

y en contra de úlcus péptico gastroduodenal perforado, que es la afección de más frecuente confusión diagnóstica.

ZUSAMMENFASSUNG

Wir untersuchten in unserer Klinik die Leukozytenveränderungen von 11 Patienten mit akuter hämorrhagischer Pankreasentzündung. Auffallend war, dass die Hyperleukozytose bei unseren Kranken viel geringer war als die von anderen Autoren erzielte. Wichtig ist, dass das Fehlen oder geringe Auftreten von unreifen Formen in den ersten 6-12 Stunden zu Gunsten einer akuten Pankreasnekrose und gegen ein perforiertes peptisches Gastro-Duodenalgeschwür vomit am leichtesten eine Verwechslung in der Diagnose vorkommen kann, spricht.

RÉSUMÉ

Nous étudions les altérations leucocytaires chez 11 malades de pancréatite aigue hémorragique, observés dans notre Service. Un fait a attiré notre attention: l'hyperleucocytose de nos cas est inférieure à celle obtenue par d'autres auteurs. Il est important de consigner que le manque de formes non mûres dans les 6 ou 12 premières heures, ou leur présence avec des chiffres très bas, parle pour une nécrose aigue pancréatique et contre l'ulcus peptique gastroduodénal perforé, qui est l'affection qui présente une plus fréquente confusion diagnostique.

SOBRE LA NATURALEZA DEL ULCUS ANTRAL

J. FERNÁNDEZ PLEYÁN

Del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Provincial de Madrid. Director: Prof. DR. C. GONZÁLEZ BUENO

El problema de la posible transformación de las úlceras gástricas, ha sido y es cuestión ampliamente debatida por los que se dedican a estudiar de cerca este aspecto de la patología digestiva.

La frecuencia y posibilidad con que una úlcera puede sufrir la degeneración carcinomatosa es apreciada de modo muy distinto por los diferentes autores; pero si nosotros consideramos *a priori* la posibilidad de la transformación maligna de los úlcus gástricos, tenemos que aceptar que de todos ellos, son los de localización antral los que deben inducirnos la sospecha de malignidad. Que las úlceras antrales sean carcinomatosas, o bien que éstas en su evolución puedan sufrir la transformación maligna es un hecho que mantiene divididos a los clínicos y anatomopatólogos, del mismo modo que tampoco está unificado el criterio sobre los límites anatómo-funcionales del antro.

CRITERIO DE LOCALIZACIÓN. — Como úlceras de antro pilórico se designan aquellas que radican en la región de este nombre. Por antro se entiende la porción gástrica situada entre la incisura angularis o ángulo y la iniciación del conducto pilórico. Si consideramos el estómago en la pantalla, en posición erecta, podremos distinguir una silueta vertical en la que encontramos una porción descendente, una acodadura y una porción ascendente u horizontal. En el polo superior se encuentra la cámara de aire. Las nomenclaturas y criterios aceptados para la delimitación anatómica y funcional de estas porciones varían, y así, mientras GROEDEL designa como *fundus* a la porción superior del segmento vertical, separada del *corpus* por la *incisura cardíaca*, considerando como *antro* a la porción ascendente u horizontal, FORSELL admite el estómago dividido en dos segmentos, uno vertical o *sacculus digestorius* y otro horizontal o *canalis egestorius*. A la porción superior la designa con el nombre de *fornix* y al saco gástrico de Groedel *sinus*, mientras que el antro pilórico lo constituye el *canalis egestorius*.

La complicada arquitectura muscular del estómago, con la tan discutida existencia de un esfínter antral, así como el comportamiento fisiológico, hace que sea muy cuestionable la unificación de las nomenclaturas; nosotros, simplificando, en beneficio de la claridad, usaremos los nombres de *porción horizontal* y *porción vertical* del estómago.

NATURALEZA DEL ULCUS ANTRAL. — Como divergen los criterios mantenidos acerca de la localización, igualmente divergen los sustentados para la determinación de la naturaleza de los úlcus situados en la porción horizontal del estómago.

Radiológicamente no pueden establecerse conclusiones exactas y definitivas acerca de la benignidad o malignidad de la lesión, pues a pesar de la minuciosa descripción que GUTTMANN da de los caracteres de benignidad y malignidad de los nichos, autores como EUSTERMANN y BALFOUR, afirman que el 9 por 100 de las úlceras carcinomatosas fueron señaladas como benignas por el radiólogo, y éste, en el 30 por 100, no pudo precisar su naturaleza. La diversidad en los criterios está mantenida por una constelación de factores que difícilmente permite unificarlos. En primer término no existe un criterio claramente establecido para la identificación de la benignidad o malignidad de la lesión. El examen histológico, si bien la mayor parte de las veces permite establecer un diagnóstico certero, tampoco puede aceptarse como definitivo; así, mientras para EWING la presencia de proliferaciones epiteliales atípicas en las glándulas de los bordes de la úlcera no pueden considerarse como signos indelebles de malignidad, otros autores, por el contrario, lo consideran como patognomónico. De otra parte, como más adelante hemos de ver, es posible la coexistencia de carcinoma y úlcera, y además, de todos es conocida la tendencia ulcerativa de ciertos tipos de neoplasias, lo que aumenta la complejidad del asunto.

