

perior en peso a los 243 gr. Por su tamaño, este caso es de los mayores tumores intraventriculares registrados en la bibliografía, y sólo existen otros tres casos comparables.

La sintomatología clínica correspondía a un pequeño tumor de la región parasagital, con escasos síntomas de hipertensión intracraneal. Este caso indica, una vez más, la extraordinaria tolerancia del cerebro para tumores de gran tamaño y de crecimiento lento, en jóvenes. Se hace una rápida revisión de la bibliografía, cuadro clínico y ventriculográfico de los meningiomas intraventriculares, que son, en general, raros, apareciendo solamente 31 casos en la literatura.

BIBLIOGRAFIA

- BUSCH, E.—Acta Chir. Scand., 82, 282, 1939.
CUSHING, H. y EISENHARDT, L.—The meningiomas. Thomas, Springfield, 1938.
DANDY, W.—Benign encapsulated tumors in the lateral ventricles of the brain. Baillière, Tindall and Cox, London, 1934.
GARDNER, W. J. y TURNER, O. A.—Surg. Gynec. and Obst., 66, 904, 1938.
JEFFERSON, G. y JACKSON, H.—Proc. Roy. Soc. Med., 32, 1105, 1939.
TOLosa, E.—Rev. Esp. Oto-Neuro-Oftalmol. y Neurocir., 1, 8, 1944.

TRES CASOS DE DOLOR EN HIPOCONDRIO IZQUIERDO

E. DE ARZÚA ZULAICA

Ex Médico Interno.

Clinica de Aparato Digestivo del Hospital de Basurto. Jefe:
Dr. J. L. OBREGÓN ICAZA.

DOLORES CRÓNICOS EN HIPOCONDRIO IZQUIERDO.—Recordemos que el hipocondrio izquierdo está limitado por arriba por el reborde costal, por abajo por una línea que une los puntos más inferiores de los arcos costales, por dentro por una vertical que corta la parte media del arco crural y por fuera por la unión del reborde costal y la línea horizontal.

En esta región se encuentran los órganos siguientes: parte más extrema del lóbulo izquierdo del hígado; fondo de saco del estómago, bazo, cola de páncreas, parte izquierda de colon transversal, ángulo esplénico y parte superior de colon descendente, polo superior de riñón izquierdo y cápsula suprarrenal.

Nos encontramos con cierta frecuencia en la clínica ante enfermos que aquejan dolores en hipocondrio izquierdo, crónico (a ellos nos referimos especialmente), primitivos o propagados de otros órganos.

El diagnóstico de estos últimos no es difícil en la mayor parte de los casos, debiendo fijar nuestra atención en el órgano del que proceden. Más interés nos merecen los dolores que se ori-

ginan en esta región, sean o no irradiados a otras zonas.

En todos los casos debemos interrogar y explorar minuciosamente al enfermo, buscando otros signos y síntomas que nos permitan completar el cuadro.

Vamos a seguir a MARAÑÓN en sus líneas generales en el estudio etiológico del síntoma que nos ocupa, con algunos comentarios y aclaraciones que creemos de interés. Tendremos además en cuenta en la descripción la frecuencia de los procesos, prescindiendo de aquéllos que merecen casi exclusivamente un interés teórico, y cuyo estudio haría perder relieve a los que deben llamar la atención del práctico.

1.—Mencionamos en primer lugar los procesos de *bazo*, que en el caso de hipertrofia dan pesadez, y dolor cuando hay periesplenitis, remitiéndonos a la patología de ese órgano para evitar una farragosa relación.

2.—En *estómago*, las úlceras de cardias y cuerpo del estómago, sobre todo en curvatura menor, así como las neoplasias de estas zonas y de curvatura mayor, son responsables de estos dolores en buen número de casos, pero en la mayor parte de ellos son propagados de epigastrio.

Debemos llamar especialmente la atención por su frecuencia, comprobada por todos los clínicos, sobre el dolor localizado en hipocondrio izquierdo bajo reborde costal en las úlceras gástricas penetrantes en páncreas, ocurriendo lo mismo con algunas úlceras duodenales con esta complicación.

En la úlcera péptica postoperatoria el dolor se localiza con frecuencia en hipocondrio izquierdo, con irradiaciones bajas.

