

# LA CRONICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina



AÑO XXV } LIMA, 15 DE NOVIEMBRE DE 1908 } N.º 477

## TRABAJOS NACIONALES

### Algunas consideraciones sobre un caso de Estómago Bilocular

POR

Constantino J. Carvallo y Carlos Monge M.

Ayudantes del Anfiteatro Anatómico de la Facultad  
de Medicina de Lima

(Trabajo presentado á la Sociedad Médica Unión  
Fernandina en la sesión solemne del 13 de Agosto  
de 1908, XXV aniversario de su fundación)

#### INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objeto hacer la descripción de un estómago bilocular encontrado, por nosotros, en una autopsia y lo creemos digno de ser presentado por ser esta anomalía poco corriente y y además, porque tenemos la creencia de que, hasta la fecha, no ha sido descrita entre nosotros.

Esta deformación del estómago, consiste, como sabe, en la división de la cavidad gástrica en dos compartimentos ó bolsas, unidas por un canal más ó menos estrecho. Puede suceder también, pero esto es mucho más raro, que se divida

en tres cavidades, constituyendo entonces el estómago trilocular.

Esta deformación puede ser, congénita ó adquirida; no tratándose de una contracción fisiológica ó por compresión, esta deformidad es constante y definitiva y el estómago que la presenta no la pierde espontáneamente, ni por la insuflación.

Los nombres de estómago en reloj de arena en bissac y de estómago doble, han sido aceptados por los autores. Los ingleses llaman, *hour glass contracted stomach* ó *suplement hour glass stomach*; los franceses *estomac en sablier* ó *biloculaire*; los alemanes *Sanduhrmagen* ó *bilocularer Magen*, los italianos *stomaco á clepsidra* ó *stomaco a bicaccia*. También se ha propuesto el nombre de "estómago segmentado" y últimamente un cirujano inglés, Moynihan (1) propone la modificación de todas estas denominaciones, por la de "Dilatación en reloj de arena, subsiguiente á una banda constrictora ó á una superficie constrictora".

Naturalmente parece innecesario y superfluo, tantas denominaciones, que si bien enriquecen la sinonimia de esta anomalía, siembran cierta confusión en su literatura,

(1) "The Lancet".—30 de marzo de 1901. N.º 1. (Citado por L. V. Salcedo.)

sobre todo, cuando la denominación de "Estómago bilocular", indica de manera clara la deformación.

Esta curiosa deformación gástrica como ya hemos tenido ocasión de decirlo, no ha sido descrita entre nosotros; hemos consultado á este respecto, las colecciones de "La Crónica Médica" desde su fundación, lo mismo que la "Gaceta Médica," sin encontrar nada sobre la biloculación gástrica.

El doctor Tomás Salazar, médico de Policía, que ha practicado y visto practicar más de 500 autopsias, nos ha manifestado no haber observado ningún caso de estómago bilocular.

El doctor Manuel M. Montero, Director del Anfiteatro Anatómico de Lima, en su larga permanencia, 15 años, en dicho establecimiento, nos dice no haber visto esta anomalía.

Los señores Ricardo Palma y Julio C. Tello, nos han manifestado que cuando cursaron el primer año de medicina (1902), observaron un estómago anómalo, que les pareció ser bilocular (?)

Los progresos de la cirugía moderna; sobre todo, sus atrevidas intervenciones en el vientre, han traído como resultado, el descubrimiento de lesiones que antes no podían ser diagnosticadas fácilmente, y entre ellas los casos de biloculación del estómago, ya congénitos ó adquiridos por lesiones posteriores y que son hoy, puede decirse, más frecuentes.

Hoy todos los cirujanos de las naciones más adelantadas de Europa y América, aquéllos que dirigen sus esfuerzos al tratamiento quirúrgico de las lesiones del vientre, relatan muchos casos de estómago bilocular; que son operados, casi todos, con gran éxito, habiendo ésta afección aprovechando de los beneficios de la técnica quirúrgica.

Hay otra razón más que nos explica hoy la frecuencia de estos casos, y es debida á los progresos incesantes de los métodos de exploración clínica, sobre todo, aquéllos que, como la Radiografía, han hecho, puede decirse, verdaderas revoluciones en el diagnóstico de las afecciones de cavidades cerradas.

La importancia del estudio de esta anomalía, es indudablemente grande, sobre todo en lo que se refiere á su diagnóstico y tratamiento; son pues, estas razones, las que harán que seamos algo extensos en el estudio que vamos á emprender.

Para proceder con orden, lo dividimos en dos partes.

La primera parte comprende:

Los antecedentes y descripción del caso presentado.—Algunos datos sobre la Anatomía del Estómago.—Datos históricos.—Teorías sobre la biloculación. Biloculación congénita.—Clasificación de los estómagos biloculares.—Significación biológica.