Este desacuerdo es elocuente al revisar las estadísticas: el problema de la transformación maligna

es estimado por HAYEM como una realidad indiscutible, mientras que TRIPIER no acepta esa transformación considerando que las úlceras que presentan degeneración atípica serían cánceres desde un principio que evolucionarían bajo el aspecto clínico y radiológico del úlcus. MOUTIER entre 603 úlceras, sólo ve dos casos de úlcus-cáncer; REHFUSS no admite más que un 2 por 100 de transformaciones malignas, y SAUER dice que, entre 181 úlcus gástricos sólo uno desarrolló un carcinoma. KALK cree que degeneran del 1 al 5,5 por 100 de los úlcus gástricos y el 25 por 100 de los situados en la porción horizontal. Por el contrario, MAC CARTHY eleva a un 10 por 100 la frecuencia de la degeneración maligna del úlcus. El profesor JIMÉNEZ DÍAZ mantiene el criterio de que las úlceras que sufren la transformación maligna son muy escasas y de hacerlo únicamente las que están situadas en la porción horizontal.

Los trabajos de HENRY HARTMANN y MAURICE RENAUD rechazan la transformación maligna del úlcus, considerándola como una eventualidad extraordinaria. Estos autores no admiten la teoría del úlcus cáncer (úlcera transformada de Guttman) y aceptan la existencia de dos enfermedades diferentes: la *úlcera callosa verdadera* y la *úlcera cancerosa* (cáncer ulceriforme). Sin embargo, hacen ciertas reservas: al rechazar la transformación exponen que "no quiere decir que la infiltración secundaria de una úlcera no se realice jamás", ya que observan en una de sus piezas de gastrectomía, que sobre uno de los puntos periféricos proliferó un carcinoma que invadía un poco la úlcera, mientras que se extendía sobre la pared gástrica vecina. Pero según el referido autor, estos hechos son excepcionales, ya que en sus 128 piezas de resección por úlcera callosa, solamente en 2 el cáncer podía considerarse como verdaderamente desenvuelto sobre una antigua úlcera. Resumiendo la concepción de HARTMANN y RENAUD, estos autores consideran una independencia absoluta de cáncer y úlcera y no admiten la posibilidad de transformación de un proceso en otro, concediendo sin embargo la eventualidad accidental del desarrollo de un cáncer sobre una úlcera.

GUTTMANN combate en parte este modo de ver de HARTMANN: admite en primer término la posible transformación de úlcera en cáncer y concede una trascendental importancia a la topografía del úlcus: él no ha visto la transformación de las úlceras situadas en la porción vertical del estómago y, por el contrario, considera que las situadas en la porción horizontal son siempre sospechosas de malignidad o de posible transformación.

JAMES EWING mantiene dos puntos de vista propios:

1.º Los carcinomas de antro pilórico se ulceran precozmente en razón de la digestión y de la infección secundaria, pudiendo llegar esta ulceración a tal profundidad que no quede ningún resto inicial de cáncer. Para él la presencia de islotes glandulares sobre los bordes de la úlcera no indican que el cáncer sea una secuela de la misma.

2.º La presencia de múltiples focos cancerosos precoces en un territorio limitante complica la in-

terpretación de las úlceras cancerosas. Los carcinomas pueden desenvolverse por transformación gradual sobre la valla de una úlcera, pero no tienen nada que ver con la úlcera inicial. Son cánceres primarios independientes.

NEWCOMB considera que para aceptar la transformación maligna de un úlcus, histológicamente, hay que demostrar la preexistencia de úlcera y la existencia de carcinoma. En este sentido estima que siempre existe en el curso de la cicatrización de los



Fig. 1

úlcus una proliferación epitelial activa a nivel de los bordes, al mismo tiempo que se forma tejido cicatricial fibroso que puede englobar el epitelio regenerado y, por consiguiente, si tales aspectos se toman como signos de malignidad, se da lugar a una lamentable confusión.

Para STAEMLER, la transformación es posible a partir de un estado precanceroso que diera lugar al desarrollo posterior de un verdadero carcinoma.

GUTTMANN al aceptar la transformación maligna de las úlceras situadas en la porción horizontal, insiste, aparte de los estudios histológicos, en el interés que tiene el estudio radiológico minucioso.

Describe con gran minuciosidad los caracteres que radiológicamente presentan los nichos malignos y benignos, poniendo especialmente en guardia sobre los que se encuentran en la porción antral, preconizando para su identificación definitiva, en los casos dudosos, la denominada prueba terapéutica evolutiva bajo control radiológico.