Si asienta en el estómago, se presenta con fases de dolor y calma; si en la boca anastomótica o yeyuno, el dolor es continuo, sobre todo cuando hay exteriorización, calmando momentáneamente con alimentos o alcalinos. En ocasiones hay vómitos, con mezcla de alimentos y bilis; el enfermo se caquectiza. Hay hemorragias ocultas. A la palpación, el dolor es acusado en hipocondrio izquierdo. El diagnóstico de certeza es radiográfico, con nicho de difícil comprobación.

Puede haber dolor en los casos de aerogastria, como cuando se colecciona aire en la parte superior del estómago en cascada².

3.—En los procesos de *colon* atenderemos a las afecciones inflamatorias y tumorales de transversal, ángulo esplénico y descendente. JONES ha demostrado experimentalmente con un balón la localización del dolor en hipocondrio izquierdo por lesiones del colon de ese lado, por encima del sigmoide³. En algunos enfermos de colon espasmódico hay dolor en hipocondrio izquierdo².

Un transversal muy caído y el peso de un descendente lleno aumentan la angulación esplénica y permiten la acumulación de gases con molestias en hipocondrio izquierdo². En general, de-

bemos tener presentes los casos de aerocolia, en flexura esplénica.

4.—Para GALLART, no sólo el cólico hepático puede dar crisis con localización exclusiva en hipocondrio izquierdo¹⁷, sobre las que no nos extendemos por tratarse de dolores agudos, sino que en la *litiasis biliar* nos encontramos en ocasiones con dolores o molestias, menos intensas, pero que persisten localizados exclusivamente en esta región.

Por exploración, hay dolor en hipocondrio izquierdo, acompañado o no del mismo signo en el cuadrante derecho.

Para explicar estos hechos hay que admitir una particular distribución de las fibras de la sensibilidad visceral simpática, que, en parte o totalmente, desde la zona hepatocanalicular, terminan en el asta lateral izquierda de la médula¹⁷.

5.—Pensaremos también en todos los procesos de cuerpo y cola de *páncreas*.

6.—En las enfermedades de *riñón* izquierdo nos ceñiremos a citar las más frecuentes, para no ser pesados. En las *pielonefritis* y *pielitis* hay dolor sordo permanente en hipocondrio izquierdo, con crisis agudas de poca intensidad. Hay dolorimiento renal a la palpación, con rigidez muscular y *piuria*. En la *litiasis renal*, además del cólico, hay dolor sordo, crónico, con o sin dolor lumbar. En la *ptosis renal*, menos frecuente en el lado derecho, el dolor es paroxístico, crisis de *hidronefrosis*, con vómitos o sordo, que aumenta con el ejercicio y se acompaña de *dispesia gástrica*. Pálpase un riñón descendido y movable. Mencionaremos además, sin entrar en detalles, el absceso *perinefrítico*, el cáncer de riñón y el riñón *poliquístico*.

7.—En la *anexitis gonocócica* (la citamos como curiosidad) puede haber *periesplenitis*, con el correspondiente dolor¹⁸.

8.—En las afecciones de *columna vertebral*, como el cáncer, puede darse este tipo de molestias. Para ALVAREZ, el dolor crónico de hipocondrio izquierdo sería debido, en muchas ocasiones, a *espondilitis*, y en ello tendremos que pensar cuando no podemos encontrar una causa local. Esto nos debe obligar a no prescindir de la exploración de *columna vertebral*.

9.—Citaremos además como posibles causas de dolor en hipocondrio izquierdo las *neuritis lumbares* o *intercostales inferiores* y las *pleuritis*.

C. de P. A., de veintidós años, soltera, cocinera. Vista el 25-IV-48.

Antecedentes sin interés. Hace tres años y medio, dolor en hipocondrio y costado izquierdos, irradiados a espalda, a media mañana; calmaba algo con bicarbonato, más con ingesta, tres horas después de comer, duraba dos horas, pasaba con leche. Dolor en ayunas, no de noche. Dos temporadas más el primer año; peor en el último año. Desde hace dos meses el dolor es continuo, calmando poco con ingesta. También de noche, dolor muy fuerte. Heces caprinas desde hace un año. Por entonces, dos deposiciones negras. Hace nueve meses, cuatro días de diarrea. Aguas de boca, que no calman las molestias.

