Año 1910 N. 2126

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# CRISIS GASTRICAS PERIODICAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR


## LEOPOLDO K. WIMMER

EX-PRACTICANTE DEL HOSPITAL SAN ROQUE (1907-08-09)



BUENOS AIRES

Estab. Gráfico «La Unión»--Independencia 664

1910

# CRISIS GÁSTRICAS PERIODICAS

Año 1910 N. 2126

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# CRISIS GASTRICAS PERIODICAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**LEOPOLDO K. WIMMER**

EX-PRACTICANTE DEL HOSPITAL SAN ROQUE (1907-08-09)

BUENOS AIRES

Estab. Gráfico «La Unión»--Independencia 664

1910

La Facultad no se hace solidaria con las opiniones vertidas en las tésis.

*Artículo 162 del Reglamento de la Facultad.*

# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

### Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

### Miembros titulares

1. DR. D. JOSE T. BACA
2. „ „ RAFAEL HERRERA VEGAS
3. „ „ JACOB DE TEZANOS PINTO
4. „ „ EUFEMIO UBALLES
5. „ PEDRO N. ARATA
6. „ „ ROBERTO WERNICKE
7. „ „ PEDRO LAGLEYZE
8. „ „ JOSE PENNA
9. „ „ LUIS GUEMES.
10. „ „ ELISEO CANTON
11. „ „ ENRIQUE BAZTERRICA
12. „ „ ANTONIO C. GANDOLFO
16. „ „ HORACIO G. PIÑERO
14. „ „ ENRIQUE DEL ARCA
15. „ „ DANIEL J. CRANWELL
13. „ „ JOSE M. RAMOS MEJÍA
17. „ „ JUAN A. BOERI
18. „ „ ANGEL GALLARDO
19. „ „ CARLOS MALBRAN
20. „ „ M. HERRERA VEGAS
21. „ „ ANGEL M. CENTENO

### Secretario

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

## Decano

DR. D. ELISEO CANTON

## Vice Decano

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

## Consejeros

DR. D. ELISEO CANTON
„ „ LUIS GUEMES
„ „ ENRIQUE BAZTERRICA
„ „ ANTONIO C. GANDOLFO
„ „ JOSE M. RAMOS MEJIA
„ „ BALDOMERO SOMMER
„ „ G. ARAOZ ALFARO
„ „ JOSE R. SEMPRUN
„ „ ABEL AYERZA
„ „ EUFEMIO UBALLES (con lic.)
„ „ FRANCISCO SICARDI
„ „ TELEMACO SUSINI
„ „ NICASIO ETCHEPAREBORDA
„ „ EDUARDO OBEJERO
„ „ JUVENCIO Z. ARCE
„ „ JUAN A. BOERI (suplente)

## Secretarios

DR. D. JONAS LARGUIA (Consejo Directivo) (con lic.)
„ „ RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Miembros Honorarios

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. „ „ MARTIN SPUCH
3. „ „ TELEMACO SUSINI
4. „ „ EMILIO R. CONI
5. „ „ OLHINTO DE MAGALHAES

# ESCUELA DE MEDICINA

| Asignaturas | Catedráticos Titulares |
|---|---|
| Zoología Médica . . . . . | DR. PEDRO LACAVERA |
| Física Médica . . . . . | „ ALFREDO LANARI |
| Química Médica . . . . . | „ ATANASIO QUIROGA |
| Botánica Médica . . . . . | „ LUCIO DURAÑONA |
| Química aplicada á la Medicina . | „ PEDRO N. ARATA |
| Histología . . . . . | „ RODOLFO DE GAINZA |
| Anatomía Descriptiva . . . . . | „ JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA |
| Anatomía Descriptiva . . . . . | „ JOSE ARCE (en ejercicio) |
| Semiología y ejercicios clínicos . . | „ GREGORIO ARAOZ ALFARO |
| Anatomía Topográfica . . . . . | „ JUVENCIO Z. ARCE |
| Fisiología General y Humana . | „ HORACIO G. PIÑERO |
| Anatomía Patológica . . . . . | „ TELEMACO SUSINI |
| Bacteriología . . . . . | „ CARLOS MALBRAN |
| Higiene Pública y Privada . . . . | „ RICARDO SCHATZ |
| Materia Médica y Terapéutica . . | „ JUSTINIANO LEDESMA |
| Patología Externa . . . . . | „ OBDULIO HERNANDEZ |
| Medicina Operatoria . . . . . | „ LEANDRO VALLE |
| Clínica Ginecológica . . . . . | „ ENRIQUE BAZTERRICA |
| „ Oto-rino-laringológica . . | „ EDUARDO OBEJERO |
| „ Dermat.ª y Sifilográfica . . | BALDOMERO SOMMER |
| „ Epidemiológica . . . . . | „ JOSE PENNA |
| „ Quirúrgica . . . . . | „ PASCUAL PALMA |
| „ Neurológica . . . . . | „ JOSE M. RAMOS MEJIA |
| „ Médica. . . . . | „ LUIS GüEMES |
| „ Médica . . . . . | „ FRANCISCO A. SICARDI |
| „ Oftalmológica . . . . . | „ PEDRO LAGLEYZE |
| Patología Interna . . . . . | „ MARCIAL V. QUIROGA |
| Medicina Legal . . . . . | „ FRANCISCO DE VEYGA |
| Clínica Quirúrgica . . . . . | „ ANTONIO C. GANDOLFO |
| „ Médica . . . . . | „ IGNACIO ALLENDE |
| „ Obstétrica . . . . . | „ SAMUEL MOLINA |
| Toxicología Experimental . . . . | „ JUAN B. SEÑORANS |
| Clínica Pediátrica . . . . . | „ ANGEL M. CENTENO |
| Clínica Médica . . . . . | „ ABEL AYERZA |
| „ Génito-urinarias . . . . . | „ PEDRO BENEDIT. |
| „ Psiquiátrica . . . . . | „ DOMINGO CABRED |
| „ Quirúrgica . . . . . | „ DIOGENES DECOUD |
| „ Obstétrica . . . . . | „ ELISEO CANTON |

# ESCUELA DE MEDICINA

| Asignatura | Catedráticos sustitutos |
|---|---|
| Zoología Médica | DR. D. J. GREENWAY |
| Botánica Médica | „ RODOLFO ENRIQUEZ |
| Histología | „ JULIO G. FERNANDEZ |
| Bacteriología | „ JUAN CARLOS DELFINO |
| | „ LEOPOLDO URIARTE |
| | „ ALOIS BACHMANN |
| Higiene Médica | „ FELIPE JUSTO |
| Anat. Topográfica | „ ROBERTO SOLE |
| | „ CARLOS R. CIRIO |
| Clínica Ginecológica | „ JAIME SALVADOR |
| „ Oto-rino-laringológica | „ ELISEO V. SEGURA |
| Patología externa | „ CARLOS ROBERTSON |
| | „ RICARDO S. GOMEZ |
| Medicina Operatoria | „ PEDRO CHUTRO |
| Patología interna | „ RICARDO COLON |
| | „ PEDRO LABAQUI |
| Clínica Oftalmológica | „ ENRIQUE DEMARIA |
| | „ FRANCISCO LLOBET |
| „ Quirúrgica | „ MARCELO VIÑAS |
| | „ MARCELINO HERRERA VEGAS |
| | „ JOSE ARCE |
| | „ ARMANDO MAROTTA |
| „ Neurológica | „ MARIANO ALURRALDE |
| Medicina Legal | „ PEDRO BARBIERI |
| Clínica Médica | „ LUIS AGOTE |
| | „ DAVID SPERONI |
| | „ JUAN JOSE VITON |
| Clínica Obstétrica | „ ENRIQUE A. PARDO |
| | „ ENRIQUE ZARATE. |
| | „ ARTURO ENRIQUEZ |
| | „ ALBERTO PERALTA RAMOS |
| | „ FAUSTINO J. TRONGE |
| Clínica Pediátrica | „ MANUEL A. SANTAS |
| | „ MAMERTO ACUÑA |
| | „ GENARO SISTO |
| „ Génito-urinaria | „ BERNARDINO MARAINI |
| | „ JOAQUIN NIN POSADAS |
| „ Psiquiátrica | „ JOSE T. BORDA |

# ESCUELA DE MEDICINA

## PROFESORES HONRARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

„ JUAN R. FERNANDEZ

## PROFESORES EXTRAORDINARIOS

| Asignaturas | Catedráticos extraordinarios |
|---|---|
| Física Médica | DR. JUAN JOSE GALIANO |
| Anatomía Patológica | „ JOSE BADIA |
| Clínica Ginecológica | „ ALFREDO LAGARDE |
| | „ JOSE F. MOLINARI |
| Clínica Médica | „ PATRICIOS FLEMING |
| Clínica Oftalmológica | „ TEOFILO A. MORET |
| Clínica Quirúrgica | „ DANIEL J. CRANWELL |
| | „ AVELINO GUTIERREZ |
| Clínica Dermatog. Sifilográfica | „ MAXIMILIANO ABERASTURY |
| Clínica Neurológica | „ JOSE A. ESTEVES |
| | „ JOSE R. SEMPRUN |
| Clínica Psiquiátrica | „ BENJAMIN T. SOLARI |
| Clínica Pediátrica | „ ANTONIO F. PIÑERO |
| Medicina Legal | „ DOMINGO S. CAVIA |

# ESCUELA DE FARMACIA

| Asignaturas | Catedráticos titulares |
|---|---|
| Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada. . . . . | DR. ANGEL GALLARDO |
| Botánica y Mineralogía. . . . . | „ ADOLFO MUJICA |
| Química inorgánica aplicada. . . | „ MIGUEL PUIGGARI |
| Química orgánica aplicada. . . . | „ FRANCISCO BARRAZA |
| Farmacognosia y posología razonadas. . . . . | „ JUAN A. BOERI |
| Física farmacéutica. . . . . | „ JULIO L. GATTI |
| Química Analítica y Toxicológica (primer curso) . . . . . | „ FRANCISCO P. LAVALLE |
| Técnica farmacéutica . . . . . | „ J. MANUEL IRIZAR |
| Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas . . . . . | „ FRANCISCO P. LAVALLE |
| Higiene, legislación y ética farmacéuticas . . . . . | „ RICARDO SCHATZ |

| Asignaturas | Catedráticos sustitutos |
|---|---|
| Farmacognosia y posología razonadas . . . . . | „ DR. JUAN A. DOMINGUEZ |

PADRINO DE TESIS

# Dr. ANTONINO IBARGUREN

DIRECTOR DEL HOSPITAL SAN ROQUE

A MIS QUERIDOS TIOS

CLAUDIO C. MOLINA

Y ANITA W. DE MOLINA

POR SU PATERNAL CARIÑO—ETERNA GRATITUD

A MIS PRIMOS - HERMANOS

EDUARDO V. MOLINA

Y JENNI WIMMER

# CRISIS GASTRICAS

Hemos creído que una recopilación de las diversas crisis gástricas pudiera tener utilidad siendo un sindrome frecuente encontrar en diversas enfermedades y que en muchas de ellas es de interpretación oscura tanto en lo tocante á valor como síntoma, como en cuanto á etiología y patogenia.

Actualmente tiene su capítulo aislado en Patología; es un conjunto de síntomas que no se confunde en el cuadro clínico de una enfermedad, sinó que él á veces, como manifestación aislada durante mucho tiempo, es la base única con que el clínico puede formar el diagnóstico de la entidad mórbida que las origina, entidades agenas al estómago en muchos casos pero con sintomatología inicial gástrica.

Son estas crisis las que estudiaremos y así como hay enfermedades monosintomáticas en su principio—dolor como única manifestación de aneurisma de la aorta; ictericia como única de estados patológicos del hígado; hematuria como única de afección vesical ó renal—, tenemos algunas cuyo debut es una crisis gástrica.

Decimos que es un sindrome; y en efecto la crisis gástrica periódica que describiremos está formada por un grupo de síntomas constantes que se re-

velan en conjunto ó continuándose unos á otros, predominando en algunas ocasiones uno de ellos sobre los demás.

Tenemos dos tipos de crisis; las periódicas y las temporarias.

Las temporarias son aquellas que aparecen consuetudinariamente, en cualquier momento y durante mucho tiempo en diversas enfermedades; son las que muy á menudo pasan bajo el rubro de gastralgías: las encontramos en afecciones del sistema nervioso—siringomielía, esclerosis en placas, neuropatías (histeria, neurastenia)—; en afecciones viscerales;—tuberculosis pulmonar, litiasis biliar, afecciones de hígado, helmintiasis, en cardiacos, en afecciones del estómago y toxemias y auto intoxicaciones ó hetero intoxicaciones—diabetis, addisonianos, basedowianos; intoxicaciones crónicas (saturninos, alcoholistas, morfinómanos, ergotinismo, tabaquismo, etc.

Estas crisis no tienen casi nunca una significación diagnóstica especial; son episodios de una enfermedad reconocida ó van acompañando á otros síntomas.

Pero las crisis periódicas que estudiamos tienen todo otro valor; como dijimos pueden ser el único síntoma con que se presenta un grupo de enfermedades; y decimos un grupo, por ser reducido el número de las que tienen crisis periódicas: más adelante veremos cuáles son y como se presenta en cada una de ellas.

Se les ha denominado "paroxismos dolorosos intermitentes", denominación que encuadra á las temporarias, pero no así á las que nos sirven de estudio,

pues la característica de ellas es la periodicidad, por lo que nos atreveríamos á denominarlas "accesos periódicos de gastralgía".

Se les podría definir como paroxismos periódicos cuyo punto de partida es el epigastrio, sea por lesión anatomo patológica del estómago ó como repercusión de estados mórbidos diversos, que tienen una aparición y cesación brusca con integridad completa de las funciones digestivas entre uno y otro período.

El sindrome está constituído por dolor, vómito, fenómenos nerviosos, hipersecreción é intolerancia absoluta, lo que le dá caracteres de sindrome nervioso desde que afecta nervios sensitivos, motores y secretorios.

En la obra de Charcot, Bouchard, Brissaud encontramos en la división que hacen de dispepsias colocadas las crisis gástricas. He aquí la división:

a) con predominio de hipersecreción de ClH.
b) por digestión lenta (stase gastrique).
c) por viciación de la motilidad y sensibilidad sensitivo motriz).
d) con manifestaciones dolorosas (crisis gástricas y gastralgías).
e) embarazo gástrico.

Boas nos dá el siguiente cuadro de neurosis del estómago:

Neurosis de la sensibilidad (bulimia ó cinorexia, acoria, anorexia, gastralgía nerviosa).

Neurosis motrices (mericismo, regurgitación, insuf. pilórica, neumatosis, peristaltismo de Kussmaul, calambre del cardias, vómito nervioso, vómito juvenil, vómito periódico, crisis gástricas.

Neurosis de la secreción (aumento ó disminución de secreción ácida, hipersecreción contínua de Reichmann, gastroxynsis, dispepsia nerviosa).