Los trabajos de GALLART y colaboradores, especialmente referidos al diagnóstico precoz del cáncer gástrico, ponen de manifiesto la importancia que en este sentido tiene la radiología, insistiendo sobre los caracteres de los nichos sospechosos (nicho en meseta, nicho empotrado, nicho en una laguna, rigideces segmentarias, imagen en menisco de Carman, etc.), en cuya descripción no podemos entrar. De los trabajos realizados llega GALLART a

la conclusión de que frente a un enfermo que presente cualquiera de las imágenes citadas, se debe instituir un tratamiento médico de prueba; una vez seguido éste unos quince o veinte días, hay que tener en cuenta:

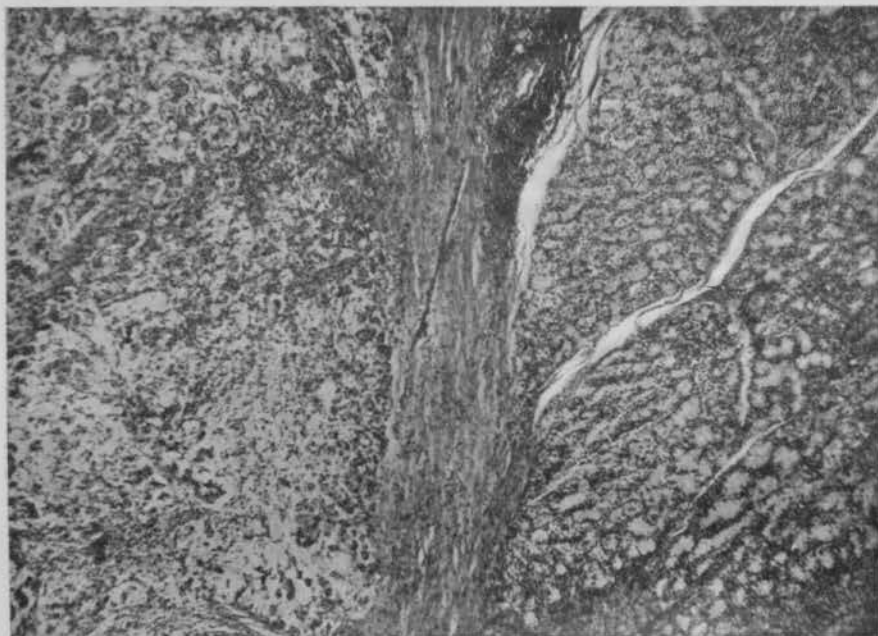


Fig. 2

1.º Que la desaparición espontánea o con terapéutica médica de los síntomas clínicos y los signos radiológicos es debida casi con seguridad a proceso ulceroso benigno.

2.º Que la mejoría de los síntomas clínicos acompañada de la mejoría de los signos radiológicos equivale probablemente a lesión benigna.

3.º Que la mejoría de los síntomas clínicos con persistencia o agravación de los radiológicos es sospechosa de lesión maligna.

4.º Que la persistencia o agravación de los síntomas clínicos, con persistencia o agravación de los signos radiológicos, indica casi con seguridad absoluta que la lesión es maligna.

Si bien es cierto la importancia que la radiología presenta en este aspecto, tampoco es menos cierto las dificultades diagnósticas que a veces plantea, aparte de que no siempre es definitiva.

Que el antro pilórico es el punto inicial de la mayoría de los procesos cancerosos está claramente establecido; ahora bien, las úlceras localizadas en la porción horizontal son relativamente escasas.

NUESTRO CRITERIO. — Basados en la revisión de nuestros casos, podemos afirmar en primer lugar que el porcentaje de úlcus de la porción hori-

zontal del estómago es escaso en relación a otra localización. El material quirúrgico revisado se eleva a 1.400 casos, habiendo encontrado únicamente 51 de localización en la porción horizontal.

De todas las piezas de resección hemos efectuado el estudio macro y microscópico, lo que nos permite afirmar que jamás hemos encontrado en los úlcus localizados en la porción vertical signos de atipia celular que permitiera sospechar la existencia de cancerización o coexistencia de procesos malignos con la úlcera. Ésta se encuentra sujeta a las fases de actividad de sus brotes; puede curar espontáneamente o por influjo de régimen apropiado, pero ni clínica ni histológicamente hemos encontrado la transformación maligna.

El estudio de los úlcus de la región horizontal del estómago no nos permite hacer estas afirmaciones tan rotundas y nuestro criterio difiere en parte del que sostenemos para las úlceras de la porción vertical, ya que en los casos estudiados en los diferentes aspectos, tenemos hallazgos cuyo enjuiciamiento es más complejo.

Hemos establecido dos grupos de úlcus de la porción horizontal: Un primer grupo en el que inclu-