Exploración.—Sólo hay que señalar dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio izquierdo y fosa lumbar del mismo lado, así como a la percusión en 8 dorsal.

Rayos X.—Bulbo duodenal en mariposa. Imagen sospechosa de nicho en curvatura mayor de antro.

Jugo (2-V-48): 35 gr. de pan y 350 c. c. de agua, a los tres cuartos de hora. Cantidad, 50 c. c.; sedimento, 10 c. c. Acidez libre, 60 U. Combinada, 75 U. Sangre, negativa. Hemorragias ocultas en heces. Bencidina (3-V-48), positiva.

Evolución.—La enferma se ha encontrado bien en meses sucesivos con el tratamiento médico que se le puso, habiendo desaparecido todos sus dolores, excepto a las cinco semanas de iniciado aquél, en que tuvo durante cinco días un dolor muy fuerte en hipocondrio, costado izquierdo, continuo, que desapareció, hasta hace diez días (5-VIII-48), en que tiene 4 deposiciones negras como la pez, pegajosas, acompañadas de debilidad de piernas, con dolor en costado izquierdo, cuatro días después, irradiado a espalda, a media mañana y de noche, de duración variable, corriéndose a veces a vientre. Vinta quince días más tarde de este episodio, se aprecia la misma imagen en bulbo, sin que se confirme la sospecha de nicho de antro.

Intervención (Dr. OBREGÓN, 29-X-48).—Úlcera duodenal de cara posterior, simple, en bulbo, y tres pequeñas erosiones, que apenas dejan señal, cicatrizadas en antro. Gastropilorectomía Billroth I-Haberer.

Posteriormente la enferma no aqueja ninguna molestia.

Este caso nos interesa, porque la úlcera duodenal que producía dolores exclusivos en hipocondrio izquierdo, era duodenal y no penetrante, sino simple. Había dolor a la percusión en 8 dorsal. Estos dos signos nos pueden hacer pensar en alguna ocasión en un diagnóstico diferencial descabellado a primera vista, con una afección de columna que ofrezca estos mismos síntomas destacables.

La úlcera duodenal iba acompañada, probablemente, de una gastritis erosiva de antro, que curó con tratamiento médico.

D. G. V., de treinta y dos años, casado, policía (4-XII-48).

Un hermano, operado de U. D. Una ictericia catarral hace un año, dos meses después de dar sangre para una transfusión, que duró ocho días, y fué precedida de dos días de "infección intestinal". Al finalizar la ictericia tuvo "molestias" en hipocondrio izquierdo, que duraron quince días, a ratos de quince minutos una o dos veces al día, mañana y tarde. Hace un mes, pesadez en epigastrio por la tarde a las tres horas de comer, que cedía con bicarbonato y alimento, irradiado a hipocondrio izquierdo y centro de espalda, repitiendo en la misma forma a días sueltos, hasta el momento actual. Eructos de siempre, dolor de cabeza de mediana intensidad desde la mañana, a días sueltos. Ha adelgazado 6 kilogramos en los dos últimos meses.

Exploración.—Enfermo en mal estado de nutrición, con ligero dolor epigástrico a la palpación. Soplo sistólico mitral; 65 pulsaciones. Tensión 15/10.

Rayos X.—Seudodivertículo en curvatura mayor de bulbo, que está alargado. Estómago, normal.

Jugo.—Pan y agua, a los 45 m., 50 c. c., turbio, 15 c. c. Sedimento. Acidez libre, 50 U. Combinada, 65 U. Sangre. Indicios.

Hemorragias ocultas en heces, negativas.

Evolución.—Con tratamiento médico, sin molestias al mes.

En esta historia registramos dolor en hipocondrio izquierdo después de una hepatitis, y sobre cuya etiología no podemos insistir por falta de datos. Más tarde el dolor epigástrico se irra-

dia a hipocondrio izquierdo y centro de espalda, demostrándose radiológicamente una úlcera duodenal, expresada radiológicamente por un pseudodivertículo paraulceroso típico. Por la historia, parece que no se trata de una úlcera complicada, pero no podemos demostrarlo.

