tumores benignos de estómago, excepción hecha de los orificiales, cuando no sangran, pueden permanecer silenciosos e ignorados por espacio de muchos años, durante los cuales aumenta su tamaño y peligro de degeneración. Y que, por consiguiente, la exploración radiológica y el examen gastroscópico constituyen los elementos que permiten incrementar las casuísticas. La primera porque se prodiga mucho y el segundo por su gran eficacia.

«Íleo biliar»

DR. N. LLORET BARBER:

Sesión Clínica del día 13 de noviembre de 1947.

Los cálculos biliares que alcanzan en tubo gastrointestinal a través de sus vías naturales, raramente producen fenómenos intestinales obstructivos, pues o son demasiado pequeños para producir el íleo, o bien demasiado grandes para que puedan pasar por el coledoco y su esfínter. Sin embargo, en uno de nuestros casos, en la

operación por íleo biliar, tanto la vesícula como el resto de las vías biliares se encontraban completamente libres de adherencias, ni presentaban signo alguno que hiciera sospechar la existencia de una comunicación fistulosa entre dichas estructuras y el tracto gastrointestinal, a pesar de que el cálculo responsable de la obstrucción se encontraba detenido en el íleon, a 80 centímetros de la válvula íleocecal; tenía un diámetro de 3 1/2 centímetros y un peso de 11 gramos. No obstante, en la inmensa mayoría de los casos, los cálculos llegan a través de una comunicación fistulosa establecida entre la vesícula y menos a menudo el coledoco, y cualquier porción del tubo gastrointestinal.

El tamaño del cálculo desempeña un papel importante, pero no único, en la génesis del íleo biliar. Así hemos visto grandes cálculos biliares expulsados momentáneamente por el recto, con ligeras molestias abdominales e íleos provocados por cálculos relativamente pequeños. A la acción oclusora del cálculo se une el edema y el espasmo de la pared intestinal.

La sintomatología del íleo biliar corresponde a la de la obstrucción intestinal de cualquier origen, pero más vaga. El dolor abdominal de tipo calambriorme y onduante se localiza en el epigastrio. Pronto aparecen los vómitos, que son abundantes, acuosos primero y fecaloides después. Por la exploración se encuentran ciertas zonas de bazuqueo intestinal y signos de peristaltismo intestinal más reconocibles por auscultación del abdomen que por la inspección del mismo. Estos hallazgos contrastan notablemente con los signos de quietismo y vaciamiento de otros segmentos intestinales. Según el curso de la enfermedad, es decir, según se produzca el atascamiento definitivo del cálculo o su progresión y su nueva detención, el cuadro clínico varía. En el primer caso, hay persistencia y aumento de la intensidad de los síntomas y signos. Empero es más corriente que el cálculo progresa y coincidiendo con la misma se presente una mejoría o calma de todos los caracteres clínicos para reaparecer al producirse una nueva detención del cálculo. Estos períodos de actividad y reposo de los síntomas y signos de la oclusión intestinal se suceden alternativamente, en brotes sucesivos, es el llamado síndrome por etapas de Karewski.

Se trata por lo general de mujeres de más de 45 años, que presentan antecedentes de cólicos biliares con o sin ictericia, que en ocasiones uno de estos episodios ha sido más intenso y de más duración, acompañado de fiebre, correspondiendo seguramente al desarrollo de una pericistitis. El diagnóstico se establece por la edad, el sexo, los antecedentes, carácter intermitente del dolor y el posible desplazamiento del mismo a cada nuevo brote oclusivo.

Los rayos X constituyen un valioso medio de diagnóstico, ya por el examen simple, ya mediante la ingestión de pequeñas cantidades de papilla baritada durante los períodos de calma.

El tratamiento es quirúrgico. El éxito del mismo depende del diagnóstico precoz y de la rapidez con que se decide la intervención. Sólo en ciertos casos en los que se observa una tendencia a la progresión de cálculos, se ensayará un tratamiento conservador (intubación intestinal, belladona, calor local), que más bien servirá para preparar al enfermo para la operación que para obtener la expulsión espontánea del cálculo, si bien una de nuestras enfermas expulsó un cálculo con este proceder.

Hemos podido recopilar de la literatura médica española 28 casos de íleo biliar, en los que incluimos los seis casos observados por nosotros, dos conjuntamente con el malogrado doctor Soler Juliá y otro enfermo de Ramentol que tenía un cálculo biliar que había pasado al estómago, en el cual practicamos una gastrostomía. De los tres casos observados personalmente, uno curó por expulsión espontánea del cálculo; los otros dos, curaron mediante la enterostomía. Esta recopilación incluye once casos tratados médicamente, de los que murieron cinco. Los resultados son aparentemente favorables al tratamiento médico. Pero hay que tener en cuenta que la mayoría de los casos quirúrgicos fueron operados tardíamente, muchos a los seis u ocho días, y otros hasta después de los doce días de haberse iniciado la crisis oclusiva, y que la mayoría de los casos se refieren a una época en la que no se ponían en práctica los actuales cuidados pre y post-operatorios de los enfermos. Tampoco hay que olvidar que en ocasiones se trata de trastornos dolorosos del cálculo a través de la luz intestinal, más bien que de verdaderas oclusiones intestinales producidas por el atascamiento definitivo del cálculo.