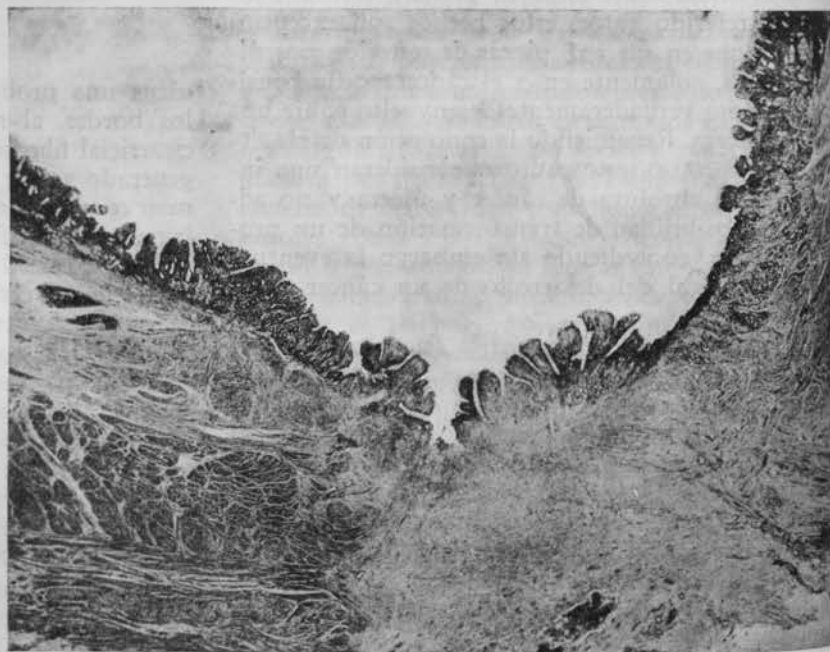


Fig. 3

mos todos los casos clínica e histológicamente diagnosticados de *ulcus simples*, y un segundo grupo en el que figuran los casos de evolución atípica o que presentan signos histológicos de malignidad.

Primer grupo. — El número de casos de úlcus de la porción horizontal asciende a 47; en todos ellos el diagnóstico clínico-radiológico fué certero.

confirmándose por la intervención quirúrgica. Macroscópicamente las lesiones correspondían a la clásica úlcera simple callosa e histológicamente ninguno de ellos presentó caracteres de malignidad. El tipo evolutivo de estos casos, así como sus caracteres macro y microscópicos, responde al patrón único, que pudiéramos denominar estereotipado, de todos los ulcus, y por consiguiente no presenta ningún interés la aportación de los casos clínicos, ya que de todos es conocida toda la sintomatología y la estructura histopatológica de la lesión.

Segundo grupo. — Los cuatro casos que incluimos en este apartado presentan, por el contrario, una evolución atípica; el hallazgo operatorio era dudoso en relación a las afirmaciones radiológicas y clínicas, no pudiéndose establecer un criterio exacto acerca de la benignidad o malignidad de la lesión encontrada. En su estudio histológico se encontraron caracteres de malignidad, evidente en todos los casos, lo que es prueba indudable de que en la porción horizontal del estómago es posible la presentación de úlceras de tipo maligno, o bien la transformación eventual de un ulcus simple en un

Historia clínica núm. 409. — I. J. M., 24 años. Serrada (Ávila). Jornalero. Casado.

Desde hace unos tres meses, y sin ningún antecedente anterior, dolor epigástrico sin relación directa con las comidas, que se calmaba provocándose el vómito y a veces con alcalinos. Acidismo. Desde que comenzó la enfermedad estreñi-



Fig. 4

miento intenso. Pérdida de peso (no sabe cuánto). Regular de apetito. Bien de orina.

Exploración. — Enfermo bien constituido, regular estado de nutrición. Bien de amígdalas y faringe. Caries dentarias. Abdomen: Cicatriz operatoria de apendicectomía. Palpación no ofrece nada anormal. Dolor en plexo solar a la presión profunda. Circulatorio, nada anormal. Peso, 61 kilogramos. Talla, 1,68 metros. P. A., 12,5-7,5.

Hemograma. — Nada de interés. Orina, normal. Heces: Reacción a la bencidina negativa. Químico gástrico: Hiperclorhidria elevada (curva descendente).

Examen radiológico. — Se observa un gran nicho en región de antro pilórico. Se le somete a tratamiento médico, ingresando posteriormente en la Clínica por no haber experimentado ninguna mejoría.

Intervención quirúrgica (Dr. GONZÁLEZ BUENO) 13 de octubre de 1943. — Estómago dilatado presentando en región antral pilórica un ulcus de cara anterior, con grandes adherencias a páncreas. Gastrectomía a lo Polya. Sutura en tres planos. Anestesia local. Alta el 25 de octubre de 1943.

Descripción macroscópica de la pieza. — Dos grandes úlceras confluentes de antro; los bordes son muy prominentes y ulcerados (fig. 1). La mucosa marginal presenta gran cantidad de manchas hemorrágicas.

Descripción microscópica. — Mucosa con glándulas de tipo pilórico, algo hiperplasiadas, con infiltración linfoplasmocitaria no muy elevada. Entre los fascículos de la capa muscular y en todo el espesor de la submucosa, la cual presenta fuerte reacción inflamatoria esclerosa, existe proliferación infiltrativa invasora de elementos celulares atípicos, dotados en gran parte de gran capacidad mucipara. Algunos de ellos, agrupados en islotes, presentan degeneración mucoide. Diagnóstico anatomopatológico: Ulcus cancerizado o carcinoma muciparo ulcerado.