Como resalta claramente, ni uno ni otro dan á nuestro sindrome el valor y el lugar que en realidad merece.

Encontrándonos en presencia de un sujeto con crisis gástricas periódicas, debemos ante todo interrogarlo con prolijidad sobre su pasado, su profesión, edad, hábitos, datos que resultan superfluos en el interrogatorio de algunas enfermedades, pero que en este caso pueden ser de real utilidad por cuanto como decimos, no nos encontramos en presencia de un síntoma que encamina al diagnóstico, sinó de un sindrome complejo con patogenia y etiología muy variada.

Luego analizaremos los datos siguientes que serán detallados en cuanto á su valor al describir las crisis:

*a)* si es periódica.
*b)* momento de aparición.
*c)* modo de aparecer y cesar.
*d)* fenómenos subjetivos y objetivos.
*e)* forma del dolor y sus irradiaciones.
*f)* estado que sigue á la crisis y el que existe entre uno y otro período.
*g)* caractéres del vómito.
*h)* fenómenos nerviosos.

## DESCRIPCION

Vimos ya lo que constituye el acceso periódico de gastralgía: para que exista debemos encontrar dolor, vómito, fenómenos nerviosos, intolerancia absoluta. Es esta la forma típica si agregamos la periodicidad y la integridad de las funciones digestivas entre uno y otro período. No siempre es así sin embargo y veremos al describir las crisis en diversas enfermedades que suele predominar, aunque raramente, uno de los síntomas; y aún más; hay modalidades especiales de crisis que les han valido denominaciones diferentes, las que encontraremos resumidas al fin de este trabajo.

Antes de describirlas en especial, estudiaremos en general el valor de cada uno de los síntomas y fenómenos accesorios puntualizando su valor.

*Periodicidad.*—Constituye el fundamento de la división. La crisis tiene lugar uno ó varios días seguidos, repitiéndose varias veces al día para cesar bruscamente, dejando un intervalo variable pero constante de acalmia, para repetirse con igual carácter é intensidad en un lapso de tiempo más ó menos alejado y así periódicamente hasta que se modifique el estado mórbido que la origina. (1).

---

(1) Hayem hace notar que el abuso de medicamentos irritantes (iodo, bromo sobre todo) provocan ó aproximan los accesos.

*Momento de aparición.*—El sindrome aparece en la iniciación de la enfermedad que acompaña y una vez entrado en escena se repite periódicamente como queda dicho independiente de toda digestión ó ingestión de alimentos, es decir, en cualquier momento.

*Modo de aparición.*—Generalmente nada, ningún fenómeno antecesor la anuncia; ataca bruscamente en pleno estado de salud. Pero en algunos casos, y sobre todo en el Tabes, suelen ser precedidos de dolores fulgurantes y en particular en los miembros superiores y en la base del torax, sensación intensa de constricción en la cintura, á lo que continúan dolores gástricos violentos, no tardando en acompañarse esfuerzos repetidos de vómito, luego vómitos francos, una sed viva, intolerancia absoluta y fenómenos nerviosos.

*Duración.*—La crisis tiene una duración variable; uno á quince días seguidos. Con el tiempo, y á medida que la enfermedad originante avanza, los períodos y la duración de éstos se van alejando en frecuencia y siendo de duración más corta.

*Sensaciones subjetivas.*—Son de lo más penosas: sensaciones de desgarradura, quemadura, calambres atroces, dolores lancinantes, etc., todos ellos desesperantes y que explican bien las defensas musculares, el aislamiento que se impone el paciente, las angustias que experimentan y el estado de postración que suele continuar.

*Fenómeno predominante.*—Es el dolor y no sólo dolor en la forma y con las sensaciones subjetivas descritas, sinó que el vómito mismo es doloroso, pues

si no se efectúa, está reemplazado por esfuerzos sumamente dolorosos.

*Defensas orgánicas.*—Contractura de la pared abdominal (que suele ser otro factor de dolor); posiciones caprichosas que adoptan los enfermos; inmovilidad, aislamiento.

*Estado entre una y otra crisis.*—Es normal; pero en algunos casos, sobre todo en las crisis sintomáticas un exámen químico de jugo gástrico permite á veces reconocer un estado gástrico permanente sobre todo de hipercloridia.

*Estado que sigue á la crisis.*—Si ha sido muy intensa y los vómitos muy repetidos, el estado del enfermo es realmente malo: facie pálida expresando angustia y sufrimiento; extremidades frías y cianóticas, taquicardía: vientre retraído y región epigástrica sensible á la presión.

*Terminacción del acceso.*—El acceso periódico de gastralgía termina casi siempre de un modo brusco, tal cual empezó: el sujeto pasa repentinamente de la desesperación al bienestar. Un vómito más intenso, emisión de orina clara á veces y todo entra en acalmía; una acalmía que llamaremos engañadora así como Dieulafoy denomina acalmía traicionera á la que continúa un acceso agudo de apendicitis. Y en verdad es una acalmía engañadora; el enfermo siente bienestar, pero el médico no sólo espera otro acceso análogo para un espacio de tiempo más ó menos próximo, sinó que espera atento la primera manifestación de un Tabes, de una úlcera gástrica ó de un riñón móvil.

*Intensidad del acceso.*—Es casi siempre igual para cada período. No estamos autorizados á hacer un pronóstico más favorable si la intensidad disminuye, porque como en el Tabes p. ej., á medida que pasa el período preatáxico y la enfermedad se instala visiblemente con su cortejo de síntomas propios, los períodos y la intensidad de las crisis se van alejando y disminuyendo hasta desaparecer. En otros casos, como en la úlcera gástrica, riñón móvil, á medida que avanza el proceso evolutivo de estas enfermedades, las crisis se aproximan y aumenta su intensidad, datos que deben hacer variar la conducta del médico á fin de efectuar un tratamiento más enérgico; no bastará una dieta bien ordenada ó un vendaje ó un régimen severo; ahora la úlcera crece y el riñón móvil ha contraído adherencias y posiciones viciosas.

*Irradiaciones.*—El dolor se irradia en diversos sentidos; al dorso, esternón, tórax, hipocondrios. Es útil buscarlas porque en ciertos enfermos en vez de irradiaciones son zonas histerógenas que existen igualmente fuera del acceso y en otros el sitio de iniciación ó de máximo de dolor son, como veremos, guía para diagnosticar el sitio de una úlcera.

*Taquicardía.*—Es de regla. Es un dato que algunos invocan para demostrar la patogenia nerviosa de la crisis.

*Fiebre.*—La crisis por sí sola nunca origina alza térmica por prolongada é intensa que ella sea.

*Pulso.*—Al iniciarse la crisis es un pulso lleno, regular, pero á medida que los vómitos se hacen más frecuentes, el pulso se hace pequeño y rápido—ver-

dadera taquicardía nerviosa—ó bien tenso pero frecuente.

*Respiración.*—Normal al principio; estando la crisis en su apogeo no tardan en hacerse inspiraciones poco profundas y en número menor. Entre un acceso y otro vénse verdaderos accesos inspiratorios, especie de disnea.

*Intolerancia gástrica.*—Durante todo el período, la intolerancia es absoluta y el enfermo mismo evita ingerir algo porque sabe por crisis anteriores y sino lo sabe aún, una ó dos tomas de aún pequeña cantidad de líquidos bastan para aumentar los dolores, los esfuerzos de vómito ó el vómito. Como consecuencia de esta intolerancia resulta que si la crisis es prolongada, el enfermo sale de ella emaciado, pálido, casi como un sujeto sometido á larga inanición.

La intolerancia pasa pronto; salido de la crisis el enfermo recupera enseguida el apetito, digiere bien y se repone pronto; no sucede así si el enfermo es un gástrico anterior en cuyo caso la perturbación posterior del apetito no es imputable á la crisis.

*La crisis es originada por hipersecreción* ó hiperacidez del jugo gástrico, ó ellos acompañan á la crisis?

Son cuestiones ambas controvertidas.

*Vómito.*—Acompaña generalmente la crisis desde su iniciación y suele terminarla. Primero es alimenticio, luego líquido amarillento y si existe mucho esfuerzo puede tener sangre que deja su marca de borra de café.

Charcot ha señalado verdaderas hematemesis en las crisis del Tabes.

El líquido vomitado es ácido; si los vómitos son muy repetidos y violentos puede ser alcalino debido á la presencia de bilis y líquidos del duodeno refluídos al estómago por espasmos del piloro.

La acidez puede ser debida á fermentaciones orgánicas en enfermos sometidos á dieta lactea sobre todo. A menudo hay hipersecreción de jugo gástrico é hipercloridia. Sahli en 1885 constató la hiperacidez del vómito en las crisis del Tabes, por lo que su escuela y los adeptos á ella creyeron que la crisis del Tabes era producida por la hipersecreción. Más tarde Boas, Bouveret, von Noorden encontraron reacción neutra y el mismo Hayem vió que la hipercloridia no era constante; su discípulo Babon concluyó que en el Tabes por ejº. la hipocloridia era más frecuente, pero Charcot con justa razón sostuvo que la hipercloridia en este caso era lo que predominaba.

*Fenómenos nerviosos.*—Es uno de los fenómenos del sindrome. Están en relación con la intensidad de la crisis. En algunos casos solo determina defensas musculares de la pared abdominal; en otros, el enfermo verdaderamente sufriente y aterrorizado por los dolores, se arrolla en el lecho, se recurva, toma actitudes caprichosas: en otros existe un estado de shock análogo al que sigue á un traumatismo ó á una intervención quirúrgica del abdómen; en otros llega al síncope pasando por desfallecimientos repetidos y aún al coma. Si la crisis fué muy intensa y prolongada, pasada ella, el enfermo queda anonadado, postrado, sin voluntad para nada, testimonio que indica claramente las torturas. los esfuerzos y sufrimientos por que ha pasado.

Con la descripción precedente detallada de cada fenómeno y síntoma, creemos dejar bien sentado el valor diagnóstico y definido claramente las crisis gástricas periódicas.

Pasaremos ahora á la división etiológica de las crisis; en cada grupo detallaremos las crisis más típicas y que tienen sobre todo mayor valor diagnóstico recordando de nuevo que suelen ser el síntoma único en enfermedades á comienzo monosintomático.

## ETIOLOGIA Y DIVISION

Nos encontramos en presencia de un paciente que nos acusa el sindrome que estudiamos: sus caracteres diferenciales con otras afecciones dolorosas cremos que nos será fácil—dentro de los límites que podemos llamar fáciles en clínica—distinguir por la descripción que trazamos y los diagnósticos diferenciales resumidos al final.

Queda por investigar la etiología de esas crisis, pero antes que ello, debemos efectuar un interrogatorio muy prolijo entrando en su cuestionario lo que se relaciona á la edad, hábitos, medios de vida, el ambiente social en que actuó y actúa, las enfermedades que registre su vida; veamos siempre en investigaciones delicadas el grado intelectual del enfermo, que no deja de ser una base para nuestra futura interpretación; un hombre inteligente sabe observarse y recuerda con mayor claridad las borrascas pasadas: al ignorante hay que escudriñarlo pacientemente.

Luego haremos un exámen clínico detenido, órgano por órgano, sistema por sistema, de manera que al efectuar el estudio del todo y al comentar cada dato, no nos falte nada; todos ellos son pequeñas piedras de toque.

Para comodidad de estudio etiológico, dividimos las crisis gástricas periódicas en cuatro grupos: las esenciales, las reflejas, las sintomáticas y las tóxicas.

Como toda división, ésta con mayor razón quizá adolezca de defectos; pero ateniéndonos al origen de las crisis hemos creído ser encuadrada en las entidades mórbidas que suelen preceder ó acompañar.

*Las esenciales*—conservando una antigua denominación—son propias de afecciones del sistema nervioso.

Estas crisis no son originadas por lesión primitiva del estómago en lo tocante á sus túnicas y glándulas secretorias, sinó que dependen de afecciones orgánicas de cerebro ó médula. Podrían ser incluídas en las reflejas, pero éstas como veremos, pertenecen á un grupo de enfermedades que llamaremos viscerales.

Encontramos las esenciales en el Tabes en cuya enfermedad tienen gran importancia y son las más antiguamente conocidas y aisladas del grupo de los trastornos viscerales que trae aparejada la ataxia locomotriz.

Con menor frecuencia suelen preceder ó acompañar los síntomas de la parálisis general progresiva, de la esclerosis en placas, siringomielia y en estados neuropáticos como la histeria y la neurastenia (1): no tienen en ellas tanto valor; son generalmente afluentes al cortejo sintomático aumentando su caudal y raramente en ellos son periódicas; con mayor

(1) Tiene aquí su lugar la neurosis traumática.

frecuencia esas enfermedades tienen crisis temporarias ó accesos de gastralgía.

Llamamos *crisis periódicas reflejas* las que encontramos en afecciones diversas de la economía.

Las vemos en la tuberculosis pulmonar figurando entre los trastornos gástricos de la tuberculosis, en afecciones renales—sobre todo riñón móvil—, en ptosis viscerales, helmintiasis, en cardiacos—sobre todo aórticos— ; afecciones útero ováricas, etc. Pero el tipo de este grupo lo constituyen las crisis que se observan en el riñón móvil constituyendo á veces el único síntoma que dá el alerta ; son frecuentes en los aórticos, pero en las demás enfermedades pasan en el cortejo sintomático teniendo como valor diagnóstico un lugar muy secundario y no son en ellos generalmente periódicas sinó temporarias ó gastralgías.

*Las sintomáticas,* como su nombre lo indica, son originadas por lesiones primitivas del estómago de las que son un síntoma aparente. Las vemos en la úlcera simple, en el exulceratio de Dieulafoy, en el cáncer latente y en trastornos de la secreción gástrica (enfermedad de Reichmann sobre todo). Tanto en la úlcera como en el cáncer, ambos á evolución lenta ó latente, los empujes destructores de ellos parece que se tradujeran al exterior por un acceso periódico de gastralgía, pero una vez constituídos y en franca evolución, la crisis deja su plaza para ocuparla dolores casi ó contínuos, que con el análisis del jugo gástrico y del vómito ponen más rápidamente, de manera expeditiva en el diagnóstico.

Y finalmente las *crisis tóxicas* son las que obede-

cen á intoxicaciones, sean éstas de causa interna ó externa.

Se encuentran en la incubación de enfermedades infecciosas (rabia), en el período de estado ó en la convalescencia de otras (tifoídea, peste), en formas larvadas de paludismo; en intoxicaciones de origen interno (diabetis, addisonianos, basedowianos (1), y en intoxicaciones por agentes externos (saturninos, alcoholistas, morfinómanos, ergotinismo, tabaquismo).

Este grupo no tiene constancia; las intoxicaciones enunciadas no las presentan típicas con frecuencia, pero como suelen observarse á veces con la etiología tóxica hemos creído dar un lugar en la división.

