

del carmín de índigo en ambos lados a los 5 minutos, azul intenso, eyaculaciones normales. Pielografía ascendente. Contorno renal bastante visible, pelvis renal con falta de rotación y uréter fuertemente desviado hacia la derecha. Se le practica un enfisema retroperitoneal y una U. I. V. (neopielografía). Se confirman los datos de la U. A. y se delimita correctamente el contorno del riñón derecho. Se le obtiene un clisé en oblicua dr. y se aprecia una masa de las características descritas, prevertebral y rodeada de enfisema. Ante estos datos practicamos un nuevo tránsito intestinal y apreciamos que la papilla de bario pasa correctamente por el colon transversal; no se aprecia imagen tumoral, pero la tumoración comprime el colon, produciendo su depresión en cuanto se disminuye la presión. Ante estos datos confirmamos que se trata de una tumoración retroperitoneal que desplaza el uréter, cuya naturaleza nos es desconocida. Por exclusión sentamos la hipótesis de: Un pseudoquistes pancreático de evolución inferior o de un quiste de mesenterio. Ante riñón en herradura, que se pudo exteriorizar bien por la brecha abierta, en este estado de cosas le practicamos una laparatomía, encontrándonos con un peritoneo posterior. No se halló ninguna tumoración ni quiste y la masa que se palpaba era, sin lugar a dudas, el istmo renal. Se dejó reparado el peritoneo y se cerró por planos. Evolucionó el postoperatorio sin incidencias. ¿Qué enseñanzas se desprenden de este caso? 1.º Desconfiar el resultado radiológico, sin (como en este caso se hizo por economía de material sensible) repetir las exploraciones en ambos lados. 2.º La laparatomía exploradora continúa teniendo un valor inapreciable en el estudio de los tumores abdominales.

Intervienen en la discusión el Dr. Prim y el Prof. Dr. Gallart Mones.



Tumor benigno de estómago

Dres. VIDAL COLOMER Y COLOMER LLORENS

Los comunicantes ponen de manifiesto la mayor frecuencia de los tumores benignos, atribuyéndolo a su examen más detenido y concienzudo de la exploración roentgenológica, a la mayor divulgación del examen gastroscópico y a la investigación sistemática de estos tumores en las necropsias.

Afirman que en dicha Escuela la mayor frecuencia va relacionada a la práctica de la gastroscopia, juntamente en que se piensa más en ella y ya no lo consideran como una enfermedad rara, y a perfeccionamiento en el examen roentgenológico de los enfermos, hechos que marcan al mismo tiempo un considerable y evidente progreso en la clínica de dichos procesos.

No obstante reconocen que, a pesar de ello, pasan más o menudo de lo que se desearía inadvertidos pequeños tumores gástricos, como ocurre en

aquellos 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 cuadroseudoperforativo. 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 yuxtapilórico, 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

Los 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, li-