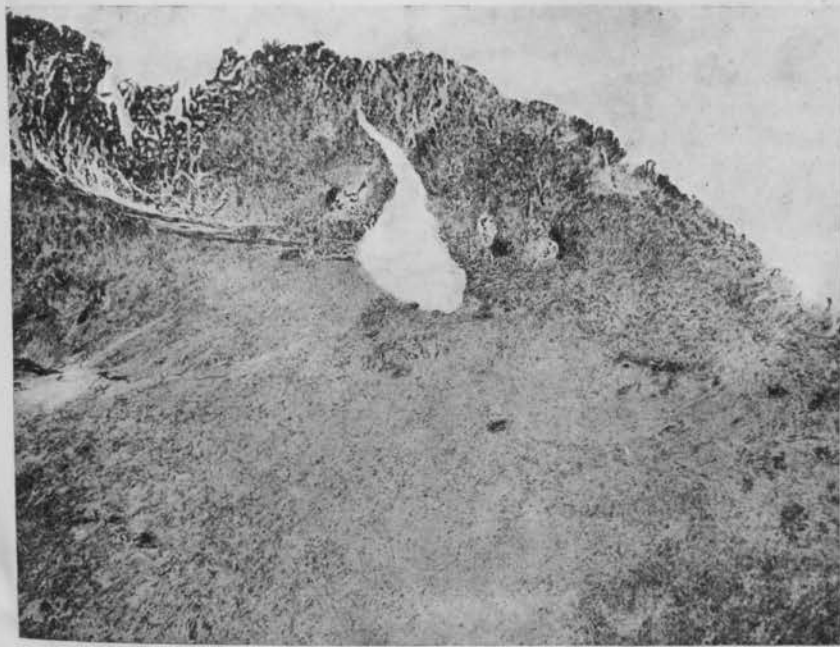


Fig. 5

proceso cancerizado. Adjuntamos los resúmenes clínicos de los cuatro casos, así como los informes histopatológicos, con la documentación gráfica, lo que evidencia la marcada diferencia que presentan estos casos con los del grupo anterior, en que todos ellos respondían a un mismo tipo lesional y clínico.

En la microfotografía (fig. 2) se aprecia a la izquierda la zona neoplásica que ha crecido por debajo de la mucosa, a la derecha.

Historia clínica núm. 825.— V. M. M. 31 años. San Martín de Valdeiglesias (Madrid). Casado. Jornalero.

Historia de seis años, que evoluciona a temporadas, con ardor epigástrico y malas digestiones. A los seis meses de



Fig. 6

enfermedad dolores violentos epigástricos que calmaba con alcalinos. Desde los últimos siete meses de su proceso, vómitos casi a diario, fáciles, espontáneos, que se presentan a las dos-tres horas de las comidas, de pequeña cantidad, de sabor amargo y con restos alimenticios del mismo día a medio digerir. No hematemesis ni melenas. Bien de vientre. No pérdida de peso.

Exploración clínica.— Regular estado de nutrición. Buena coloración de piel y mucosas. Respiratorio: Roncus y sibilancias diseminadas por ambos campos pulmonares. Tonos cardíacos normales de intensidad. Arritmia extrasistólica. Abdomen: Latido epigástrico manifiesto. Ligera contractura de zona periumbilical. Punto epigástrico positivo. Peso: 58,900 kilogramos. Talla: 1,63. P. A., 11,5-7. Orina, normal. Heces, H. O. negativas. Quimismo gástrico: Hipoclorhidria intensa. Informe radiológico: Se aprecia un nicho de antro pilórico, intensamente doloroso a la presión. Informe gastroscópico: En zona del ángulo, ulceración alargada con fondo blanco amarillento. Hipertrofia ligera de pliegues.

Intervención quirúrgica (Dr. GONZÁLEZ BUENO), 18 de enero de 1944. Lap. media supraumbilical. Estómago arrollado por ulcus de curvatura menor muy bajo (región horizontal). Gastrectomía a lo Polya. Anestesia local. Pared puntos metálicos.

Descripción macroscópica de la pieza de resección.— Lesión de aspecto erosivo-hemorrágico situada en curvatura menor, antro pilórico.

Estudio histológico.— Mucosa infiltrada por elementos plasmocitarios y eosinófilos, que en el supuesto surco erosivo presenta atrofia glandular, alternada con formaciones poliposas microscópicas. El epitelio glandular presenta en dichos puntos signos de proliferación atípica y la reacción inflamatoria crónica subyacente es irregularmente acusada. Además, bajo dicho surco se aprecia alguna reacción fibrosa de la pared gástrica coincidente con la desaparición de las tunicas musculares, produciendo la impresión de una reacción cicatricial. Diagnóstico anatomopatológico: Gastritis crónica con neoformación poliposa (¿carcinoma en génesis?).

En la microfotografía (fig. 3) se observa mucosa atrofiada con neoformaciones poliposas microscópicas (quince aumentos), y en la microfotografía de la figura 4 se observan las neoformaciones papilares microscópicas señaladas en la microfotografía anterior y correspondientes a la zona de atrofia de la mucosa.

El conjunto ofrece el aspecto de una úlcera cicatrizada, con la interrupción de la capa muscular, atrofia mucosa y neoformación papilar (microfotografía figura 3).

Historia clínica núm. 741.— G. L. R. 50 años. Alcázar (Ciudad Real). Casado. Guarnicionero.