No queremos pasar por alto el hecho de que el diagnóstico radiológico del *ulcus duodenal* nos lo da sólo la seriografía con la demostración del nicho, ya que deformaciones duodenales nos las ofrecen otros procesos, y de tipo pseudoulceroso las encontramos en la tuberculosis intestinal, de origen peritoneal o por localizaciones duodenales en la tuberculosis¹⁹⁻²⁰.

Pero en nuestro caso, creemos que la clínica y lo típico de la imagen nos permiten hacer el diagnóstico por la simple radioscopia, al no poder practicar, como hubiéramos deseado, la seriografía.

L. G. G., de treinta y dos años, casado, zapatero. Visto el 17-VIII-48.

Apendicectomía hace dieciocho años. Desde entonces, molestias en vientre, que empezaban en fosa ilíaca derecha y corrían por todo el vientre, con movimientos y ruidos de tripas, a ratos, de duración variable, a las dos horas de comer, acompañados por dolor epigástrico y ardores (también a las dos horas), que calmaba echando aguas. A veces, a media mañana y de madrugada, que también calmaban con bicarbonato y comiendo. El dolor se corre a región precordial y espalda. Por temporadas buenas de dos a tres meses y malas de otro tanto. Unas tres al año. Hace diez años, un esputo de sangre negra coagulada. Alguna vez, mareos. Estreñimiento desde que tiene molestias de tres días, muy duro. Así lleva dieciocho años. Ha adelgazado 10 kilogramos en el último año. Cabeza atontada. Duerme mal.

Exploración.—Disminución del murmullo en hemitórax derecho. Palidez. Delgadez. Tensión 13/8. Pulso, 48. No dolor en zona gástrica a la palpación.

Rayos X.—Estómago, normal. Duodeno. Escotadura en curvatura mayor de bulbo con pseudodivertículo en seno basal inferior. Irritabilidad marcada. Bulbo, irritable.

Tratamiento médico (5-X-48). Está bien. La misma imagen de bulbo 23-XI-48. Hace dos días, dolor en hipocondrio izquierdo, que duró todo el día, intensidad media, sin irradiaciones ni remisiones. Bulbo, lo mismo.

Jugo gástrico (25-XII-48). — Pan y agua a los tres cuartos de hora, cantidad, 90 c. c.; sedimento, 25 c. c.; acidez libre, 55 U.; combinada, 65. Sangre, no. Hemorragias ocultas heces, sí.

Se trata de un caso de úlcera duodenal antigua, que en su curso presenta dolor en hipocondrio izquierdo. La evolución nos dirá si la úlcera se ha hecho penetrante.

Y, para terminar, recordaremos las irradiaciones del dolor en la úlcera gastroduodenal, pasando por alto las penetrantes, a las que ya hemos hecho alusión en su relación con hipocondrio izquierdo.

Las úlceras de curvatura menor penetrantes en páncreas se irradian además a escápula y hombro izquierdos, con dolor en espalda más frecuente que el anterior, sobre todo en su lado izquierdo.

En la úlcera alta, junto al cardias, puede haber irradiaciones hacia apéndice xifoides, punta de corazón, hemitórax y brazo izquierdo, semejando cuadros anginosos. Se trataría de re-

flejos transmitidos por el vago, con consiguiente constricción coronaria¹. Otras veces la irradiación es simplemente subesternal, por reflejos espasmódicos o modificación del tono del esfínter del cardias o esófago inferior².

Cuando la úlcera es duodenal y penetrante en hígado, epiplón menor o vesícula biliar, hay dolor en hipocondrio derecho, y en espalda cuando la penetración es hacia páncreas.

También nos interesa separar las localizaciones atípicas.

En la úlcera duodenal, en ausencia de dolor en epigastrio, podemos encontrarlo en región subescapular, entre 8 ó 10 costillas, en línea media de espalda, en últimas vértebras dorsales, tratándose casi siempre de úlceras penetrantes en páncreas.

En otras ocasiones hay dolor en fosa ilíaca derecha, con ritmo ulceroso. Aprovechemos la ocasión para recordar la insistencia de GALLART al afirmar que en patología digestiva interesa más el ritmo que la localización del dolor. Ese dolor en fosa ilíaca se debería quizá a disfunción motriz del esfínter íleo-cecal.

