

bajo excesivo durante años en el segundo, y el trabajo en una fábrica de carpetas antigás con benzol y otros tóxicos en local cerrado en el tercero.

Aneurismas intracraneables (*)

Dr. I. GISPERT CRUZ

Se ha comprobado la existencia relativamente frecuente de malformaciones aneurismáticas congénitas en las arterias del polígono de Willis. En cuanto al papel etiológico de la sifilis y arterioesclerosis en la formación de aneurismas, parece ser mucho menos importante de lo que se creía. En cambio, son más corrientes los aneurismas debidos a procesos infecciosos capaces de provocar una embolia séptica de una virulencia lo bastante débil para no llegar a provocar una meningoencefalitis localizada o un absceso cerebral. Tal sucede con relativa frecuencia en la endocarditis progresiva. Se han descrito formas familiares de aneurismas y el traumatismo sólo habría de tenerse en cuenta como factor etiológico en los aneurismas arteriovenosos.

Ha de considerarse una sintomatología general (cefalalgias, vértigos, éstasis papilar, soplo o murmullo, etc.), y otra focal. Esta varía según se trate del aneurisma sacciforme carotídeo (cefalalgias localizadas, oftalmoplegia brusca y frecuente alteración del nervio óptico); aneurisma arteriovenoso carotídeo con exoftalmo, soplo continuo, pulsación del ojo, quemosis, parálisis oculares y éstasis papilar.

Son más excepcionales los aneurismas de la cerebral media, comunicantes y cerebral posterior.

Los signos radiográficos tienen un valor definitivo, especialmente por la angiografía que pone de manifiesto claramente la existencia, situación y tamaño del aneurisma como puede verse en algunos de los ejemplos que se muestran de aneurismas carotídeos.

La complicación casi inevitable de estos aneurismas es la hemorragia subaracnoidea a menudo mortal. Ocurre de una manera fulminante acompañada de una cefalalgia intensísima y de un cuadro de meningismo que si sobrevive el paciente puede durar bastantes días.

La terapéutica del aneurisma craneal es quirúrgica a pesar de la gravedad que implica. Ligadura de la carótida que puede asociarse a ligadura de los vasos intraorbitarios. Si es preciso intervención osteoplástica con decompresión. En caso de ruptura del aneurisma, hemostasia directa por fragmentos de músculo.

Evolución clínica y radiológica del úlcus gastroduodenal (*)

Dr. J. SALA ROIG

UNA particularidad característica del úlcus péptico (gástricouretral, pilórico, duodenal, o de boca anastomótica) es su evolución por brotes. Estos brotes afectan tanto al aspecto clínico como al radiológico del úlcus y aparecen con cierta independencia de los factores extrínsecos, para remitir después de un tiempo, de manera espontánea o al menos sin gran relación aparente con factores externos. Estas remisiones no sólo se refieren

(*) Sesión celebrada el 30 noviembre de 1946

(**) Sesión celebrada el 7 de diciembre de 1946.

a los síntomas sino incluso a los signos radiológicos más directamente traductores de lesión; el nicho ulceroso es el más característico de éste.

Naturalmente, esta evolución por brotes que remiten espontáneamente, origina una gran dificultad cuando pretendemos enjuiciar la eficacia de los diversos tratamientos. El hecho de que, coincidiendo con determinada medicación, desaparezca el nicho ulceroso tan completamente que el estómago recupera un aspecto de absoluta normalidad, y aunque ello suceda de manera rápida, no demuestra de una forma concluyente la eficacia de aquélla, puesto que también sin tratamiento alguno, espontáneamente, desaparecen con gran frecuencia y repidez molestias gástricas e imágenes anormales. Por el contrario, en otras ocasiones aparece un nuevo brote en plena fase de tratamiento.

El único criterio que permite juzgar si un tratamiento antiulceroso es eficaz o no, son sus resultados lejanos y especialmente su eficacia en prevenir las recidivas ulcerosas.

Evolución y naturaleza de la imagen de nicho ulceroso. — Corrientemente suele decirse que la imagen del ulcus gástrico, o sea el nicho, es extragástrica mientras que la de la neoplasia es intragástrica. En realidad, si bien lo referente a la neoplasia resulta exacto, que el nicho ulceroso sea debido y traduzca la pérdida de substancia de la pared gástrica, no es cierto más que en determinados casos de ulcus terebrante o perforante; y aun, en este último caso, el nicho es más bien una cavidad extragástrica adosada al estómago, con el cual comunica.

Pero en la mayoría de casos, el ulcus no suele afectar más que las capas mucosa y submucosa del estómago, y a lo más llega a roer la muscular, y aun esto raramente. Siendo por tanto su profundidad relativamente escasa. Los grandes nichos visibles, sobre todo en la pequeña curvadura del estómago, se deben a que la submucosa vecina a la pérdida de substancia está inflamada y edematosa, en tanto que a nivel de aquélla el edema no es posible por no existir la submucosa. A esto se debe que el nicho parezca muy profundo y aparentemente extragástrico.

Cuando el edema periucleroso disminuye, el nicho desaparece aún antes de llegar a epitelizarse la úlcera; así se explican cambios radiológicos rápidos y notables. En realidad no se trata de una neoformación epitelial y tisular que repare una gran pérdida de substancia, sino de la simple reabsorción de un edema.

Las consecuencias de lo antedicho son múltiples y de entre ellas destacaremos solamente, como más importantes, las dos siguientes:

No existe una relación directa entre la importancia de la lesión y su imagen radiológica, puesto que ésta no depende únicamente de la pérdida de substancia, sino principalmente del grado de inflamación periuclerosa y del edema que ésta determina.

Si el nicho se debe sólo al contraste que se produce entre una porción de pared, la cual, por carecer de submucosa, no puede edemizarse, en tanto que lo hacen las porciones vecinas, resulta evidente que lo mismo puede suceder en caso de úlcera cicatrizada, ya que el proceso de reparación cicatricial del ulcus no regenera la capa submucosa destruida por la úlcera. Siempre que en tal estómago tenga lugar un brote inflamatorio que edematice la submucosa, existirá el contraste entre la zona cicatricial que permanecerá hundida y las zonas periféricas que harán prominencia en el interior del estómago. Por este mecanismo puede originarse una imagen de nicho a pesar de permanecer cicatrizada y cerrada la úlcera. Esta interpretación nos la sugirió un enfermo ulceroso con imagen de nicho en la porción antral de la pequeña curvadura, el cual, operado ocho días más tarde, mostró una úlcera epitelizada en la zona correspondiente al nicho y una zona de gastritis edematosa circundante.