Historia de ocho años de molestias poco intensas, con dolor epigástrico. Desde hace un año y medio se acentúan intensamente, apareciéndole vómitos a las dos horas de las comidas que le calmaban sus molestias. Son diarios, agrios, sin restos alimenticios, provocados y difíciles. Eructos con sabor a huesos podridos. Estreñimiento pertinaz.

Exploración clínica.— Mal estado de nutrición. Piel seca y rugosa. Palidez de piel y mucosas. Sepsis oral y falta de piezas dentarias: Abdomen: tenso, con dolor en punto epigástrico. Defensa en hipocondrio izquierdo. Mendel y Head negativos. Circulatorio y respiratorio, nada anormal. Orina normal. Heces: H. O. negativas. Quimismo gástrico: intensa hiperclorhidria. P. A., 9,5-5,5. Examen radiológico: Estómago ptósico, dilatado, atónico, metido en pelvis. Caída de papilla en copos de nieve, adoptando disposición en cazoleta. A las veinticuatro horas la papilla persiste en estómago, sin haber evacuado más que una escasa cantidad de la misma.

Intervención quirúrgica (Dr. GONZÁLEZ BUENO), 18 de junio de 1943. — Estómago muy dilatado presentando induración de aspecto neoplásico de antro pilórico. Ganglio infartado de curvatura menor. Gastrectomía muy amplia a lo Polya. Invaginación del muñón en bolsa de tabaco. Alta curación el 19-VI-1943.

Descripción macroscópica de la pieza de resección.— Engrosamiento en forma de rodete de la región antral, prominente en la cavidad gástrica, presentando una ulceración en su parte

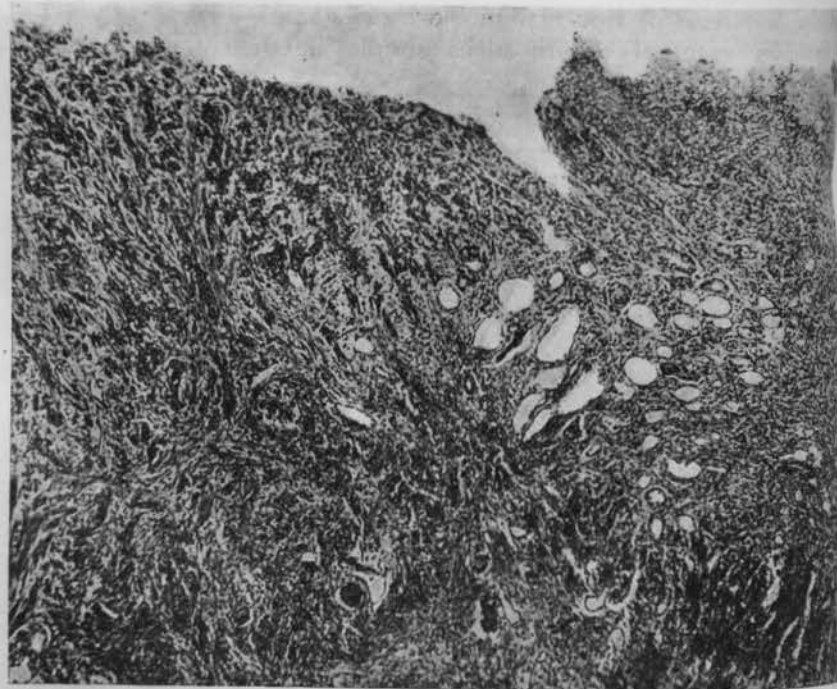


Fig. 7

central; está bien delimitada en el contorno, orientada hacia la cavidad del fondo del estómago, extendiéndose el engrosamiento hacia piloro.

Descripción microscópica.— Neoplasia epitelial, cuyas células forman nódulos en la submucosa y cordones que se extienden por la profundidad de ésta y por los resquicios del conectivo vascular de las tunicas musculares. La reacción fibroesclerosa es muy acentuada, principalmente en la submucosa, a expensas de cuya hipertrofia se ha producido principalmente el engrosamiento de la pared gástrica. Diagnóstico anatomo-

patológico: Carcinoma escirro ulcerado de antro pilórico. En el ángulo superior izquierdo de la microfotografía (figura 5) se aprecia una pequeña porción de la mucosa gástrica; hacia la derecha falta ésta y se aprecia la línea descendente correspondiente al borde de la ulceración. Toda la densa masa del tejido conjuntivo subyacente está difusamente infiltrada por diminutos nidos de células cancerosas.

Historia clínica núm. 576. — M. R. R. 38 años, Manzanar (Ciudad Real). Casada. S. L.

Historia de ocho-diez meses con dolor epigástrico poco intenso, irradiado a la espalda, sin relación con las comidas, y que no se calma con alcalinos. El dolor, primeramente a temporadas cortas, se ha hecho actualmente continuo, presentando además vómitos alimenticios frecuentes. Adelgazamiento. Astenia. Estreñimiento.