Otras veces asienta el dolor en hipocondrio derecho, al que ya hemos hecho referencia al hablar de las irradiaciones, obligándonos a pensar en los cólicos hepáticos. Sobre sus causas, ya hemos dicho algo más arriba.

De lo expuesto, sacamos la conclusión de que los dolores exclusivos en hipocondrio izquierdo en ausencia de penetración son raros en la úlcera duodenal, pudiendo aparecer en la gástrica, sobre todo de curvatura menor, siendo de aparición más frecuente los irradiados.

Por ello, merece atención el primero de los casos que presentamos, ya que se trata de una úlcera duodenal simple de cara posterior.

Los otros dos casos no hacen sino confirmarnos el interés que puede tener esta localización en el *ulcus duodenal*, cuya casuística aumenta, sin duda, cuando sin conformarnos con la palabra del enfermo, le invitamos a que señale con su dedo las regiones de irradiación y localización del dolor, y, por otra parte, veamos sistemáticamente a rayos X a todos los enfermos que aquejen dolor en la expresada región.

RESUMEN.

Se presentan tres casos de dolores en hipocondrio izquierdo, en tres enfermos con úlcera duodenal, comentando los detalles de interés, después de hacer un resumen etiológico del síntoma.

Se señalan las irradiaciones del dolor en las úlceras gástricas y duodenales, así como las localizaciones atípicas en estas últimas, llamando la atención sobre el hecho de que, generalmente, no se describan las irradiaciones y localizaciones en hipocondrio izquierdo en las úlceras duodenales no penetrantes, como uno de los casos que se presentan, terminando con el consejo de que invite a los ulcerosos presuntos a señalar las

zonas de irradiación y localización del dolor y se vea sistemáticamente el estómago a rayos X a los pacientes que aquejen este síntoma.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVAREZ, W.—Nervousness indigestion and pain, 215, 1943.
2. BOCKUS, H. L.—Gastroenterología, 23, 382, y 2, 372, 1948.
3. JONES, C. M.—Digestive tract pain. Diagnosis and Treatment. Experimental observations, 1938. Cit. BOCKUS-RIMEN.
4. MARAÑÓN, G.—Diagnóstico etiológico, 1944.
5. RIVERS, A. B.—Journ. Am. Med. Ass., 104, 169, 1935.

6. VIDAL, COLOMER y ROMERO CALATAYUD.—Estómago operado, 183, 1946.
7. ARZÚA ZULAICA, E.—Archiv. Hospital Basurto, 3, 93, 1947.
8. BONORINO, UDAONDO y CASTEX.—Patología digestiva, T. I, 1945.
9. BELTRÁN BAGUENA.—Médica Bañuelos, T. III, 3.ª Ed., 1941.
10. KALK, H.—Medica de Bergmann-Stahelin. T. III, 1.ª parte, 1943.
11. JIMÉNEZ DÍAZ, C.—Patología médica, T. V, 1947.
12. OLIVER PASCUAL, E.—Ser, 7, 20, 1948.
13. SALA ROIG, J.—Úlcera gastroduodenal, T. I.
14. PINOS, T.—Úlcera gástrica, 1947.
15. GUTMANN, R. A.—Les syndromes douloureux de la région épigastrique, 1940.
16. GALLART MONES, F.—Patología abdominal clínica, 1943.
17. SIERRA RUIZ y RODRÍGUEZ ARIAS.—Cit. GALLART (16).
18. FITZ-HUGHES.—Cit. MARAÑÓN (4).
19. MARINA, ALIX y MÚGICA.—Rev. Clín. Esp., 19, 377, 1945.
20. MATHEWS DELANEY y DRAGSTIPT.—Cit. MARINA y cols. (19).

RESUMEN TERAPEUTICO DE ACTUALIDAD

TRATAMIENTO DE LA SIFILIS AORTICA

M. FERNÁNDEZ PÉREZ y J. LÓPEZ BRENES

Clinica Médica Universitaria. Director: Profesor C. JIMÉNEZ DÍAZ.