Comprendidas en cuatro grupos las afecciones que se acompañan de crisis gástricas, creemos que es más sencillo encontrar la etiología de una crisis que observemos en un paciente; una vez analizados los datos que suministra el interrogatorio y el exámen del enfermo no tendremos sinó que referirlas á uno de los grupos y dentro de él basándonos en los caracteres de la crisis y en signos objetivos rcogidos, encontraremos la enfermedad causal; para ratificar nuestras ya fundadas sospechas de diagnóstico otros síntomas de la enfermedad propios á ella completarán y permitirán asegurar la etiología relacionada á una afección de la crisis periódica que vamos á tratar.

---

(1) Incluídos por algunos entre las crisis esenciales; pero no podrán ser resultado de una intoxicación tiroidea?

# PATOGENIA

Importante cuestión á dilucidar; ella será base de tratamiento. No puede indicarse en términos generales; en la descripción del tipo de cada una de las divisiones adoptadas encontraremos su discusión.

Son las crisis debidas en algunos casos á trastornos nerviosos; y en el Tabes p. ejº. en que vemos tantos, bien pueden ser las crisis una de esas manifestaciones; un acceso de dolores fulgurantes en las extremidades reemplazada por un acceso de gastralgía. En el Tabes se han señalado lesiones del neumogástrico, del gran simpático, otros las creen debidas á hipersecreción de jugo gástrico, hipótesis confirmada muchas veces, pero desmentida otras tantas y que de todos modos no explicaría el carácter periódico de la crisis.

En los neuropatas pueden ser de origen central y la actividad de los centros cerebrales ser ocasionalmente estimulada por excitación directa ó refleja á punto de partida variable; en los histéricos ser una de tantas zonas. Se concibe en cierto modo que causás ocasionales tales como sacudidas morales intensas, cansancio, esfuerzos prolongados de acomodación visual para la lectura ó escritura, el estudio prolongado sin reposos metódicos; irritaciones de la mu-

cosa gástrica, tironeamiento por ptosis viscerales y en particular del riñón, distensión del útero durante la gestación, compresiones de nervios por tumores ó focos inflamatorios (el aneurisma de la aorta sobre el simpático abdominal), acción directa de tóxicos sobre centros nerviosos (1).

Las crisis gástricas son el producto de una viciación de la inervación motriz, sensitiva y secretoria del estómago es lo que podemos decir en resúmen sobre la patogenia, pero en casos determinados, cuál de ellos es el que prima sobre los demás y cuál es la causa de esa viciación son á menudo interrogantes, puntos oscuros que la Fisiología Experimental dilucidará en términos categóricos, claudicando de este modo la duda ó la incertidumbre.

---

(1) Razón quizá que explica la mucha semejanza á veces de un cólico saturnino con una crísis gástrica.

## DIAGNOSTICO

Es el exámen metódico del enfermo y de los fenómenos que hemos descrito, los que facilitarán la tarea para arribar al diagnóstico, tanto de crisis periódica, como al diagnóstico etiológico.

Hemos insistido sobre los puntos capitales en capítulos anteriores y creemos haber puesto bien de relieve los caracteres sobresalientes que permiten reconocer el sindrome que estudiamos.

Casos hay, sin duda alguna tal vez numerosos, en que un solo acceso no permitirán formular conclusiones; su estudio repetido y atento, y la observación de los síntomas que irán haciéndose cada vez más aparentes de la enfermedad que origina las crisis no darán ya lugar á dudas; pero no es ese el caso; el diagnóstico debe ser temprano para instituir una terapéutica racional y no meramente sintomática; es á ello que arribaremos si desde un principio, cuando la primera crisis ha aparecido, examinamos al paciente órgano por órgano, sistema por sistema.

El diagnóstico diferencial con otras afecciones dolorosas lo trataremos en mayor extensión en el capítulo siguiente.

## Formas de Crisis

Las crisis suelen á veces no presentarse completas tal cual las hemos descrito. Dijimos que sus fenómenos predominantes eran el dolor, el vómito, la intolerancia gástrica y los trastornos nerviosos.

Hay ocasiones en que la crisis se presenta con un síntoma más marcado que los demás, pudiendo aún estar estos ausentes.

Las formas nos son dadas sobre todo por el vómito y por el dolor.

En general el dolor precede al vómito, el cuál acompaña y termina la crisis hasta que ella entre en el período de acalmía; casos hay en que toda la crisis es constituída por dolor ó por vómito únicamente; vemos así crisis constituídas exclusivamente por paroxismos dolorosos muy próximos unos á otros ó bien, por vómitos incoercibles durante cierto número de días.

La intolerancia gástrica sola no constituye por si sola nunca una crisis; si así fuera, ello aumentaría dudas y alejaría la idea de una crisis desviándonos por tanto de diagnósticos.

Como modalidades describiremos en capítulo aparte algunas formas bien aisladas de crisis periódicas en que hay predominancia de un fenómeno: describiremos la gastroxynsis de Rossbach, el vómito periódico de Leyden, etc.

## Pronóstico

Sería de nuestra parte una imprudencia lamentable intentar formular el pronóstico del acceso periódico de gastralgía. No debemos perder nunca de vista que una crisis gástrica no es una entidad aislada; es un conjunto de síntomas, un sindrome; y como tal relacionado á una enfermedad causal. De ello se desprende que el pronóstico depende de la afección que determina el sindrome.

## Tratamiento

El tratamiento sintomático es en muchas ocasiones ineficaz.

La morfina, lo primero que viene á nuestra mente, debe ser manejada con suma prudencia; como hemos visto, las crisis acompañan al Tabes y á estados neuropáticos; es en estos casos principalmente que las dósis de morfina deben ser medidas; todos sabemos con cuanta facilidad se hace morfinómano un tabético ó un sujeto con voluntad disminuída.

Un inconveniente grave para llevar un alivio al paciente nos la dá la intolerancia gástrica absoluta y la hemos visto llegar á tal extremo que la ingestión

de una cucharadita de agua era suficiente para recrudecer dolores ó aumentar los vómitos y los esfuerzos de vómito. Es esta intolerancia la que obliga á usar medicamentos por vía hipodérmica, naciendo la idea de inyecciones de morfina al médico que vé atormentado á su paciente.

El reposo y las aplicaciones calientes; otras veces bolsas de hielo en la región epigástrica son medios calmantes.

Si la intolerancia no es absoluta, el uso de agua cloroformada ó de la bebida.

| | | |
|---|---|---|
| Rp. Agua de cal. . . . | 200 | gramos |
| Clorhídr. cocaina. . . . | 0 gr. | 05 |
| Codeina. . . . . | 0 gr. | 10 |

una cucharada cada hora, suelen calmar y alejar los paroxismos dolorosos.

La aplicación de rayos X muy usada, es generalmente eficaz en las crisis esenciales y reflejas.

Si sospechamos una úlcera gástrica indicaremos alcalinos prefiriendo el subnitrato de bismuto y el bicarbonato de soda.

Contra el vómito, nos parece que la Poción Riviére no es totalmente adecuada, puesto que ella forma gaces y debemos tener en cuenta al instituir un tratamiento, la necesidad del reposo y evacuación del estómago, evitar distenciones de sus paredes y todo lo que sea capaz de aumentar su peristaltismo ó sus secreciones: el agua de cal con cocaina es suficiente para calmarlos.

Es usado con cierta eficacia la tintura de iodo con-

tra el vómito; Huchard dá 5 gotas mañana y tarde de la fórmula

Rep. Tintura iodo } aa
Cloroformo } 5 gr.; nos parece que la sustituye con cierta ventaja la fórmula de Jacobi; recordemos que el cloroformo es nauseoso en ciertos enfermos y con mayor facilidad en estos casos desde que hay intolerancia absoluta.

Fórmula Jacobi: Rp. Tintura iodo XV gotas
Agua de menta 30 gr.
dándose XV gotas cada hora.

Y aún podemos dar simplemente tintura de iodo (II á III gotas) cuyo buen resultado hemos visto en tabéticos y aórticos en los que la morfina no tenía acción alguna.

Conjuntamente contra dolor y vómito, son preconizadas las inyecciones de atropina—1|4 mmgr. por inyección—ó de atropina y morfina.

| | | |
|---|---|---|
| Rp. Sulfato neutro atropina. . | 0 gr. | 01 |
| Clorhidrato morfina. . . . | 0 gr. | 10 |
| Agua esterilizada. . . . . | | 20 gr. |

de cuya solución se pueden inyectar 2 ó 3 ccm3 al día. Debe ser reservada en los casos en que la crisis es intolerable por los sufrimientos atroces que despierta; tiene el inconveniente de encaminar al morfinismo crónico.

Es útil ordenar un purgante y dieta lactea absoluta (leche cortada con aguas alcalinas), dieta que es inútil prolongar mucho tiempo.

El distinguido profesor de nuestra Escuela, doctor Sommer nos relata que ha visto en el servicio del profesor Raymond calmar y alejar las crisis de origen nervioso con aplicaciones repetidas de radio, y cuenta que observó crisis periódicas antiguas de un tabético, curadas por este medio.

Debove (1) creyendo que ciertos fenómenos dolorosos eran debidos á aumento de presión del líquido céfalo raquídeo, exceso al que atribuye en ciertos casos las crisis del Tabes, decidió basado en su idea practicar la punción lumbar; efectivamente, en varios enfermos tabéticos sin otro síntoma que crisis esenciales, extrajo durante el acceso 30 ccm3 de líquido céfalo raquídeo observando que salía con presión mayor á la normal y extraído el líquido, al corto tiempo cesó la crisis quedando el enfermo sin molestia alguna. Castaigne del servicio del profesor Tuffier hizo análoga terapéutica comprobando los buenos efectos.

Nosotros la hemos practicado en algunos enfermos con resultado favorable

---

(1) G. M. Debove—Influencia de las punciones lumbares sobre las C. Gástricas. — «Bulletin de la Soc. Medic. des Hospitaux—1901»

# FORMAS AISLADAS DE C. GASTRICAS

Hemos descrito los cuatro tipos fundamentales; hemos visto en algunos de ellos, que suelen presentarse de un modo anormal, es decir no con todo el cortejo sintomático característico—dolor, vómito, fenómenos nerviosos—sinó con predominio de uno ú otro elemento de la triade.

Pasaremos ahora en revista algunas formas aisladas, bien estudiadas, lo que les ha permitido tener un lugar especial en Patología. Son modalidades autónomas de crisis gástricas, pero entran en el cuadro de crisis por su periodicidad y forma constante.

## Gastroxynsis

Respetaremos el nombre dado por su descriptor (1), nombre modificado el año siguiente por simple eufonía. (2).

Rossbach la describe como un paroxismo periódico caracterizado por dolores en el epigastrio, vó-

---

(1) Descritas por Rossbach en 1884 (Deutsch. Archiv, für Klin Medic)

(2) Lepine en 1885 (Soc. med. des Hopitaux de Paris) le llama gastrexie.

mitos muy ácidos y acompañados de una violenta cefalalgía, accidente que desaparece al cabo de unas 24 horas como máximo, para reaparecer con cierta periodicidad.

Esta entidad fué aislada por Rossbach, antes que Reichmann estudiara de nuevo su gastrosucorrea contínua; pero al edificar Reichmann definitivamente en 1887 su capítulo, la gastroxynsis era incluída por él en el grupo de las gastrosucorreas periódicas: comprendía en ese grupo los vómitos histéricos, las crisis gástricas del Tabes, el vómito periódico de Leyden y la gastroxynsis de Rossbach.

Es esta una entidad que por su debut, aspecto, terminación é integridad absoluta del estómago en los intervalos, reproduce perfectamente la marcha de una crisis gástrica.

*Descripción.*—El acceso empieza por una cefalea violenta consistente en una sensación difusa de constricción en todo el cráneo, y una sensación de quemadura en el estómago; ambas van aumentando en intensidad y la crisis adquiere su completo desarrollo en un cuarto de hora, una hora y aún un día. Enseguida sobrevienen eructos dolorosos que van aumentando en frecuencia hasta constituir el vómito; un vómito ácido que al exámen químico nos dá mucho ClH libre, vómito que continúa hasta el fin del acceso. La cefalea va disminuyendo en intensidad á medida que los vómitos van evacuando el contenido del estómago.

Durante el acceso se observa palidez de la cara, enfriamiento de las extremidades, algidez é insomnio completo.

Cefalea, dolor y vómito cesan bruscamente y el enfermo se duerme varias horas para despertar al cabo de ellas fresco y lleno de vigor (A. Mathieu).

La analogía con un acceso de migraine es llamativa. La etiología aparente de ambas es un exceso de trabajo y sobre todo trabajo intelectual no interrumpido, una emoción violenta. Las crisis son alejadas con intervalo de salud perfecta; como en la migraine, la cefalea se acompaña de dolor al nivel de los globos oculares que son muy sensibles á la presión.

Se la observa en adolescentes en el curso de sus estudios, desapareciendo en las vacaciones. No ha sido observada en sujetos mayores de 40 años (otra analogía con migraine), analogía favorable para el pronóstico.

Rossbach no cree que la migraine sea una gastroxynsis, y crea esta entidad basado en que la migraine no siempre se acompaña de hiperacidez; para él, la hipercloridia ocasiona una irritación de la mucosa gástrica y por vía refleja un conjunto sintomático análogo al acceso de migraine.

La evacuación del contenido gástrico ó su alcalinización pone fin ó aminora la intensidad del acceso, dato útil de tener para explicar la patogenia. Mathieu cree que migraine y gastroxynsis son lo mismo, manifestaciones ambas de una hiperacidez.

Nosotros creemos que tanto una como otra son erupciones de un mismo cráter; el volcán de ellos es un estado neurapático del sujeto que se manifiesta de uno ú otro modo y el alimento de ese volcán es, como en todo neurópata, una tara hereditaria.

## VOMITO HIPERACIDO

Rosenthal (1) describe un vómito especial (síntoma culminante) acompañado de dolores epigástricos y fenómenos nerviosos, que se repite con igual carácter y con cierta periodicidad, con intervalos de buena salud.

En cuanto á etiología es idéntico á la gastroxynsis; y en cuanto á patogenia tenemos una hiperacidez periódica en sujetos de tara neuropática ó predispuestos. Se observa sobre todo en escolares de 9 á 12 años.

Es el vómito juvenil que describe Mathieu en el Tratado de Charcot Bouchard.

## Vómito periódico

Descrito por Leyden: en cuanto á su forma y caractéres es idéntico al de Rosenthal, pero no se encuentra en niños sinó en adultos.

En resúmen, ambos son modalidades de crisis gástricas (crisis con predominio del síntoma vómito) observados en neurópatas puros.

---

(1) Rosenthal: vomitus hiperacidus (Berlin Klin. Wocheusch. 1887)

Como se parecen á los del Tabes, Charcot creía que les correspondía sitio entre los fenómenos preatáxicos, pero Remond y Debove (Archives generales de Medecine 1889), Bouveret, Boas, etc., los han observado fuera del Tabes. El sitio que en realidad les corresponde es el conjunto llamado Gastro neurosis.

## DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

En presencia de un enfermo que por vez primera tenga una crisis de las que hemos descrito, el diagnóstico diferencial con accesos dolorosos de órganos abdominales es á veces sumamente complicado y los errores son frecuentes; los datos subjetivos del paciente pueden ser mal interpretados desde que, presa de un estado angustioso ó pasando por una faz dolorosa cruel, pueda anonadado é imposible á veces de suministrarnos datos precisos. Otras veces el enfermo invoca causas ocasionales agenas en un todo al fin que el médico vá persiguiendo y ocasiones hay, que bien conocen los clínicos experimentados, en que el grado de educación, de sugestibilidad del sujeto hacen aún más penosa la ya arida tarea de echar las bases de un diagnóstico. En unas ocasiones el examen detenido, órgano por órgano, sistema por sistema—y no descuidar jamás el examen del sistema nervioso—pueden ser guías y aún rutas certeras para llegar al fin deseado; hay ocasiones, y quizá las que se presentan con mayor frecuencia, en que solo el examen reiterado descifrará el enigma, el complejo sintomático.

Haremos en breves líneas una descripción de los accesos dolorosos con los que la confusión puede

ser más frecuente y nuestro primer jalón serán los accesos de gastralgia siendo que estas y crisis gástricas son muy á menudo englobadas en un solo concepto: "paroximos dolorosos".

## D. D. con Gastralgias

Como dijimos al principio definiendo las C. gástricas, para que exista este sindrome, debe haber periodicidad.

Un dolor gástrico acompañado ó nó de vómitos, que dura varios días, cesa y se repite de nuevo con una duración variable y apareciendo bajo el impulso de una causa real ú ocasional cualquiera, es una gastralgia.

No serán tampoco C. gástricas los accesos dolorosos de un sujeto con una úlcera gástrica en evolución ó un neoplasma en plena hiperplasia maligna; ese sujeto tiene accesos en cualquier momento y por causas múltiples, pero ese enfermo puede tener crisis gástricas cuando la úlcera ó el neoplasma son latentes ó de evolución lenta en cuyo caso parecería que cada empuje de la labor ulcerativa diera lugar á una crisis del tipo de las descriptas.

En las gastralgias el fenómeno que prima es ó bien el dolor ó el vómito; ambos suelen acompañarse, pero con más frecuencia el vómito termina el acceso.

Tienen relación casi siempre con los periodos digestivos ó coinciden con la ingestión de alimentos ó mas tarde por la acción del Cl H ó del Cl orgánico. Son accesos de más corta duración, pero que se suceden con menor frecuencia que en las crisis, en las

cuales vimos, los fenómenos duran largo tiempo sucediéndose para cesar bruscamente y no reaparecer nada, nada gástrico, hasta el periodo siguiente.

En las gastralgias se nota siempre un estado gástrico anterior ó posterior reconocible por el exámen químico ó físico, y como existe un estado gástrico, la ingestión de alimentos y sobre todo de cierta clase de alimentos, suele tener influencia en la cesación ó provocación del acceso.

No es naturalmente regla absoluta de que el gastrálgico sea un gástrico, pués tambien en él hay etiología tóxica y refleja, pero la mayoria de las gastralgias obedecen á una lesión anatómica del estómago, sea ella primitiva ó secundaria á la enfermedad determinante.

En el modesto esquema adjunto sintetizaremos los caracteres que nos parecen más útiles para el diagnóstico diferencial:

| CARACTÉRES | C. GÁSTRICA | GASTRALGIA |
|---|---|---|
| Principio | Brusco | Fen. gastr. ant-Prodrómico |
| Fenómeno principal | Triade conjuntamente | Triade se sucede ó predomina uno |
| Intensidad | Agudo ó cresciendo | Desigual |
| Duración del acceso | Largo tiempo con poco intervalo | A intervalos-Mas corto |
| Relación con ingestión | Ninguna | Generalm. coincide ó precede |
| Intolerancia gástrica | Absoluta | Generalm. no absoluta |
| Acción de los alimentos ó medicamentos sobre el acceso | Ninguna | Inconstante, pero obran en uno y otro sentido |
| Forma del acceso | Igual para cada periodo | Desigual |
| Fenómenos nerviosos | Marcados | Menos intensos. |
| Cesación | Brusca | Gradual, brusco ó por vómito |
| Pulso y temperatura | Taquicardia—Normal | Disminución–Variable |

## D. D. con Cólico Hepático

Es sin duda alguna en la iniciación, cuando por vez primera estalla un paroxismo doloroso de viscera, que la confusión es posible entre el comienzo de una crisis gástrica y de un cólico por obstrucción calculosa, y es tanto mayor cuanto que cólicos hepáticos hay que tienen sintomatologia, mejor dicho, sensación subjetiva, de calambres al estómago, ó vivo dolor con punto epigástrico; se cree en cólico, pero las deposiciones sucesivas no son acólicas y la orina no es de tinte ictérico muy marcado, cosa que sucede si la obstrucción calculosa es limitada al canal cístico y por tanto no hay entorpecimiento del pasaje de bilis al duodeno.

Pero en este caso el paroxismo doloroso no es tan intenso como una crisis gástrica; la triade no es completa, no se suceden sus elementos; el dolor es lo único que induce en dudas, pues los vómitos no son iniciales ni tan abundantes y los fenómenos nerviosos se reducen más á vértigos que á estado ancioso ó de lipotimia.

Veamos ahora con un acceso de cólico hepático típico; el acceso empieza en ambos bruscamente; el dolor, primero sin poderse precisar el sitio de su máximo, pues es más bien difuso sin ser muy intenso, no tarda en localizar su mayor agudez en el hipocondrio derecho, y á veces también muy agudo en el epigastrio; el dolor se irradia como en las C. gástricas, pero con sitios de suma constancia; se irradia al epigastrio (punto epigástrico) y á la espalda derecha

(punto escapular), irradiación importante de verificar en el enfermo, pues en ese sitio es el punto de mayor frecuencia, un punto casi típico podríamos decir de afección hepática.

El vómito es análogo en ambos, pero generalmen- y casi siempre amargo en el cólico hepático.

Los fenómenos nerviosos del cólico tienen suma tendencia al vértigo—vértigo que puede ser inicial, y vértigo que rara vez falta—, mientras que en las crisis gástricas como hemos visto son con mayor frecuencia la algidez ó la postración anciosa los que dominan.

El cólico estalla muy á menudo algunas horas después de las comidas (post prandium).

Dura generalmente menos tiempo que una crisis aunque hay casos en que persiste varios días con pocas intermitencias.

El cólico hepático suele acompañarse de una elevación térmica (fiebre hepatálgica) y Peter señala aumento de temperatura en la reg. hepática; la crisis gástrica también suele acompañarse de calor en el epigastrio; fenómenos vaso motrices y sensitivos en ambos debidos al esfuerzo y á compresiones.

En un sujeto con cólico hepático es raro no constatar á la palpación una vesícula distendida en forma de un tumor doloroso muy sensible á la presión fuera del recto del abdómen, debajo del reborde costal, y un hígado aumentado de volúmen constatable á la percusión.

Vienen después los fenómenos accesorios del cólico; la crisis cesa brusca quedando el enfermo sin más que algunos dolores abdominales fruto de un

esfuerzo constante y reiterado, pero pronto todo pasa para ceder á la acalmía de que hemos hablado; pero después del cólico viene la orina verdosa, las materias fecales decoloradas y antes que ello un tinte subictérico de las conjuntivas ó una ictericia total franca.

Bouchard dice que en estos casos, la urobilinuria y la peptonuria son signos en favor del cólico.

A pesar de todo, hay circunstancias en que la duda persiste en los primeros momentos, sobre todo en esos cólicos rudimentarios que son tomados por calambres del estómago, hasta que un acceso análogo y más que todo la aparición de un tinte subictérico levantan las dudas.

## D. D. con Sindrome pilórico

El sindrome que tiene mayores puntos de contacto con el que estudiamos, es el sindrome pilórico, denominado así por Soupault y Hartmann. Este sindrome constatado, indica siempre una lesión orgánica de la región piloro duodenal. Obedece á causas intrinsecas y extrinsecas citándose entre las primeras el cáncer, la linitis plástica, la úlcera simple del estómago, gastritis tóxicas, hipertrofía muscular del piloro; y entre las segundas, unas determinadas por el estómago mismo (gastroptosis, dislocación vertical del estómago) y otras determinadas por afecciones de órganos vecinos (litiasis biliar y sus complicaciones—cistitis y pericolecistitis—, cáncer, cálculos é hidropesía de la vesícula biliar, cáncer de las

vias biliares, adherencias de peritonitis tuberculosa, afecciones esclerosantes de páncreas, úlcera del duodeno, tumores ó descenso del riñón derecho).

Este sindrome suele manifestarse en su iniciación con periodicidad y con todos los fenómenos que hemos descrito en las crisis gástricas, pero teniendo siempre la característica de sobrevenir algunas horas después de las comidas; no aparece repentinamente como la crisis, es decir en cualquier momento sinó con marcada regularidad á las 4 ó 6 horas después de comer: dura varios días presentando uno á dos accesos diarios para desaparecer y repetirse cada 15 días ó cada mes ó más tarde, pero con periodicidad.

A medida que la afección causal del sindrome progresa, estos accesos se aproximan y la periodicidad se reduce entonces no atendiendo al tiempo que transcurre entre uno y otro acceso sinó al momento de su aparición; 4 á 6 horas después de comer.

El acceso está constituído por; dolor que se repite con curiosa regularidad 2 á 5 horas después de comer; tiene su máximo en el hueco epigástrico ó se revela á distancias por fenómenos cerebrales (jaqueca, vértigos) ó fenómenos cardío pulmonares ó malestar general, síntomas equivalentes á la gastralgía y sobre todo á la gastralgía de los dispépticos.

El vómito aparece con la misma regularidad que el dolor; hay además regurgitaciones y pirosis—que son precoces en las dispepsias nerviosas y tardíos en aquellas á tipo pilórico—; eructos más ó menos intensos y duraderos.

En los casos de ectasis gástrica ó durante la crisis de intolerancia, estos trastornos son contínuos, pero, cosa característica, patognomónica, se exacerban marcadamente algún tiempo después de las comidas. (1).

Como vemos, la dificultad reside en la iniciación del sindrome; pero el hecho de que siempre, tanto el dolor como los vómitos tienen correlación con la ingestión de alimentos nos debe hacer pensar siempre en una obstrucción ó espasmo de piloro y no en una crisis gástrica que aparece en cualquier momento.

## D. D. con Cólico Nefritico

Un paroxismo doloroso de cólico nefrítico no se presta ya á tanta confusión con un paroxismo de la crisis gástrica.

La iniciación suele ser brusca, pero generalmente vá precedido de pródromos que consisten en una sensación vaga de peso en la región lumbar ó un malestar general acompañado de estado nauseoso é insomnio.

Estalla enseguida el dolor que es el síntoma principal; dolor que vá aumentando de intensidad y estalla en un flanco ó dolor vivo desde el principio en la región lumbar, con irradiaciones al muslo simulando una ciática, entorpecimiento en los movimientos de los miembros inferiores; testículo tumefacto, doloroso y retraído en el anillo inguinal; el dolor se irradia además al pubis, sacro, pliegue de

---

(1) Tomás Florenza—Sindroma pilórico—Tesis de Bs. Aires 1909

la ingle y por tanto á la vejiga y al ureter. Con esfuerzos muy penosos el enfermo orina algunas gotas; generalmente es una pequeña hematuria que puede persistir algunos días. Hay tenesmo rectal, vesical y aliviado el paroxismo, una micción frecuente con sensación de quemadura y calor y presencia de arenillas en la orina. Hay náuseas, vómitos, escalofríos, no hay elevación térmica, pulso chico frecuente.

Todos ellos, aunque incompletos, son síntomas bastantes para evitar fácilmente el error.

## D. D. con Cólico Saturnino

Antecedentes del enfermo sobre todo profesionales. El cólico es precedido de trastornos dispépticos (inapetencia, constipación, etc.), aunque puede estallar bruscamente. El dolor no tiene sitio fijo; ocupa todo el abdómen y se irradia sobre todo á la región lumbar; son dolores contínuos, durante los cuáles el vientre está duro, retraído; se acompaña de vómitos. Hay apirexia, pulso duro pero lento.

Pero para que un sujeto tenga cólicos saturninos, es necesario que haya trabajado muchos años con plomo (salvo casos de intoxicación aguda); encontramos ya anteriormente anemia, la estría violácea de las encías, alteraciones de la sensibilidad, parálisis, temblores, etc.

## D. D. con Cólico Pancreático

Se presenta con vómitos, tendencia al síncope, dolor que se irradia á todas partes, pero con predilec-

ción á la primera vértebra lumbar, entre las espaldas y el enfermo tiene la sensación que se origina en las profundidades del vientre.

Suele coexistir con la diabetis. Eichhorst cita la indicanuria y Poliakoff dice que se acompaña siempre de glicosuria.

## D. D. con la oclusión intestinal
### (Cólico de Miserere)

En este caso hay náuseas, hipo, vómito que llega á ser fecaloideo; vientre retraído, timpanizado; las ansas intestinales suelen hacer relieve. No hay expulsión ni de materias fecales ni de gaces. Hay postración, hipotermia, pulso pequeño é irregular.

## D. D. con Perítonitis aguda

Hay hipo, vómito (porraceo), dolor que aumenta con las contracciones intestinales, con la tos ó por la presión; el enfermo está inmóvil, con sus piernas flexionadas; abdómen distendido, sonoridad aumentada; constipación. Pulso filiforme, temperatura, escalofríos, sed; piel seca. Facie típica.

## D. D. con Hernia extrangulada

Hernia anterior que repentinamente es irreductible. Dolor en forma de cólicos. Náuseas, vómitos y tumor herniario.

## D. D. con Aneurisma de aorta abdominal

Predominan signos de compresión; dolor intenso, profundo semejando á veces una neuralgia lumbo abdominal; pulso femoral retardado con el pulso radial. Más tarde la aparición de una bolsa pulsátil con un solo latido y un solo ruído de soplo que según Stokes puede desaparecer auscultando al enfermo de pie.

## D. D. con Estenosis ú obstrucción de piloro en la colecistitis calculosa

Por su vecindad pueden sobrevenir adherencias de perigastritis ó una transformación fibroidea y retráctil del piloro. Hay dolor, vómitos, dilatación del estómago con timpanismo y clapoteo; viene varias horas después de comer; enflaquecimiento por alimentación insuficiente; sensación de tumor por induraciones en la reg. epigástrica. Los antecedentes de cólicos hepáticos y la ictericia hacen el diagnóstico.

## D. D. con Apendicitis

Hay en esta enfermedad un cortejo de síntomas que reunidos algunos de ellos, buscando los demás con prudencia, no es fácil despistar el diagnóstico de apendicitis, sea ella aguda ó crónica.