Exploración clínica. — Desnutrida. Palidez de piel y mucosas. Abdomen en el que se señalan las asas intestinales dilatadas, observándose el peristaltismo intestinal. Dolor en punto epigástrico. Resto de la exploración negativa. Examen radiológico: Estómago ptósico, metido en pelvis. Caída de papilla en copos de nieve, adoptando disposición en semiluna. Algunas contracciones peristálticas débiles. No se encuentran signos directos de úlcus gastroduodenal, pareciendo existir un pequeño defecto de repleción en región antral, difícil de evidenciar por las dificultades de exploración que presenta el estómago por la gran atonía.

Intervención quirúrgica (Dr. GONZÁLEZ BUENO), 26 de octubre del año 1942. — Lap. media supraumbilical. Estómago dilatado presentando en región de antro pilórico una induración de tipo tumoral, ulcerada. Se le practica una amplia gastrectomía a lo Polya. Alta curación a los ocho días.

Descripción macroscópica de la pieza de resección. — Ulceración no muy profunda, del tamaño de una moneda de un céntimo, situada en la porción horizontal del estómago, cerca del ángulo. Desde la parte inferior de dicha ulceración y a lo largo del canal de Waldeyer, existe un surco erosivo-ulceroso que pone en comunicación dicha úlcera con otra yuxtapiórica algo más extensa que aquélla (fig. 6).

Descripción microscópica. — Al borde de la úlcera, mucosa de tipo intestinal, crónicamente inflamada, con evidentes signos de actividad secretora e infiltración proliferativa. Pérdida de substancia que afecta hasta las capas musculares. Infiltración inflamatoria y reacción esclerosa de los tejidos contiguos a la úlcera. En la pared del cráter de ésta existen elementos celulares de tipo epitelial desdiferenciados, los cuales, dispuestos en trabéculas finas, invaden infiltrativamente parte del tejido inmediato a la ulceración. Diagnóstico anatomopatológico: Úlcus péptico con degeneración carcinomatosa de tipo escirroso.

En la microfotografía (fig. 7) se aprecia el borde del fondo de la úlcera. A la derecha zona de necrosis y a la izquierda neoformación carcinomatosa de tipo escirroso (unos 20 X). En la figura 8 se observa la zona carcinomatosa a mayor aumento.

CONCLUSIONES

1.^a La frecuencia de los úlcus localizados en la porción horizontal del estómago es escasa en relación al porcentaje de presentación en otros segmentos gástricos. En nuestra estadística el 3 por 100.

2.^a Las úlceras de la porción vertical del estómago no sufren degeneración maligna.

3.^a Las úlceras de la porción horizontal del estómago pueden sufrir eventualmente degeneración maligna. Nosotros aceptamos como más lógico que

los procesos ulcerosos de tipo maligno, son primitivamente neoplasias, con tendencia ulcerativa.

4.^a La elección primitiva de la porción horizontal para los carcinomas puede permitir que se inserten signos de malignidad en un proceso ulceroso benigno.

5.^a Las úlceras de la porción horizontal, a pesar de presentar caracteres de benignidad, deben ser siempre consideradas como sospechosas de pro-

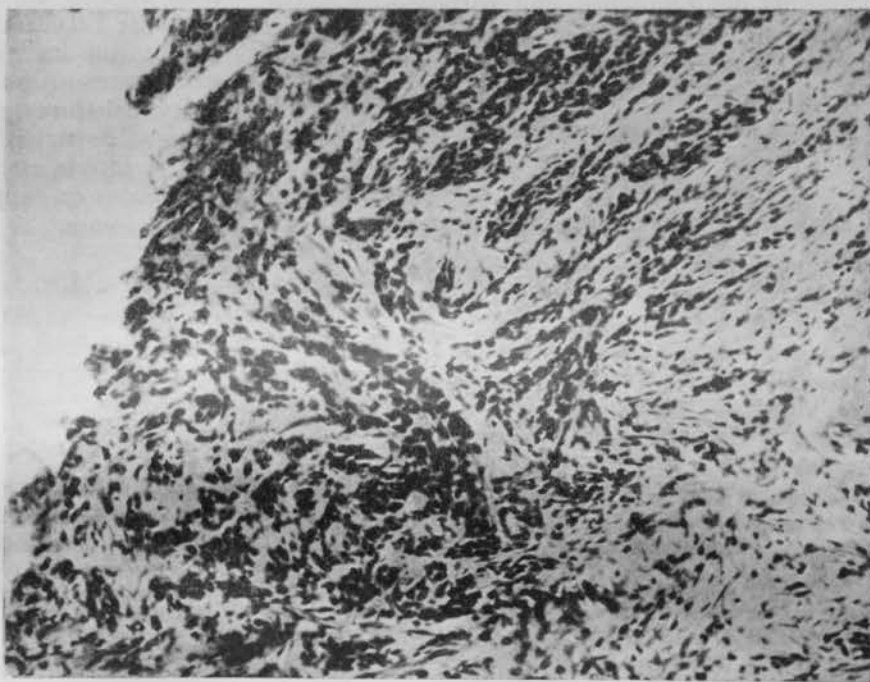


Fig. 8

ceso maligno y debe implantarse con mucha cautela la prueba terapéutica evolutiva, bajo el control radiológico constante.

