

aquéllos casos en que el paciente presenta otra lesión en su estómago, en cuyo caso cabe la posibilidad de que el tumor permanezca ignorado, como en el caso que exponen en que el descubrimiento se debe al examen de unas radiografías de estómago practicadas con la intención de buscar una lesión de otro tipo, más relacionada con la sintomatología clínica del enfermo.

Exponen el caso de un enfermo que desde la edad de 12 años padece un dolor epigástrico, irregular, que calmaba con la aplicación de calor o frío y algunas veces con alcalinos. El dolor guardaba cierta relación con las comidas y los padecía de preferencia en verano. Dicho enfermo tuvo un cuadro de abdomen agudo que es diagnosticado de perforación gástrica y operado de urgencia, y la laparatomía pone de manifiesto la no existencia de un aplastamiento vertebral capaz de explicar el cuadro seudoperforativo. Unos meses más tarde vuelve a ingresar de nuevo en el Policlínico Platón, con el mismo cuadro perforativo, pero menos acusado; en esta ocasión no se interviene al enfermo y se procede a continuación a un examen detenido roentgenológico de su estómago, y unas radiografías practicadas ponen de manifiesto la existencia de un nicho yuxtapiórico, y a nivel de la incisura angularis en una de las caras del estómago se pone de manifiesto la existencia de unas circunferencias o imágenes circulares superpuestas, que hacen sospechar la existencia de un tumor poliposo a dicho nivel, hecho que se confirma a la gastroscopia.

*Discusión.* — Dr. Balsells: Pone de manifiesto lo raro que dichas afecciones producen una perforación del estómago, siendo más corriente que por invaginación produzcan una obstrucción pilórica. Al mismo tiempo indica que hubiese sido importante practicar un enema baritado al enfermo para descartar la posible coexistencia de una poliposis cólica.

Dr. Pinós: Pone de manifiesto la valiosa aportación que sobre dicha enfermedad hizo la Escuela del año 1945 en la publicación de seis tumores de diversos tipos histológicos.

Dr. Valls Colomer: Hace referencia a lo poco que se cita a los autores europeos, que tanto han trabajado en esta cuestión, en los libros y revistas americanas.

Dr. Gallart Monés: La frecuencia en que los tumores benignos del estómago se ponen de manifiesto por una de las complicaciones que ocasionan, una de ellas la hemorragia.

### **Tumor benigno del duodeno**

Dres. E. VIDAL COLOMER, J. BADOSA GASPAR y M. FUSTÉ PANICELLO

**L**os ponentes hacen resaltar la rareza de los tumores benignos del duodeno, mencionando los pocos trabajos nacionales y extranjeros que han podido recoger. Desde el punto de vista histológico, citan y en orden de frecuencia, primero los adenomas, luego los miomas, fibromas, lí-

pomas y angiomas. Precisan que las formas poliposas son las más frecuentes y que, implantándose en la base del bulbo duodenal, crecen longitudinalmente en sentido caudal, pudiendo llegar a tener cierta longitud. El diagnóstico clínico resulta imposible por presentar sólo un síndrome dispéptico acompañado de melenas, generalmente frecuentes y poco abundantes. Pueden coexistir con un úlcus duodenal. Generalmente constituyen un hallazgo necrótico, quirúrgico o radiológico. Radiológicamente se observa que el bulbo duodenal conserva sus contracciones peristálticas más o menos modificadas según el tamaño del tumor, a veces incluso con movimientos antiperistálticos; en su interior se aprecian imágenes lagunares cuyo tamaño, forma y localización varían en cada radiografía practicada en diferentes posiciones e incluso en una misma posición, debido a que el tumor se repliega sobre sí mismo cambiando de forma; estas imágenes lagunares presentan un contorno seguido, sin solución de continuidad, y en su fondo es posible apreciar a veces la mucosa duodenal conservada, características que los distinguen de las neoformaciones malignas.

Ante la sospecha de un tumor benigno de duodeno, hay que indicar la intervención quirúrgica por la persistencia de las hemorragias, por la posible transformación maligna y por el peligro de perforación de la pared del duodeno producida por el tumor. La intervención es relativamente fácil en las formas poliposas, pero puede resultar muy laboriosa si se trata de una forma sesil o cuando el tumor esté implantado en la cara posterior del duodeno, en cuyos casos será preciso practicar la resección.

A continuación presentan el caso observado. Enfermo de 70 años, con antecedentes sin importancia. Hace veinte meses nota astenia y vahidos; hace 17 meses, lipotimia y melena; desde entonces aumenta la astenia y evacua casi siempre con deposiciones negras, anorexia intensa, pérdida de 7 kilos durante este tiempo. A la exploración, palidez de piel y mucosas, nada más de anormal. Hematías, 2.630.0000; Valor globular, 0'61; leucopenia, polinucleosis, 84 %; urea, 0'52 gs. por mil en sangre; Wassermann y complementarias, negativas; eritrosedimentación, 3-7-104, y aquilia a la prueba de la histamina. Se proyectan varias radiografías con las características radiológicas indicadas. Mejoró de estado general con tratamiento sintomático y fué intervenido (Dr. Puig Sureda), encontrando una tumoración cilíndrica, de color rojo vinoso, blanda, de nueve centímetros de longitud, implantada en la base del bulbo duodenal, Histológicamente presentaba las características de un pólipo fibromatoso con intensa reacción inflamatoria. (Dr. Roca de Viñals).