La forma aguda podrá confundirse en su iniciación con alguna afección de visceras abdominales, pero es raro; el punto de Mac Burney nunca falta; la hiperestesia cutánea local de Dieulafoy, la temperatura que asciende con rapidez, los vómitos, la constipación inicial, la mirada brillante y fija del enfermo rarísima vez inducen en error.

Pero no sucede así en la apendicitis crónica; aquí hay fenómenos variados, síntomas de estados gástricos (dispepsias, hipercloridia, etc.), que pueden semejar una gastralgía y decimos una gastralgía solamente porque en ninguna descripción de apendicitis crónica hemos encontrado algo siquiera que se asemejara á una crisis gástrica del tipo de las estudiadas.

---

Como en el diagnóstico diferencial con gastralgías, resumiremos en un modesto cuadro los caracteres diferenciales de las crisis gástricas periódicas con las afecciones viscerales á sintomatología dolorosa que puedan prestarse á dudas de diagnóstico.

| CARACTERES | C. GÁSTRICA | C. HEPÁTICO | C. NEFRÍTICO | PERITONITIS AGUDA | APENDICITIS | ESTENOSIS DEL ESÓFAGO | ESTENOSIS DEL PILORO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Principio | Brusco | Brusco ó nó | Bruco ó nó | Brusco | Brusco | Brusco | Gradual |
| Fenóm. princip. | Triade | Dolor | Dolor | Hipo, vómito, dolor | Dolor, vómito | Disfagia | Vómito |
| Duración | Fija en c/perio. | Variable | Variable | — | — | Corta | Corta |
| Irradiac. del dolor | Tórax, omblig. | Escápula | Reg. inguin. testíc°., ureter. | Abdo. general | Ombligo, flanc. | Poca | Local |
| Caract. del vómito | General. ácido | Amargo | — | Porráceo | Porráceo | Poco abundan. | Gran vómito |
| Estad. entre accesos | Normal | Sintom. varios | Síntom. varios | — | — | — | Enflaquecim. dilatac. gastri. |
| Temperat. { local | Si | Si | — | Si | Si | — | — |
| Temperat. { general | No | Fiebr hepatalg | No | Si | Si | — | — |
| Pulso | Lleno – Taquic | Pequeño | Pequeño | Pequeño, filif. | Peque. aceler. | — | — |
| Sitio máximo del dolor | Epigastrio | Hipoc. derech. | Reg. lumbar | Abdom. gener. | Punto Mac Burney | Retro esternal | Reg. pilórica |
| Estado que sigue al acceso | Postrac. ó nada | Ictericia; orinas verdos. mat. fec. decol. | Hematuria, arenillas en la orina | — | — | — | Sed, orinas disminuidas; peristaltismo exagerado |
| Periodicidad | Constante | Variable | Variable | — | — | Desp. de comer | Varias horas |
| Relación con alim. | Ninguna | Desp. de comer | Ninguna | Ninguna | Gen. post. comi. | — | Desp. de comer |
| Cesación | Brusca | Brusco ó nó | Brusca ó nó | — | — | — | Por vómito |

## D. D. con C. Gastr. temporarias y permanentes

La base que ha guiado para aislar el sindrome que estudiamos, es su periodicidad. Desde muy antiguo son conocidos estos accesos dolorosos, cuya historia y observación encontramos en el tratado de gastralgías y enteralgías de Barras. (1). Estos estudios completándose permitieron distinguir tres clases de crisis; las temporarias—tienen lugar en cualquier momento, sin sucesión fija—; las permanentes—accesos casi contínuos—; y las periódicas.

Como ya hemos dicho, las crisis gástricas suelen ser el único síntoma con que se revelan durante mucho tiempo ciertas enfermedades; enfermedades que avanzan así, casi silenciosas, hasta producir un cúmulo de alteraciones locales, de vecindad y á distancia tales que necesariamente hacen resaltar una sintomatología más clara al análisis del observador.

Lo que hace variar en clínica el cuadro de una enfermedad, no es su esencia—las lesiones anátomo patológicas propias—sinó la sintomatología; siendo ella el exponente del estado del organismo, debe reflejar lesiones subordinadas á factores heterogéneos alterando de este modo la semejanza de un enfermo con otro.

De ahí que el rol en Patología de una y otra variedad de crisis no sea idéntico. Las temporarias y permanentes, existiendo con menor frecuencia como síntoma único permiten con mayor facilidad

---

(1) Barras—Traité de Gastralgies et enteralgies.

arribar á un diagnóstico etiológico; son generalmente determinadas por alteraciones de las túnicas y glándulas del estómago; es á ellas que encuadra con criterio más estricto nuestras divisiones de sintomáticas y tóxicas.

Las crisis gástricas periódicas existiendo con mucha frecuencia como síntoma único de determinadas enfermedades, son las que indudablemente permanecen con interpretación dudosa; son las que si llevan en vía de un diagnóstico hacen variar totalmente una terapéutica y un pronóstico.

Son las crisis periódicas muchas veces el único alerta con que se revelan enfermedades de iniciación monosintomática; las acompañan en su avance silencioso, siendo las únicas huellas del paso, y cuando ya existe un cierto cúmulo de alteraciones en el organismo, ceden su lugar á las crisis temporarias ó permanentes.

Es á las crisis periódicas que encuadra con criterio más extricto nuestra división de Esenciales y Reflejas.

---

# CRISIS PERIODICAS EN EL TABES DORSAL

*Histórica.*—Independientemente de los trastornos digestivos más ó menos pronunciados que pueden sobrevenir en la evolución del Tabes y sobre todo en su iniciación, trastornos que no presentan nada de particular, conviene estudiar de una manera especial los fenómenos conocidos bajo el nombre de crisis gástricas. En la descripción en general hemos ya dicho algo sobre la importancia del sindrome en esta enfermedad; nos queda por describirlas en especial, desde que, como veremos, tienen en ella tanta importancia.

Han sido observada desde el principio de la Tabetología; la primera observación data de Graves en 1842; luego Romberg en 1851; Sir Gall en 1858; Duchenne de Boulogne en 1858 las relaciona ya más directamente al Tabes; Topinard y Delamarre en 1864 inspirados por Raymond; Charcot emprendió varias veces su estudio aislando en 1872 este complejo sintomático, trazó su descripción completándola varias veces hasta que nos la legó tan perfecta que hasta hoy día no pudo ser modificada. Fournier y Leyden en 1882 dedicaron también á ellas su atención y el primero de ellos sobre todo en lo que atañe al período preatáxico del Tabes de origen si-

filítico llamando polimorfismo inicial, el conjunto de síntomas tan diversos que preceden la aparición de la ataxia, polimorfismo que tiene lugar porque se compone de una cantidad sorprendente de síntomas absolutamente diferentes no ofreciendo el uno al otro ninguna analogía, ningún "aire de parentezco", ningún atributo que los reliegue en conjunto. Todos empiezan de distinto modo; unos por dolores fulgurantes, otros por crisis gástricas, las que invariablemente restan desconocidas en cuanto á su naturaleza y son tomadas por simples accesos de gastralgía. (1).

Estudia la iniciación del Tabes y llega á aislar varios principios verdaderamente diferentes y sin analogía como muy bien lo dice—cosa que por otra parte es la verdad—:

Tabes á principio vesical (paresia vesical, retención, incontinencia, polakiurea, tenesmo, cólico vesical, cistalgía, etc.).

Tabes á principio genital (eretismo venéreo, pérdidas seminales, etc.).

Tabes á principio cerebral (vértigos, ictus, hemiplegias, trastornos psíquicos, morales é intelectuales).

Tabes á trastornos auditivos; á neuralgias periféricas; á debut paraplégico; á debut gástrico siendo en él las crisis gástricas el único fenómeno de verdadero valor; á debut intestinal: á debut laringeo.

Th. Buzzard (en The Lancet del 24 Sep. 1881) dice: "Muchos de los casos de pretendida "gota es-

(1) Fournier—Lecciones sobre el periodo preatáxico del Tabes de origen sifilítico. 1885.

tomacal'' serían tomados por crisis gástricas del Tabes si se les examinara á la luz de los conocimientos actuales''.

Y Trousseau escribe: ''Que de enfermos no han sido enviados á termas medicinales por dolores reumáticos ó pretendidas neuralgias periféricas y visceralgias y que no teniendo calma con medicamentos sedantes ni con agua de esas termas, eran quizá enfermos con los dolores preatáxicos''. (1).

## Descripción

Las crisis gástricas en el Tabes, suelen inaugurar la escena mórbida y la componen ellas solas algún tiempo, siendo tomadas por síntomas de afecciones del estómago, envenenamientos, etc.

Charcot y Fournier dicen que las C. Gastr. descritas bajo el nombre de esenciales antiguamente son á menudo los primeros síntomas del Tabes, y considera además Charcot los vómitos periódicos de Leyden no exclusivamente de naturaleza neuropática sinó manifestaciones del período preatáxico siendo una modalidad de las crisis.

Duchenne refiriéndose á las visceropatías dice: ''hay singulares accidentes gástricos apareciendo de golpe, periódicamente, sin causa conocida, durando horas y días y desapareciendo de golpe''.

Los fenómenos que constituyen la crisis son:

*El dolor.*—La crisis en su forma típica debuta por el síntoma dolor, sin trastornos gástricos anteriores

(1) Trousseau—Clínica Médica del Hotel Dieu—1894—Tomo 2º

y sin pródromos ó por una sensación dolorosa del vientre en forma confusa que no tarda en fijar su máximo en el hueco epigástrico, desde donde se irradia al dorso, á los espacios intercostales, flancos, á la ingle, al brazo y cuello simulando angor pectóris y aún con sensación de anillo que comprimiera la cintura ó la base del torax.

El dolor causa sufrimientos atroces y provoca estados tan angustiosos que han hecho decir con razón á P. Marie "son el máximo de lo que puede sufrir un ser humano."

Fournier les llama Cólico Gástrico por su semejanza con el cólico hepático ó nefrítico bajo tres puntos de vista: la intensidad excesiva, extraordinaria de los dolores; la instantáneidad en su aparición y desaparición y su reacción sobre el organismo.

Los dolores siempre vivos, tienen á veces instantes de atroces exsacerbaciones, á tal punto que la intensidad sola de estos fenómenos constituye á veces un signo diagnóstico de real valor.

*El Vómito.*—Los fenómenos dolorosos se complican no de una manera continua pero á intervalos poco distantes de otros dos síntomas que á veces se aproximan y reproducen sin interrupción haciéndose incoercibles; son ellos el vómito y sobre todo los esfuerzos violentos para vomitar. Aparecen bruscamente, precedidos á veces de náuseas penosas; son iniciales de la crisis, ó siguen al debut del dolor pero raramente le preceden.

El vómito es primero alimenticio, luego de materias líquidas, filantes, mucosas, pocas veces bilioso y después acuoso como pituitas; suelen contener—

no con frecuencia—estrías de sangre y Vulpian cita hematemesis después de la crisis; Charcot señala vómitos con sangre.

Otras veces son solo esfuerzos muy penosos de vómito sin expulsar nada (vómito á seco de Fournier); y hay ocasiones en que el enfermo extenuado por el dolor y los esfuerzos no tiene fuerzas para expulsar las materias regurgitadas, las que cayendo en las vías respiratorias provocan crisis de disnea.

*Intolerancia gástrica.*—Ella es absoluta: el estómago no tolera nada durante la crisis, dificultad muchas veces invencible para la suministración de sedantes.

*Fenómenos nerviosos y síntomas generales accesorios.*—La mayoría de ellos son determinados por reacción simpática.

Facies anciosa indicando angustia y desesperación; el enfermo se agita en el lecho, exhala ayes lastimeros: sobrevienen lipotimias, síncopes, colapso y aún coma (raro): la depresión nerviosa se asemeja al shock operatorio. Se nota depresión de la pared abdominal é hiperestesia simultánea que hace aún más intolerables los dolores. Babon indica la contración de los músculos anchos del abdómen y Bechterew la exageración de los reflejos abdómino diafragmáticos.

Raymond y Charcot citan como clásica la taquicardía—hecho que hemos observado—y no el pulso lento como en los dolores abdominales no tabéticos; es un pulso duro y frecuente.

La presión fuerte de la reg. epigástrica suele ser tolerada, no aumentando los dolores, lo que no suce-

de con una presión superficial quizá debido á la hiperesteria concomitante.

El aumento de la temperatura general no existe; sin embargo Pel cita casos aún con herpes labial. Suelen verse exantemas, inyección de las conjuntivas; respiración anciosa, tos coqueluchoide, espasmos de la glotis.

En fin; el estado general parece muy grave.

*Duración y cesación.*—Duran generalmente entre 2 á 5 días; es raro que duren una semana. Se citan casos en que han durado con periodicidad más de 20 años en tabéticos cuya evolución quedó detenida en el período preatáxico. Los accesos se suceden día y noche impidiendo todo reposo y alimentación.

Son de mayor duración cuando se suministran remedios irritantes por gastritis sobreañadida (Hayem): se repiten á períodos más próximos en los tabéticos morfinómanos, debido á que se agrega la acción de la morfina cuya intoxicación crónica es susceptible de determinarlas por sí sola.

Aparecen en el período preatáxico; persisten 1 á 4 años; se alejan los períodos y acaban por desaparecer, siendo muy raro que persistan en toda la evolución del Tabes.

Nada permite suponer la razón de ser de estos hechos (Charcot). Terminada la crisis, lo que tiene lugar de un modo brusco, tal cual empezó, el estado del enfermo se restablece muy pronto de la extenuación y enflaquecimiento que suele observarse en crisis largas é intensas; las funciones digestivas son normales. Graves había observado perfectamente este lado curioso de la crisis y se expresaba: "Ahora estoy

bien, decía mi enfermo; y en efecto, en algunos días el pasage de un estado normal á un sentimiento de hambre y bienestar era repentino; era un pobre que devolvía cuanto tomaba y sufría horribles calambres al estómago, vomitando y aún perdiendo el conocimiento y cosa extraña, una hora después se le encontraba comiendo cualquier cosa con un apetito voraz, digeriendo con la mayor facilidad y entregándose á sus ocupaciones perfectamente". (Graves, citado por Charcot).

*Variedades y formas anómalas.*—Roux J. Ch. (1) admite dos variedades; 1ª: independiente de todo régimen alimenticio que no ejerce influencia sobre su frecuencia, intensidad y duración y 2ª ligada intimamente á un estado dispéptico ocasionado por una gastritis medicamentosa ó existiendo antes que se manifestaran los signos del Tabes; apareciendo éstas por las mismas causas que los paroxismos dolorosos en el curso de las dispépsias (excesos alimenticios etc.).

Charcot describe 5 formas: 1ª predomina el dolor sobre los otros fenómenos; 2ª predominan fenómenos nerviosos sobre todo colapso y cita casos tomados por cólera, afecciones orgánicas cerebrales, gota remontada ó fiebre perniciosa en Italia; 3ª faltan los vómitos y solo existe el dolor por accesos ó exsacerbaciones (dolor crampoide de Fournier); 4ª falta

---

(1) Roux Jean Ch—Las leslones del gran simpático en el Tabes y su relación con los trastornos de la sensibilidad visceral.—Tesis de Paris—1900.

dolor y solo hay vómitos; (1) y 5ª crisis de muy corta duración pero más frecuente.