La segunda parte comprende:

La Sintomatología.—El Diagnóstico.—Tratamiento médico y quirúrgico.

## PRIMERA PARTE

### ANTECEDENTES Y DESCRIPCIÓN DEL ESTÓMAGO PRESENTADO

El día 11 de mayo del presente año, entró al Hospital "Dos de Mayo" donde ocupó una cama en la sala de Santo Toribio, Clínica médica de varones del Profesor E. Odriozola, el enfermo Manuel Vozmeriano, de 80 años de edad, natural del Callao y de oficio albañil.

Se quejaba de un dolor en la rodilla; el diagnóstico que figura en los libros del Hospital, es el de Arterioesclerosis.

Según nos ha manifestado el Jefe de la Clínica, señor doctor García

Godos, durante su permanencia en el Hospital, este enfermo no se quejó de trastornos del aparato digestivo. Salió de alta el día 8 de junio.

Ingresó nuevamente el 1.º de julio, ocupando entonces la cama N.º 34 en la misma sala. Se diagnosticó una bronco-neumonía. Al día siguiente se le administró un purgante salino, para vencer la constipación que tenía.

La edad de este hombre contrastaba con su robusta constitución y recordamos que, al pasar la visita, el Prof. Odriozola le interrogó su edad y oficio y habiéndole respondido que tenía 80 años, y ejercía el de albañil, nos dijo: Triste patrimonio el de esta gente, es el tener que trabajar hasta esa edad y en semejantes oficios". Sin embargo, la marcha de su dolencia fue breve, pues falleció el día 5 de julio, a los cinco de su ingreso.

Habiendo tenido oportunidad de practicar la necropsia de este sujeto, pudimos observar lo siguiente:

*Cavidad torácica. — Pulmones.*

—El pulmón derecho era el asiento de fuerte congestión; presentaba en su vértice un foco duro, que al corte dejó escapar de su centro, cierta cantidad de pus de color amarillo verdoso. La base también presentaba focos de congestión indurados. El aspecto general de este órgano convertido como estaba, en un bloque rojo bruno, friable, sin crepitación, semejaba al del hígado. Estos son los caracteres anatómo-patológicos del segundo período de la neumonía. El pulmón izquierdo sólo presentaba una inyección marcada y la base congestionada.

Las pleuras, adheridas fuertemente, presentaban lesiones debidas á la inflamación pulmonar. No había derrame; en algún sitio en que la pleura estaba libre, podían distinguirse arborizaciones vasculares, equimóticas.

*Corazón y pericardio.*— Constatamos el corazón bastante hipertrofiado, sobre todo, su ventrículo izquierdo, sobrecargado de grasa. Sus cavidades derechas llenas de sangre, abiertas éstas, encontramos grandes coágulos duros, de color blanquecino, ya organizados y algo adherentes á las paredes. Las válvulas sigmoideas aórticas, insuficientes. Los nódulos de Ariantus, bien calcificados. La válvula mitral presentaba en su anillo de inserción, placas ateromatosas; los senos de Valsalva presentaban también estas mismas placas. El cayado de la aorta, era también el asiento de vastas placas ateromatosas, lo mismo que las arterias coronarias que las presentaban en su origen. Al nivel de la bifurcación de las dos carótidas primitivas, notamos una dilatación aneurismática sacciforme.

El pericardio estaba fuertemente adherido á la pared costal.

*Cavidad abdominal.*— Los intestinos estaban dilatados, sin lesión notable. El apéndice vermicular muy pequeño y duro, sólo medía tres centímetros. El hígado voluminoso y friable. El bazo pequeño. Los riñones presentaban en su superficie exterior pequeños quistes.

Lo importante de esta autopsia que intencionalmente hemos dejado para el último, ha sido lo que al estómago se refiere. Este órgano presentaba una forma anómala, que al principio no sabíamos de lo que se trataba, de tal modo nos desorientó y que bien podía compararse á la de un reloj de arena, constituidos por dos bolsas ensanchadas, unidas por una parte estrecha. Estaba libre de adherencias. No existían neoplasias. Su superficie exterior lisa, no presentaba sino algunas manchas de coloración bruna, más marcadas en la bolsa superior. Los epiplones, gastro-hepático, gastro-cólico y gas-

tro-esplénico, normales. El cardias y el píloro, se encontraban libres.

Esta forma especial, que puede apreciarse en las fotografías que adjuntamos, es la que caracteriza al estómago bilocular.

En la pieza anatómica, objeto de este estudio, puede verse un estómago constituido por dos bolsas más ó menos fusiformes, unidas por una porción estrecha y cilíndrica, formada por un espesamiento de las fibras circulares musculares.