RESUMEN

Se ha hecho un estudio macro y microscópico de todas las piezas de resección por úlcus gástricos, poniéndose de manifiesto la escasa frecuencia de los situados en región antral, así como la necesidad de considerar como sospechosos de naturaleza neoplásica a todo nicho situado en la región horizontal del estómago.

Se considera como una eventualidad extraordinariamente rara la transformación maligna de un nicho ulceroso de esta región, admitiéndose como más lógico, en virtud del estudio clínico y anatomopatológico, el que los nichos malignos sean de origen primitivamente canceroso. En las úlceras de curvatura menor (porción vertical) no se han observado jamás signos de atipia celular y la evolución de estas úlceras está sujeta a las fases de actividad de los brotes que presenta siempre la enfermedad ulcerosa.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurde ein makro-und-mikroskopisches Studium aller von Ulcusoperationen stammenden Prä-

parate vorgenommen; dabei konnte festgestellt werden, dass das Geschwür nur ganz selten in der Gegend des Antrums sitzt. Ebenso muss jede in der horizontalen Magengegend vorgefundene Nische Tumorverdacht erwecken.

Man ist der Ansicht, dass eine maligne Umbildung einer in dieser Gegend gelegenen Ulcusnische nur ganz selten vorkommt, wogegen es logischer erscheint, von vorneherein anzunehmen, dass es sich angesichts des klinischen und pathologisch-anatomischen Studiums bei den malignen Nischen um primär kanzeröse Nischen handelt. Bei den Geschwüren der *curvatura minor* (vertikaler Teil) konnten niemals Zeichen einer Zellatypie beobachtet werden; der Verlauf dieser Geschwüre ist an die Aktivitätsphasen, der einzelnen Schübe, die bei jeder Ulcuskrankheit zu finden sind, gebunden.

RÉSUMÉ

On a réalisé une étude macro et microscopique de toutes les pièces de résection en ulcus gastriques; il se manifeste la rare fréquence de localisation dans la région antrale, ainsi que la nécessité de considérer toute niche située dans la région horizontale de l'estomac comme suspecte de nature néoplasique.

On considère comme une éventualité très rare la transformation maligne d'une niche ulcéreuse de cette région, admettant comme plus logique, en vertu de l'étude clinique et anatomopathologique, le fait que les niches malignes aient une origine primitivement cancéreuse. Chez les ulcères de moindre courbature (portion verticale) on n'a jamais observé de signes d'atypie cellulaire et l'évolution de ces ulcères est sujette aux phases d'activité des bourgeons qui apparaissent toujours dans la maladie ulcéreuse.

NOTAS CLÍNICAS

UN CASO DE MIOMA GÁSTRICO

C. JIMÉNEZ DÍAZ, M. MORALES PLEGUEZUELO
y L. DE LARA

(Instituto de Investigaciones Médicas y Clínica Médica de la Facultad de Madrid. Prof.: C. JIMÉNEZ DÍAZ)

Hemos tenido la oportunidad de observar, y hacer el diagnóstico antes de la intervención, un caso de mioma o fibromioma gástrico, comprobándose el diagnóstico en la intervención quirúrgica. La frecuencia no excesiva de este tipo de tumores, causa de que no se diagnostiquen en muchos casos, nos hace parecer interesante su comunicación.

La historia del enfermo era la siguiente:

F. V. C. Visto por nosotros en 19-II-1940, cuando tiene 23 años. Cuando tenía solamente 16 tuvo una parotiditis seguida de orquitis unilateral; en la convalecencia tuvo vómitos repetidos que atribuyó a la medicación tomada, pero después quedó en apariencia bien hasta pasados unos tres meses en que una mañana se levantó con cefalea y mareo, así pasó todo el día, aquella noche hizo una abundante y blanda deposición totalmente negra, a la siguiente mañana una hematemesis copiosa; siguió con hemorragia, aunque ya atenuada, y la sintomatología secundaria unos ocho días. A partir de aquella fecha ha seguido teniendo hemorragias intensas, hematemesis y melenas con intervalos variables de uno-tres meses, en una ocasión hasta de seis; la melena suele durar ocho-diez días, queda débil y anémico, pero después se va restaurando y queda sin síntomas y en aparente buena salud hasta la próxima. En 1936 tuvo una muy copiosa que exigió transfusión sanguínea, y pasó luego tres años, hasta 1939, sin ningún síntoma; en X-1939 y en I-1940 dos accidentes intensos.

Aparte de las hemorragias su único síntoma es la existencia de algunos ardores, a temporadas, de media a una hora después de la toma de alimento, en epigastrio, y acidismo ascendente a veces; también algún eructo de sabor simplemente alimenticio. Ningún dolor, ni vómitos. Ligeró estreñimiento. Bien de los

restantes aparatos, a veces sensación de obstáculo a la respiración; hemorroides que sangran poco. Ningún antecedente, padres sanos y un hermano sano.



Fig. 2

En la exploración clínica no se halla ninguna anomalía de aparatos respiratorio, circulatorio, sistema nervioso, etc. La palpación abdominal es negativa, la exploración de zonas de