Hay crisis cuotidianas; otras de intolerancia absoluta (aneroxia tabética de Fournier); hay crisis permanentes y Plocq cita el caso de un enfermo con crisis diarias durante 7 años bajo la forma típica; empezaba á las 4 a. m. y terminaba á las 9 horas.

La morfinomania las hace más continuas y duraderas aunque de menor intensidad; son precedidas de mal estar, cefalea, náuseas, vómitos y dolores fulgurantes entrando en franca crisis que dura 4, 5, ó 6 días. (2).

Fournier describe la variedad flatulenta; aquí la crisis se acompaña de abundantes eructaciones que es el fenómeno predominante: hay eructaciones violentas, ruidosas, espasmódicas, convulsivas é irresistibles, un verdadero chorro de gaz, seguido de una especie de aspiración sonora y sibilante parecida á lo que se llama reprise en la coqueluche y que Vulpian llama deglución de aire consecutiva á la eructación. Puede aún constituir toda la crisis.

Otras simulan angina de pecho ó enfermedad de Reichmann; algunas se acompañan de hematemesis; otras de bulimia y otras son apenas esbozadas.

Recordaremos además que Charcot cree que el vó-

---

(1) Touche (Revue de Nevrologie 1900—Pág. 951) cita dos formas anómalas de crisis; 1ª debuta en el curso de un embarazo siendo considerados por vómitos incoercibles, pero no cesaron después del parto; 2ª existen crisis de vómito en el momento de las reglas y no cesaron hasta la aparición de la ataxia.

(2) Bauer y Dobrovitch—C. Gastr. prolongadas en los tabéticos morfinómanos. Revue de Nevrologie—1903.

mito periódico de Leyden no es sino una variedad de crisis gástrica del período preatáxico.

*Pronóstico.* — Dice Fournier: "Todas las formas de crisis gástricas tienen un rasgo común y es su incurabilidad.

En general, podríamos decir que el pronóstico de la crisis s relativamente bueno, apoyado en los conocimientos de que desaparecen al tiempo más ó menos largo y que pasado cada acceso, el enfermo queda bien ó entra con rapidez asombrosa á su estado anterior.

*Patogenia.*—Hay dos teorías; unas basadas en el quimismo gástrico ó alteraciones de la mucosa y otras que buscan la causa de las crisis en alteraciones nerviosas ó bulbo medulares.

*Teorias químicas.*—Hoffmann y von Norden dicen que las relaciones que existen entre los trastornos secretorios intraestomacales y las crisis gástricas son lejos de ser bien establecidas.

Sahli cree son debidas á una exageración de Cl H por excitación anormal de los nervios secretorios del estómago lo que explicaría la intensidad de los dolores y los vómitos.

Von Norden se revela contra esta doctrina y en realidad la hipersecreción no es necesaria para su producción; Rabon cita casos de hipocloridia.

Cache las explica por toxinas que actuarían sobre la mucosa gástrica; Bouveret dice que son más bien accesos de gastralgía que hiperacidez; Soupault es partidario de la hiperacidez y dice que si un enfermo la tenia antes, ella aumenta durante la cri-

sis; Huchard y Bomet encuentran variaciones del quimismo gástrico de un día á otro.

Como suelen observarse sufusiones de la mucosa Strauss opina que la crisis predispone á la úlcera; á veces son asociadas á reducciones ó dilatación del estómago.

En realidad cada enfermo hace su crisis con la mucosa que tenga; cuando hay buena glándula hay mucho ClH, pero si se atrofian, como sucede en largos tratamientos con Iok, el ClH disminuye de más en más (Mathieu).

*Teorias nerviosas y bulbo medulares.*—La Anatomía Potalógica no dá mayores luces; no se encuentra lesión específica; según las investigaciones de Vulpian, Charcot (citadas en las tesis de Dubois) no hay lesión apreciable de los ganglios ó células del plexo solar.

Según las autopsias de Demange, Dejerine y Oppenheinn parece que las crisis revelan sobre todo una lesión de los núcleos bulbares del espinal y pneumogástrico; se trataría de un accidente como los dolores fulgurantes: la hiperestesia de los nervios gástricos es un fenómeno mórbido y tiene bajo su dependencia los otros síntomas (colapso, vómito).

Buzzard (1880) creyó encontrar esclerosis del neumogástrico; Pierret (1881) encontró su núcleo bulbar con esclerosis; Oppenheinn su atrofia; Demange encontró esclerosis del núcleo del neumogástrico, espinal y raiz ascedente del trigémino en un caso que la crisis gástrica se acompañaba de crisis laringeas y caida de los dientes; Landouzy (Soc.

Biologie, 1884) comparte esta opinión; Rosenthal concluye que las crisis son de origen central debidas á excitación de los núcleos sensitivos bulbares del neumogástrico en el sitio en que parten los nervios sensitivos del estómago. Leyden coloca la lesión en el trayecto del nervio, y en efecto hay crisis sin lesión bulbar ni medular; serían simples neuralgias.

Massarí demuestra que es una degeneración del neuron centrípeto.

Otros creen que es un fenómeno puramente nervioso y Dieulafoy cree que quizá sean debidas á neuritis periféricas.

Roux (1) ha constatado en el simpático cervical, toráxico y esplánico de varios tabéticos, la desaparición de la mitad de las pequeñas fibras de mielina con conservación casi completa de las grandes fibras.

J. Hitz y L. Lortat Jacob (2) comprueba las intermitencias de las anestesias radiculares cutáneas que aparecen y desaparecen al mismo tiempo que las crisis gástricas, y concluyen durante las crisis; los síntomas cardinales del Tabes se agravan, y la aparición de las anestesias cutáneas se acompañan de trastornos de los reflejos y de la coordinación. Estas anestesias tienen como límite superior la 8ª cervical ( zona radicular interna del brazo ) deteniéndose á veces en la 4ª ó 5ª dorsal (altura de las gland. mamarias) ;el límite inferior responde á una

---

(1) Roux—T. Paris 1900—Lesiones del gran simpático en el Tabes y su relación con los trastornos de la sensibilidad visceral.

(2) Hitz y L. Lortad Jacob—Revist Neurolog. 1902—Intermitencias dc las anestesias cutáneas radiculares y su relación con las CG. del Tabes.

linea pasando á igual distancia del apéndice xifoides y ombligo y que no desciende hasta la 9ª dorsal (1).

En resúmen, predomina la duda y la incertidumbre. El Tabes teniendo una etiología tóxica, bien pudieran esas toxinas actuar sobre nervios ó centros bulb medulares (del gran simpático y neumogástrico sobre todo) ó ser un fenómeno de origen análogo á los dolores fulgurantes; ninguna teoria las explica de modo concluyente ni da la razón de su periodicidad.

*Diagnóstico.*— "En todo sujeto con trastornos gástricos intermitentes búsquese metodicamente los signos del Tabes incipiente" (Collet).

"La aparición y desaparición súbita de la visceralgia, su retorno con intermitencias de periodos es signo probable de ataxia" (Trousseau).

"El fracaso de toda medicación podría constituir un elemento de diagnóstico diferencial" Fournier.

Debemos hacer el diagnóstico diferencial con cólico hepático, nefrítico y saturnino; con la gastroxynsis periódica (2). En presencia de un sujeto con

---

(1) Heitz – Rev. Soc. Biologra. 1903– Del sitio de las anestesias cutáneas en el Tabes en su relación con las C. Gástr. é intestinales.

(2) Albert Knapp relata el caso de un sujeto de 27 años con trastornos de la sensibilidad, crisis gástricas y diagnostica Tabes, á pesar de faltar el signo de Romberg, Argyl Robertson y los reflejos ser normales, por no haber hiperacidez que cree falta generalmente, mientras es carterística de la gastroxynsis, insistiendo el autor sobre este signo diferencial.

—Albert Knapp – Un caso de Tabes juvenil; contribución al diagnóstico diferencial entre crisis gástricas y gestroynsis— Revista Neurologia 1951.

crisis gástrica del tipo que describimos, no debemos olvidar nunca buscar signos del periodo preatáxico para no exponerse á instituir falsos tratamientos y el Dr. Eschbaum del servicio del Prof. Schultze de Bonn relata el caso de un enfermo operado 4 veces por crisis gástricas que se creian debidas á una estenosis pilórica.

Con la Histeria es á veces embarazoso el diagnóstico diferencial de las crisis gástricas del Tabes, pues en ambas enfermedades, ellas presentan los mismos caracteres, y es tanto más dificil si recordamos que Tabes é Histeria suelen existir conjuntamente en un mismo enfermo. Es en los estigmas de la Histeria que se basa la diferencia; síntomas oculares fugaces, trastornos sensitivos fugaces y sin localización fija que en cambio son radiculares en el Tabes y de preferencia en el 8° cervical y 6 primeros intercostales y si es difusa, es más intensa en el trayecto de un nervio; la analgesia gástrica descripta por Pitres en la histeria; la anestesia parcial de la lengua es dado por Carzon como signo importante que hablaria en favor del Tabes (1).

Cuando la Histeria y el Tabes se asocian, los síntomas de este último suelen quedar ocultos; Ballet ha diagnosticado el Tabes en esos casos asociados por la periodicidad y forma de la crisis gástricas y el hecho de que estas aparecieran sin trastornos dispépticos anteriores ni posteriores á la crisis. Desigualdad pupilar y crisis gástricas deben hacer pensar en Tabes.

(1) Bernardicou—T. Paris 1904—Relaciones sintomáticas entre Tabes é Histeria.

*Tratamiento.* —Usese con mucha prudencia la morfina; ella es á veces impotente á combatirlas y encamina el enfermo al morfinismo. La punción lumbar; el agua cloroformada; los sedantes en general; grandes lavages del estómago; corrientes continuas, oxalato de cirio si predomina el vómito,etc. son los medios á nuestro alcance sin mayores esperanzas de vencer.

Si se sospecha ó comprueba sifilis, hágase el tratamiento mercurial é iodurado que suele ser lo más eficaz.

*Conclusiones.*—Las crisis gástricas en el Tabes, pertenecen al periodo preatáxico siendo á veces el único sintoma que induce al enfermo á consultar.
(Brouardel y Gilbert - 1907 - Tomo 9°).

Pueden preceder los otros síntomas del Tabes y ser su única manifestación.

El Tabes puede reconocerse por las crisis gástricas y las intermitencias del signo de Argyl Robertson, síntomas bastante concluyentes para el diagnóstico precoz (Babinsky, Pierre Marie, Dejerine).

No se conoce su patogenia; quizá sean fenómenos análogos á los dolores fulgurantes originadas por aumentos temporarios de toxinas de la misma naturaleza que las que originan el Tabes.

# Historias Clinicas

*..J. C. —42 años—Ingresa al servicio del doctor Ibarguren el* 9 *Octubre* 1908.

*Antecedentes.*—A los 22 años tuvo un chancro seguido de manifestaciones específicas; tratamiento de corta duración.

Hace 5 años tuvo su primer crisis, de forma típica, pero de corta duración (1 día). Al año siguiente otra crisis típica que duró 6 dias; despues cada 4 meses tiene su crisis intensa durando hasta 8 dias. Se le han inyectado hasta 4 centigr. de morfina sin resultado.

*Estado actual.*— Pupila derecha más dilatada; signo de Argyl Robertson; trastornos de la sensibilidad; signo de Romberg.

Se diagnostica Tabes de origen sifilítico y se hace el tratamiento mercurial. Tuvo el enfermo una crisis más á los dos meses de ingresar al Servicio; despues no se han repetido hasta la fecha.

*G.L. —47 años— Ingresa al Servicio del doctor Ibarguren el* 6 *Agosto* 1909.

*..Antecedentes.*—Hace 12 años tuvo un chancro seguido de cefalea nocturna un poco de tiempo. Hace dos años sintió repentinamente estando en su trabajo, intensa cefalea y vómitos; quedó debil unos dias pero se repuso pronto trabajando y alimentándose como de costumbre. A los seis meses se repite periodicamente cada tres meses.

El año pasado estuvo en este Servicio en el cual se le hicieron inyecciones de mercurio mejorando; salió y á los 3 meses reapareció la crisis y así cada tres meses como antes.

Estado actual.-Pupíla izquierda reacciona muy perezosa á la luz; reflejos tendinosos exagerados; ligeras zonas anestésicas en el torax y pierna.

Se diagnostica período preatáxico del Tabes (de origen específico); con tratamiento mercurial las crisis no se han repetido hasta la actualidad.

R. A.—40 años—Ingresa al servicio del Dr. Ibarguren el 14 de Marzo 1909.

Antecedentes:—Blenorragias y chancro—Bebedor—Hace 4 años tuvo su primer crisis (forma típica) que duró dos días. Después se repite cada 6 meses y este año pasado cada 3 meses—Pasada la crisis siente ligera incomodidad al estómago durante unos días; se alimenta bien. Antes de cada crisis está 2 ó 3 días muy constipado.

Estado actual:—Tinte anémico; pupila izquierda mayor que la derecha; no reaciona ni á la luz ni á la acomodación. Dolores fulgurantes en las piernas; trastornos en la sensibilidad; signo de Romberg; no hay ataxia.

El tratamiento mercurial ha hecho cesar la crisis.

En ninguno de los enfermos cuya historia reunimos, hemos visto aumento de la temperatura; hemos constatado pulso duro y frecuente: la hiperacidez del jugo gástrico solo la constatamos en la 2a. observación y en los otros el quimismo era variable.

# CRISIS GASTRICAS EN LA HISTERIA

Mathieu les llama hiperestesia gástrica histerica. Los histéricos suelen tener crisis gástricas parecidas á las del Tabes y pueden aparecer en esos neuropatas en el curso de todas las afecciones del estómago que determinan crisis de dolores vivos; en ellos el alimento sirve para traer la exitación de un verdadero centro histerógeno. Son una consecuencia de la perversión de la ideación y de la voluntad que distingue los histéricos dándoles un sitio especial en la serie de los neurópatas.

La indiferencia de los enfermos en presencia de accidentes tan penosos que preocuparian á otra categoría de enfermos puede ser considerado como una característica de este estado mórbido.

El dolor es más intenso, hay más fenómenos nerviosos y terminan por convulciones, por vomitos, por crisis de lágrimas ó eructaciones aerofagicas que pueden ser el equivalente de la crisis convulsiva (Gaston Lyon).

Debe desconfiarse en ellos, de la úlcera de la región pilórica y por prudencia instituir un régimen de úlcera. (G. Lyon).

Raramente existen solas; la periodicidad no es constante y siempre existen algunos de los estigmas de la Histeria.

## Historia Clínica

*J. R.*—24 *años*—*Ingreso al servicio del Dr. Ibarguren el* 9 *de Julio* 1908.