La etiología sífilítica de afecciones de la aorta y de otros vasos es conocida desde hace mucho tiempo, pues AMBROSIO PARÉ ya hacía notar la frecuencia con que aparecían aneurismas aórticos en sujetos sífilíticos. Observaciones anatómicas similares fueron hechas por LANCISI, en 1728; MORGAGNI, en 1761; HODGSON, CRUVEILHIER, etc., quedando, sin embargo, confundida la sífilis aórtica con otros tipos de aortitis, hasta que estudios de la escuela de KIEL (HELLER, DOHLE, HEIBERD, WELCH) y de otros numerosos autores, como WITGENSTEIN y BRODNITZ, en la Charité de Berlín; PHILIPPO, SIMON, etc., fueron individualizándola, tanto, que desde la memorable discusión del Congreso de Cassel, se admite por algunos como tipo especialmente importante, denominándose la aortitis de Dohle-Heller.

La sífilis, como agente etiológico de diversas afecciones cardiovasculares, juega un papel tan trascendental, que constituye la etiología de la sexta a la cuarta parte de las defunciones por enfermedades cardiovasculares en los Estados Unidos, según se desprende de los estudios estadísticos de CONNER en 1934. Bien es verdad que hay fundados motivos para esperar que en el futuro progrese la trayectoria de la evolución de las sífilis viscerales, en declive desde hace unos años, gracias a la eficacia de los tratamientos específicos y al mejor conocimiento de la enfermedad en sus primeros estadios.

¿Cuándo tiene lugar la localización cardiovascular?

Se observa generalmente que la sífilis cardiovascular suele alcanzar su desarrollo sintomatológico pasados un cierto número de años del comienzo de la infección, de ocho a doce, como mínimo, según los autores, y por lo tanto se admite que forma parte de las localizaciones viscerales del período terciario. Ahora bien, esto no quiere decir que la afectación del aparato circulatorio no tenga lugar hasta pasado aquel lapso de tiempo, encontrándose en la

literatura numerosos y discordantes estudios acerca del problema. Para algunos autores (ARNETT, TURNER y WHITE, CHAMBERLAIN y FOLLOWS) no existe demostración evidente de que durante la espiroquemia del período de invasión exista lesión alguna en el corazón o en los vasos. Otros, como WILSON, WILE, WHISHART y HERRMAN, aceptan solamente como rara la posibilidad, en tanto que de los estudios de otros autores (HOFFMANN, KLOTZ y CREED, STEIGER y EDEIKEN) se deduce una invasión cardiovascular precoz, simultánea a la de otras visceras. Así, los últimamente citados encuentran alteraciones electrocardiográficas valorables, en pleno período secundario, que son susceptibles de desaparecer después de un intenso tratamiento específico, que son, por lo tanto, sin duda, causadas por la sífilis. Estas alteraciones del electrocardiograma atañen especialmente a la onda T y al espacio RS-T, en las derivaciones de miembros y en las precordiales, consistiendo, en resumen, en inversión, aplanamiento, depresiones por debajo de la línea isoelectrica, etcétera. Son significativas, teniendo en cuenta que se han considerado y eliminado todas aquellas otras causas de alteración similar, para no valorar sino los casos francamente de aspecto patológico en los que los hallazgos son individualmente constantes, repetidos en diversos momentos, y desaparecen totalmente sólo con el tratamiento.

La afectación de la aorta es mucho más difícil de detectar en el período secundario, pero es una localización precoz, y en todo caso de las más frecuentes, entre las localizaciones viscerales. Si bien se pueden encontrar enfermos sífilíticos durante muchos años, que tienen una aortitis inexpressiva, asintomática, hay descritos casos en los que los fenómenos aórticos dominan la sintomatología de una invasión sífilítica reciente y virulenta (GRENET, LEVENT, PELISSIER, LAUBRY y MARRE, ETIENNE). PAULLIN y MINNICH, en el libro de STROUD, citan un típico caso de evolución maligna precoz de una lesión aórtica. Por todo ello podemos concluir que, si bien existen treponemas en la aorta en períodos precoces, y, por lo tanto, una sífilis aórtica, sensu estricto, sus manifestaciones clínicas pueden tardar muchos años en aparecer, sea por una especial manera de evolucionar, por características del germen o del lugar donde asienta, o por factores extrínsecos mul-