*Antecedentes*:—Alcoholista y fumador sin abusar. Hace 2 años siente de noche fuertes dolores al estómago y vómitos que duran con intermitencias 2 meses; pasó luego 7 meses bien: al cabo de ellos una nueva crisis que dura 3 días; ellas se repiten ahora cada día por medio; duran unas horas solamente.

*Estado actual*:—Pupila derecha más dilatada; reaccionan bien; reflejos aumentados; abdómen aplanado y paredes tensas; la presión del epigastrio es dolorosa; la posición y volúmen del estómago son normales; los vómitos son muy ácidos y al exámen hay mucho ClH. Hay zonas histerógenas.

Durante la crisis el enfermo se desespera, grita, se agita y pasada la crisis el enfermo se siente bien, come y digiere bien.

Se le practicó una laparotomia exploratiz encontrándose todas las visceras normales.

Se ensaya mercurio sin resultado; la morfina y la atropina son de resultados inconstantes; una bebida con cocaina, morfina, agua cloroformada y agua de menta amortigua la intensidad del dolor.

Se encuentran algunos estigmas histéricos y se diagnostica crisis gástricas histéricas.—Una dieta bien reglamentada, la amenaza de una operación y unos sellos á base de bismuto y magnesia logran hacer terapéutica eficaz.

Después de 3 meses, el enfermo es dado de alta en perfecto estado.

Encontramos crisis gástricas en la esclerosis en placas, siringomielia, paralisis general progresiva, paquimeningitis, mielitis difusas; en las neurosis traumática, estado mórbido consecutivo á traumatísmos y sobre todo emociones violentas que hacen de ella un estado vecino entre la neurastenia é histeria y que dura solamente de 1 á 3 años (Vibert, medicina Legal 1909).

Dubois describe sujetos pusilánimes que tienen crisis gástricas, dispepsias; es una neurosis especial que cura por sugestión (1).

Hartemberg separa otra clase de neurosis caracterizada por angustias, crisis gástricas, crisis cardiacas, irritabilidad, fobias, etc. (2).

En estos estados, las crisis no tienen gran valor diagnóstico, excepto en la esclerosis en placas y siringomielia en las que son iguales á las del Tabes, pudiendo existir un tiempo como único sistoma; pero es un tiempo muy corto pues no tardan en aparecer los sintomas típicos de esas afecciones.

---

(1) Dubois—Revista de Médicina, Paris 1901—Tras. gastr del vervosismo.

(2) Hartenberg » » » » 1904—Las neurosis de nugustia,

## CRISIS GASTRICAS REFLEJAS

*En el riñón móvil*.-Es otra entidad mórbida que como en el Tabes, las crisis gástricas tienen una significación diagnóstica de mucho valor pues pueden constituir por mucho tiempo su única sintomatología.

Hay que distinguir dos clases; las crisis puramente nerviosas y las de causa mecánica siendo éstas consecuencia de trastornos reflejos debidos á estrangulamiento renal, á tironeamiento del plexo nervioso, á la ptosis de otras visceras que suelen acompañar al riñón móvil y á adherencias que se establecen; por compresión del duodeno si es el riñón derecho el caído ó por obstáculo al curso de las mat. fecales en el ángulo duodeno yeyunal si es el riñón izquierdo; Debove, Linder y Bartels (1) describen casos en que el riñón derecho impedía el paso del quimo del estómago al intestino.

En resúmen: las crisis son un fenómeno reflejo originado por tironeamiento, compresión de nervios, compresión del duodeno y aún por dispepsia nerviosa (Tuffier).

---

(1) Citados en la Tesis de A. Puissegur—Trastornos gástricos en el curso del riñón móvil—Paris 1906.

En cuanto á los caractéres, las crisis gástricas en la ptosis renal, son parecidas á las Tabes; el dolor se irradia generalmente hacia la región lumbar y los signos á la inspección y palpación no tardan generalmente en llegar, aunque como decimos hay casos que durante mucho tiempo las crisis gástricas son el único síntoma.

## Historias Clinicas

Rosario L. de P.—27 àños.—Servicio del doctor Ibarguren.

Padece desde hace 5 años de crisis gástricas que tiene lugar cada 1 ó 2 meses y durante hasta 10 días. A la enferma no se le ha presentado durante ese tiempo ninguna otra molestia.

Se constata una ptosis del riñón derecho de tercer grado.

Es operada (nefrorrafia extraperitoneal por vía lumbar), cesando las crisis.

Teresa P.—29 años.— Servicio del doctor Ibarguren.

Hace 5 meses sufre mensualmente durante 4 meses de dolores al epigastrio y sensación de peso, cefalea y poco vómito; duran 5 ó 6 días y no reaparecen hasta el mes siguiente.

Este último mes son casi contínuas recrudeciendo con la ingestión de alimentos.

Al examen se nota ptosis y dilatación del estómago que es doloroso á la palpación y ptosis del ríñón derecho de lo que nunca se dió cuenta la enferma;

la percusión es dolorosa en la columna vertebral entre la 12ª vértebra dorsal y la 2ª lumbar.

Se ordena dieta; tratamiento gástrico á base de bismuto y magnesia y contra el dolor la belladona; tratamiento renal á base de vendaje compresivo.

Sale de alta á los 6 meses sin tener ninguno de los trastornos antedichos.

*En la tuberculosis pulmonar crónica.*—Son sobre todo con predominio del síntoma vómito.

Peter decía "los tuberculosos tosen porque han comido y vomitan porque tosen" y en efecto, la característica de las crisis de vómito es que son consecutivas generalmente á un acceso de tos (tos emetisante de Pidoux ó tos gástrica) y es este carácter que puede ser un signo patognomónico importante del principio de la tuberculosis pulmonar, hecho ya señalado por Morton en 1737.

Hanot decía: "los vómitos periódicos constituyen un signo constante del debut de la tuberculosis y no tienen nunca lugar en ayunas". Al principio de la tuberculosis suele haber hipercloridia, dilatación del estómago—que Bouchard considera como factor predisponente á la tuberculosis—y trastornos dispépticos bien estudiados por Marfan, los que han de originar seguramente las crisis gástricas.

En esta afección coexisten generalmente con fenómenos dispépticos y raramente como sindrome aislado.

*En el enfisema pulmonar crónico.*—El enfisema pulmonar crónico suele empezar insidiosamente con

fenómenos dispépticos y en su cortejo sintomático suelen observarse crisis gástricas viniendo con cierta periodicidad: es debida al estancamiento venoso é hipercloridia consecutiva (Brouardel y Gilbert).

Brumm describe casos de enfermos con crisis gástricas á predominancia del síntoma dolor; no curaban y al tiempo se constató enfisema.

El dolor asienta en la punta del apéndice xifoides y se le denomina punto epigástrico por su sitio fijo y su poca irradiación; se acompaña de tos y de disnea. Se cree sea originado por el diafragma rechazado por el enfisema comprima el plexo solear, y á fatiga del ventrículo derecho. (1).

Se acompañan de tos y de disnea.

## Historia Clinica

J. Ll.—59 años.—Servicio del doctor Ibarguren.

*Antecedentes.*—Un día siente repentinamente á la tarde agudos dolores, en el epigastrio y localiza su máximo al nivel del apéndice xifoides; duraron 1 hora; se reanudaron al día siguiente en igual forma y de este modo diariamente durante un mes. Cesaron completamente hasta el año siguiente en que se reanudan con más intensidad durando unos días y después de una acalmía de poco tiempo volvían á manifestarse.

Hace 2 años se resfrió quedándole fatiga que no

---

(1) H. de Brunn—1905—El punto epigástrico en el enfisema pulmonar crónico.

le permite el reposo á la noche.—Es fumador; no alcoholista.

Ingresa con intensa disnea y tos acompañada de expectoración muco purulenta abundante; la marcha y el decúbito son imposibles pues la disnea se hace más intensa.

El exámen del enfermo permite con facilidad diagnosticar enfisema pulmonar.

Con reposo, ioduro, tintura de lobelia, etc., el enfermo mejora y las crisis gástricas se repiten muy alejadas. Fallece repentinamente en el jardín del Hospital.

——

*En cardiacos.*—El punto epigástrico que hemos descrito en el enfisema pulmonar crónico se suele observar en dilataciones del ventrículo derecho consecutivas al enfisema.

La insuficiencia aórtica y la aortitis crónica tienen un debut insidioso figurando entre sus síntomas, los trastornos dispépticos y las crisis gástricas que harían pensar en una afección del estómago si se omitiera auscultar el corazón. Han sido señaladas por Leared, Potain, Huchard, Barié, etc. La asociación de la insuficiencia aórtica y de la aortitis al Tabes es hoy bien conocida (Fabre, Berger, Rosbach, Vulpian, etc.), y también es conocida su relación con la sífilis tanto así que Babinsky formuló una triade para diagnosticar la sífilis ó encontrar la etiología de esos elementos si ellos existen (aortitis, anisocoria y linfocitosis del líquido cefalo raquideo).

El aneurisma de la aorta es otra entidad que muy comunmente empieza por una dispepsia que no tar-

da en ser dolorosa y revestir los caractéres de crisis gástricas con predominancia de dolor pudiendo ser éstas periódicas.

Hemos observado un caso de ese género hace poco en el servicio del doctor Ibarguren; era un sujeto que desde hace un año y medio tiene como único síntoma subjetivo dolores en el epigastrio que duran varios días; cesan y después de una acalmía de una semana renacen.

Desde hace 30 días, afectan el tipo permanente.

La palpación y auscultación permiten reconocer un tumor liso animado de latidos y con un soplo y que al exámen detenido tanto clínico como con los rayos resulta ser un aneurisma de la aorta descendente.

*En la apendicitis crónica.*—"Es en la apendicitis crónica que se presenta d'emblée tan velada en cuanto á su diagnóstico que hace hacer la mayoría de las veces diagnósticos agenos al padecimiento mismo" (1) y en enfermos nerviosos con apendicitis crónicas desconocidas (2) que se observan verdaderas crisis gástricas debidas á irritación refleja del estómago determinadas por adherencias.

El dolor suele ser periódico; su máximo radica en el epigastrio pero se irradia á la fosa iliaca derecha, al cólon transverso y aún al hipocondrio izquierdo.

Se observan las crisis gástricas en la estenosis y

---

(1) A. F. Celesia—Tesis B. Aires 1908—Apendicitís crónica.

(2) Gaston Lyon—1909—Clínica Terapéutica.

obstrucción del piloro, en la obstrucción permanente del coledoco, en los quistes del páncreas, en la litiasis biliar, en adherencias de la vesícula biliar, en la helmintiasis, en ptosis viscerales, etc., pero bajo formas no típicas ni con periodicidad y sin significación diagnóstica propia.

# CRISIS GASTRICAS SINTOMATICAS

*En la úlcera del estómago.*—La úlcera simple del estómago suele manifestarse durante algún tiempo en su iniciación por crisis gástricas viniendo con periodicidad. Los síntomas de la triade que aquí tienen más valor son el dolor y vómito.

El dolor tiene su máximo no en sitio fijo; este sitio le es dado por la localización de la úlcera; se irradia á las espaldas, á los espacios intercostales pero tiene 2 sitios de predilección: el punto xifoideo y el punto raquideo, ambos típicos casi siempre de la úlcera.

Como decimos el máximo del dolor depende del sitio de localización de la úlcera; si el dolor se despierta ó se hace más intenso á la palpación profunda es seña que la úlcera está situada en la cara posterior del estómago y pequeña curvatura: este dolor, mismo en plena crisis se exacerba con los cambios de posición del enfermo lo que se explica fácilmente por la acción irritativa de alimentos ó líquidos que contenga el estómago.

Estos hechos los hemos podido comprobar en un enfermo; se trata de un hombre joven que desde hace dos años viene sufriendo crisis gástricas periódicas á predominio de dolor con poco vómito; apare-

cieron primero cada 5 meses, después cada mes, luego semanalmente y como se repetían á diario el enfermo ingreso á este Hospital.

Tuvo algunas hematemesis; los vómitos eran ácidos.

La palpación profunda muy dolorosa y el dolor se exacerba en el decúbito lateral derecho.

El bismuto y la dieta láctea los calman.

Se diagnóstica úlcera simple del estómago (cara posterior, pequeña curvatura) dato confirmado por la operación, encontrándose además adherencias con la cara inferior del hígado. (1).

El dolor y vómito además de la labor ulcerativa pueden ser causados por la hipercloridia (frecuente en los ulcerosos), á las gastritis hiperpéptica, á la estenosis del piloro por tumefacción ó espasmos y á adherencias.

En las formas frustas de úlcera hay á veces solo pequeñas hematemesis ó dolores bajo forma de crisis sobre todo en neurópatas en los que toma parte el elemento nervioso en la patogenia del dolor (Gaston Lyon).

La úlcera origina reacción peritoneal; el peritoneo segrega un exsudado con tendencia á la organización y establece adherencias con la hoja visceral del estómago, con los órganos vecinos (páncreas, hígado, epiplón, peritoneo parietal) ; la adherencia corresponde generalmente al fondo de la úlcera. Esta perigastritis adhesiva es la continuación fatal de las perigastritis enquistadas del estómago consecutivas

---

(1) Historia Clínica de J. L.—25 años— Servicio del Dr. Ibarguren.

á la úlcera. La perigastritis es otra fuente de crisis gástricas; ella se hace por períodos con empujes inflamatorios en el sitio de la adherencia, por lo que hay los dolores paroxísticos periódicos.

Se la confunde á menudo con tumores ó neoplasmas malignos.

Las crisis gástricas en la úlcera simple existen como fenómeno aislado algún tiempo, pero no tardan en tener relación con los alimentos primero y enseguida hacerse frecuentes, sin periodicidad; si se trata de perigastritis consecutiva, la implantación de ésta determina nuevas crisis.

Muchos operados de úlcera tienen á época más ó menos lejana de la operación fenómenos que harían pensar en una úlcera nueva ó la úlcera operada nuevamente en actividad. Estos enfermos tienen verdaderas crisis de dolor que duran 3 á 5 horas durante algunos días; son dolores paroxísticos acompañados de hiperestesia viva al tacto de las partes vecinas de la cicatriz operatoria; vienen con cierta periodicidad, cada semana ó cada mes ó cada tantos días: se acompaña de vómitos, diarrea ó constipación pero prevalece el síntoma dolor.

Denechan describe otras formas de dispepsia secundaria á la operación de la úlcera; crisis constituida por dolor, regurgitaciones acuosas, constipación, enflaquecimiento y anemia; crisis solamente al tomar líquidos alcohólicos; crisis tardías (3 ó 4 semanas después de la operación) Son debidas á alteraciones de régimen, á constipación no combatida ó al hecho de haber operado el ulcus en plena gastritis subaguda.

*Las ulceraciones tuberculosas del estómago* aunque no frecuentes (1 o|o según Striippler y Simmonds; 3 o|o según Courmont), ni ser manifestación primitiva de la tuberculosis, pueden verse en la evolución de esta enfermedad y determinar crisis gástricas.

La iniciación de estas ulceraciones es silenciosa debido á la menor acidez del jugo gástrico. Generalmente son crisis á predominio de vómito (Frerichs) y que pueden tener sangre (Steiner). El dolor y el vómito no son patognomónicos pues pueden verse en la tuberculosis pulmonar acompañados de tos (tos gástrica ó emetizante).

Su diagnóstico es muy dificil; un dato á retener es la hipocloridia en vez de hipercloridia como en la úlcera simple (Arloing—Ulceraciones tuberculosas del estómago).

*Sifilis del Estómago.*— En la sifilis, los trastornos digestivos son variados; se pueden agrupar en 4 formas; 1° dispepsias, gastralgias y crisis gástricas; 2° gastro enteralgias; 3° crisis de vómito á repetición y 4° trastornos y perversiones del apetito. (1)

La gastritis crónica frecuente en los sifilíticos, de origen específicas ó medicamentosas originan crisis gástricas periódicas; sus síntomas son confusos; aparecen en el periodo terciario; se observan estenosis pilórica, ulceraciones y aún úlceras.

(1) Fournier—Tomo II; trastornos secundarios del tubo digestivo en la sifilis.

## Historia Clinica

*L.J.* —14 *años*— *Servicio del doctor Ibarguren.*

*Ingresa* 17 *Marzo* 1907. .... ..... .....

*Antecedentes.*— Á los 4 años sufrió unos ataques en que perdía el conocimiento durante 8 á 12 horas. Á los 6 años tuvo una erupción en la piel y cefalea; á los 11 años empieza á sufrir del estómago caracterizándose por dolor intenso y vómito (á veces con sangre) durando varias horas y repitiéndose cada semana, siendo más intensos y duraderos en el momento de la menstruación.

Hace dos meses tiene cefalea continua y ha aparecido una iritis en el ojo derecho.

Por ciertos antecedentes de familia y la inspección de la enferma permiten diagnosticar heredo sifilis.

Quizá esos trastornos digestivos caracterizados por crisis gástricas periódicas no eran meramente fenómenos dispépticos sino originados por sifilomas ó úlceras sifilíticas en el estómago sobre todo en la región pilórica. El tratamiento mercurial fué eficaz.

En la sifilis, los trastornos gástricos pueden preceder á lesiones específicas del higado, hecho que hemos podido observar.

## Historia Clinica

*G. T.* —36 *años*— *Servicio del doctor Ibarguren.*

*Antecedentes.*—Hace 8 años tuvo un chancro seguido de manifestaciones secundarias. Desde hace 14

meses tiene crisis gástricas á predominio de vómito; duran 3 ó 4 días y se repiten cada 20 días; actualmente son más frecuentes dejando de ser nuestro síndrome para transformarse en gastralgias. El dolor no muy intenso se irradia á la escápula derecha. Tumefacción y dolor en la región hepática.

Estos datos, agregados á otros síntomas permitieron hacer diagnóstico de sífilis hepática.

*En las dispepsias.*— Se encuentran en las dispepsias á forma nerviosa, en la hipercloridia, en la hipopepsia, etc. constituyendo á veces crisis análogas á las del Tabes por espasmos del piloro y en las dispepsias secundarias consecutivas á enfermedades infecciosas.

En las dispepsias por regla general no son típicas ni su periodicidad es constante. La hipercloridia es la entidad mórbida que con mayor frecuencia las cuenta en el número de sus síntomas.

*En la enfermedad de Reichmann.*— Siendo una entidad á principio insidioso y variable suele empezar por crisis periódicas (Reichmann, Sahli, Eichhorst, Riegel, Bouveret). Reichmann distingue dos clases de gastrosucorreas; la periódica y la continua y en la descripción de la forma periódica hacia entrar las crisis del Tabes, los vómitos histéricos, los vómitos periódicos de Leyden y la gastroxynsis.

Pueden presentar el aspecto del sindrome pilórico (Soupault).

La crisis nocturna es la más intensa. (1).

*En el Cáncer.*— Suelen observarse en el priodo dispéptico del cáncer; no son muy frecuentes pero caracterizan más á la úlcera.

---

(1) Boas (Semaine medicale 1907) describe una variedad de gastrosucorrea que denomina digestiva. Ha sido señalada por Strauss, Schüler, Zweig, Tuchender y Calvo; es debida á una hipersecrección de jugo gástrico. El apetito no es alterado lo mismo que el transporte del quimo. Un fenómeno dominante en ella es el enflaquecimiento que lo explica por el desperdicio de la albumina contenida en el jugo gástrico (Boas ha retirado su comida de prueba hasta 300 gr. de jugo gástrico lo que dá un promedio de 2 litros inutilizados; y por la amilolisis que es trastornada en el curso de esta gastrosucorrea.

Otros snítomas son la constipación el clapoteo, el meteorismo abdominal y signos de dispepsia nerviosa ó de atonia gástrica y puede dar lugar á crisis de dolor y vómito de modo periódico.

Se diagnostica por una comida de prueba especial (5 biscochos secos, con solo 8 ó 9 % de agua); á la hora se extraen 100 á 200 gr. de líquido que se separan en dos capas. Hay hipersecreción pero no hiperacidez.

Pickarpt (Semana Médica de Berlin—1905) describe una gastro sucorrea familiar de orígen nervioso; es así denominada porque aparece en varios miembros de una familia.

Tiene toda la sintomatología de la enfermedad de Reichmann.

## CRISIS GÁSTRICAS TÓXICAS

*En la uremia gástrica.*—Suelen observarse; no son francas pero pueden sobrevenir en la uremia verdaderas crisis de vómito sobre todo á veces sin esfuerzo como los vómitos nerviosos.

El exámen anatómico nos indica erociones lenticulares á fondo rojizo y poco profundas (Lancereaux), causa que no es suficiente para explicar las crisis; son seguramente consecuencia de la auto intoxicación general. No tienen gran valor diagnóstico pus los pequeños signos del brightismo de Dieulafoy, la hipertensión arterial, etc., las acompañan.

*En la diabetis.*—Entre los síntomas de su debut insidioso figuran trastornos sensitivos (neuralgias diversas, crisis gástricas, etc.). Pero lo más típico en el diabético son las crisis gástricas del pseudo tabes diabético; revisten igual carácter que en el Tabes, pero los otros síntomas de la diabetis hacen el diagnóstico diferencial.

*En la gota.*—Independientes de la dispepsia crónica que la acompaña, se observan á veces con periodicidad accidentes graves empezando por crisis gástricas y fenómenos nerviosos (opresión, tendencia al síncope). Estos accidentes de gota remontada al estómago son atribuídos á eliminación brusca de áci-

do úrico á través de las paredes del estómago (G. Sée) ó á fenómenos espasmódicos del costado de la viscera.

*En la enfermedad de Basedow*.-Algunos autores las incluyen entre las crisis de origen reflejo; creyendo fueran como otros fenómenos atribuibles á la intoxicación tiroidea, es que las consideramos en esta división.

No tienen mayor valor diagnóstico por sí solas.

*En la enfermedad de Addison*.—Suelen figurar entre sus síntomas iniciales, pero los fenómenos nerviosos (astenia típica, apatía), la pigmentación, etc., no dejan mucho tiempo lugar á dudas sobre su etiología.

*En el paludismo*.—Rosenthal describe una forma de paludismo larvado que suele manifestarse únicamente por crisis gástricas periódicas, y cita observaciones de enfermos cuyas crisis no cediendo á ningún medicamento, desaparecieron con quinina.

Como vemos, no se trata de formas perniciosas de paludismo con sintomatología gástrica.

*En el morfinismo crónico*.—Hemos visto que los tabéticos morfinómanos tienen crisis más duraderas y más aproximadas en sus intervalos de períodos.

En la morfinomanía crónica se ven con relativa frecuencia. No tienen ningún carácter especial.

*En los alcoholistas crónicos*.—No son raras en ellos; y las pituítas, esas vomituraciones en ayunas de líquido incoloro podrían considerarse como crisis gástricas permanentes.

Hay algunas enfermedades infecciosas á período de incubación largo, que suelen tener con cierta periodicidad crisis gástricas á forma dolorosa sobre todo.

Ejemplo de ellas nos dan sobre todo la rabia, la peste y el tétanos.

— —

Con la descripción que precede, apoyada en la observación y en la bibliografía nacional y extranjera, terminamos este modesto trabajo y con él la labor universitaria.

De ella podemos desprender como conclusiones, que el sindrome que estudiamos tiene en ciertas enfermedades una importancia diagnóstica de primer orden pues constituye á veces toda su sintomatología inicial;

Son accidentes muy graves por la intensidad de los fenómenos que lo componen;

No reagravan la enfermedad que las origina;

Su pronóstico en sí no es grave, pues á pesar de su intensidad y duración ellas pasan sin dejar modificaciones, al menos aparentes, en el organismo.

Su patogenia es oscura en la mayoría de los casos y la terapéutica es ineficaz en la generalidad.

Un juramento, toda una profesión de fé sellará nuestra carrera para ir luego á difundir en el ocaso de la vida las enseñanzas adquiridas en las aulas y en los hospitales.

Al egresar de la Escuela de Medicina que quede grabado mi homenaje á mis maestros preferidos y mi cariño al núcleo de buenos camaradas con quiénes me unirá siempre la amistad y el afecto.

Son muchos ya los que han colocado mi hoy primer jalón; ellos cruzan llenos de dignidad la República entera y aún llevan al extranjero un gajo de la Ciencia Médica Argentina; yo ingreso recién, novel, á esas legiones sintiendo orgulloso la pesada carga impuesta; pero si puedo ser útil á la Patria y a la Humanidad en el bregar de mañana, ello será mi mejor corona de laureles y la mejor recompensa de las fatigas.

*Leopoldo K. Wimmer.*

Buenos Aires, Marzo 15 d 1910.

Buenos Aires, Marzo 16 de 1910.

Nómbrase al señor Consejero doctor Eduardo Obejero, al profesor titular doctor Angel Centeno y al profesor suplente doctor M. Acuña, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tésis, de acuerdo con el artículo 4° de la Ordenanza sobre exámenes.

E. Cantón.

*R. S. Gómez,*
Secretario.

---

Buenos Aires, Marzo 29 de 1910.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta N.° 2126 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón.

*R. S. Gómez,*
Secretario.

# PROPOSICIONES ACCESORIAS

1ª Importancia del exámen del jugo gástrico.

*Eduardo Obejero*

2ª En qué consisten los fenómenos principales de las crisis gástricas en la segunda infancia?

*Centeno.*

3ª Base de su clasificación en las crisis gástricas periódicas.

*M. Acuña.*

# BIBLIOGRAFÍA


*Arloing.*—"Les ulcerations tuberculeuses de l'estomac"—1902.

*Barbier.*—"Syphilis de l'estomac"—1905—Thése de París.

*Bernadicou.*—"Rapports symptomatiques entre le Tabes et l'Hysterie"—1904.

*Bourget.*—"Les maladies de l'estomac et leur traitement"—1907.

*Bouveret.*—"Traité des maladies de l'estomac"—1893.

*Brouardel, Gilbert.*—"Traité de Medecine"—1902.

*Cabanne Tellé.*—"Perigastritis douloreuse"—1903. Thése de París.

*Celesia.*—"Apendicitis crónica"—1908.—Tésis de Buenos Aires.

*Charcot-Bouchard-Brissaud.*—"Traité de Medecine"—1900.

*Collet.*—"Pathologie Interne"—1907.

*Debove et Sallard.*—"Traité élementaire de Clinique Medicale"—1905.

*Diculafoy.*—"Pathologie Interne"—1908.

*Du Pasquier.*—"Troubles gastriques dans la tuberculeuse pulmonaire chronique"—1903.—Thése de París.

*Eichhorst.*—"Pathologie Interne"—1889.

*Ewald.*—"Afecciones de las vías biliares con especial consideración de sus relaciones con las afecciones del estómago é intestino"—Berlín—1904.

*Fournier.*—"Lecons sur la periode preataxique du Tabes d'origine syphilitique"—1885.

*Fournier.*—"La syphilis"—1903.

*Forgue.*—"Precis de Pathologie Externe"—1906.

*Florenza.*—"Sindrome pilórico"—1909—Tésis de Buenos Aires.

*Frenkel.*—"Semiologie et thérapeutique des maladies de l'estomac"—1900.

*Grasset.*—"Lecons de Clinique Medicale"—1896.

*Galliard*—"Syphilis gastrique et ulcére de l'estomac"—Archive de Medecine—1886.

*Huchard.*—"Nouvelles consultations medicales"—1906.

*Júllich.*—"Formes cliniques de l'ulcére de l'estomac chronique et recidivant"—1905.—Thése de París.

*Lancereaux.*—"Lecons de Clinique Medicale"—1894.

*Lyon.*—"Maladies de l'estomac"—1909.

*Lyon.*—"Clinique Thérapeutique"—1908.

*Leyden y Klemperer.*—"Die klinische medizin"—1905.

*Mathieu.*—"Traité des maladies de l'estomac"—1901.

*Moreno Muñoz.*—"Enfermedades del estómago"—1902.—Tésis Buenos Aires.

*Moss.*—"Úlcera sifilítica del estómago"—1901.—Tésis Buenos Aires.

*Marfan.*—"Troubles et lesions gastriques dans la phtisie pulmonaire chronique"—1887.—Thése de París.

*Naegeli.*—"Deutsches Archiv für Klinische Medizin"—1901.

*Puissegur.*—"Troubles gastriques de cause mecanique au cours du rein mobile"—1906.—Thése de París.

*Robin.*—"Les maladies de l'estomac"—1904.

*Roux Jean Ch.*—"Lesions du systhéme grand sympatique dans le Tabes et sa relation avec les troubles de la sensibilité viscerale"—1900.—Thése de París.

*Soupault.*—"Maladies de l'estomac"—1905.

*Trousseau.*—"Clinique Medicale de l'Hotel Dieu"—1894.

*Taguet.*—"La gastrosuccorhée et son origine nerveuse reflexe"—1906.—Thése París.

*Waynсopp.*—"Crisis gastriques au debut du Tabes"—1905.—Thése de París.

## REVISTAS, ETC.

*Argentina Médica.*—(Buenos Aires).

*Anales del Círculo Médico Argentino.*—(Buenos Aires).

*Archives generales de Medecine.*—(París).

*Archiv für Klinische Medizin.*—(Leipzig).

*Archiv für pathologische Anatomie, Phisiologie ú. für Klinische Medizin.*—(Berlín).

*Bulletins de la Soc. Medicale des Hopitaux de París:* —(Paris).

*Chronique Medicale.*—(París).

*Journal Medicale Francais.*—(París).
*Revue de Medecine.*—(París).
*Revue de Nevrologie.*—(Paris)
*Semana Médica.*—(Buenos Aires).
*Semaine Medicale.*—(París).
*Wochenschrift Wiener Klinische.*—(Viena)
*Wochenschrift Berliner Klinische.*—(Berlín).