La bolsa superior, cardíaca, más grande que la otra. La inferior ó pilórica, tiene sus paredes más gruesas que las del resto del órgano. Esta estrechez se hace á expensas de la curvatura mayor, en donde es más notable. Como lo hemos dicho ya, no se notan adherencias á quienes se pueda imputar esta deformación; es una estrechez que divide al órgano en dos cavidades bien claras, y que practicando la insuflación no desaparecen. La estrechez está más cerca del píloro que del cardias. La dirección de la bolsa cardíaca era vertical, ligeramente oblicua de izquierda á derecha; la de la pilórica, casi transversal y de posición horizontal.

Hemos practicado una incisión en cada bolsa, con el objeto de estudiar su superficie interna. Los pliegues de la mucosa, son muy numerosos y salientes; más acusadas al nivel de la bolsa pilórica y al de la estrechez, donde siguen una dirección paralela al eje mayor del órgano; un poco menos manifestos en la bolsa cardíaca. También era fácil observar en algunos sitios manchas de coloración bruna y en donde la mucosa estaba como reblandecida, indicio seguramente de un proceso digestivo *post-mortem* (1).

Esta biloculación, á no dudarlo, congénita, es producida por un es-

trechamiento de la porción media del órgano, debido al espesamiento de las fibras musculares circulares.

Los detalles que acabamos de describir, pueden apreciarse en las fotografías adjuntas, que han sido tomados después de haber insuflado el estómago. (Véase la Pl. N°1).

La primera representa la cara anterior del órgano, en ella se ven, en la bolsa inferior, pilórica, los restos del epiplón mayor. En la parte superior, en el fondo de saco mayor de la bolsa cardíaca se ve el epiplón gastro-esplénico; en la pequeña curvatura se nota el epiplón gastro-hepático, cargado de grasa y por donde discurren los filetes del neumo-gástrico y vasos arteriales y venosos.

En la segunda fotografía, que reproduce la cara posterior del órgano, se notan los mismos detalles, y en el epiplón gastro-hepático, se observan más visiblemente los filetes nerviosos. También se vé en ésta cara, las huellas de las incisiones practicadas para el estudio de la superficie interna.

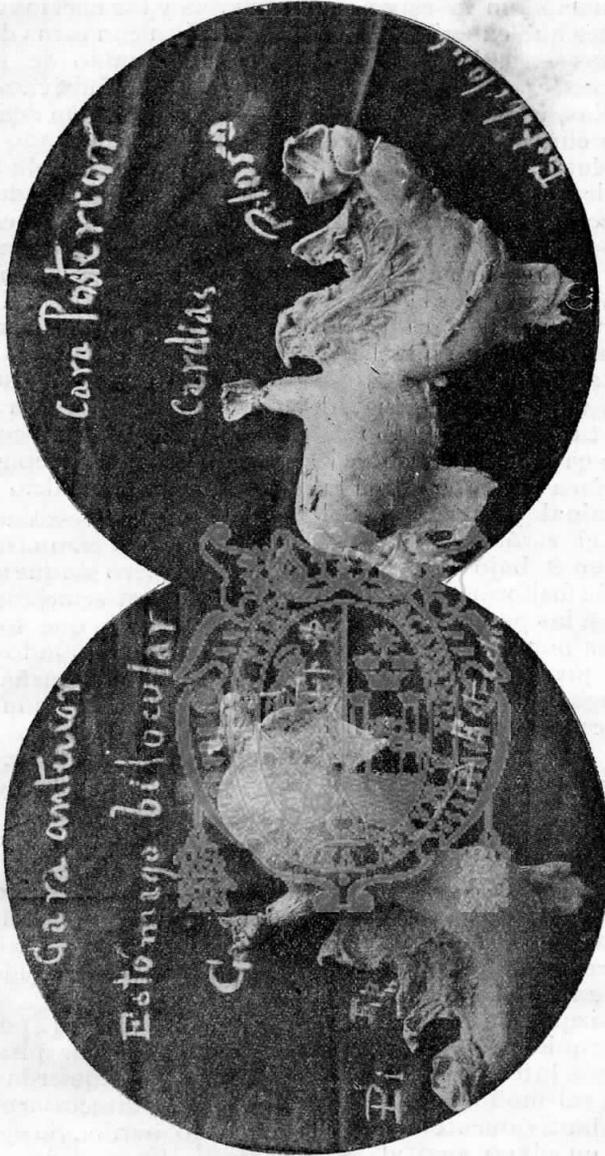
Las medidas que hemos practicado de esta pieza, son las siguientes:

Diámetro mayor del estómago.....	25. c.m.
Diámetro de la bolsa cardíaca.....	11.5 „
Diámetro de la bolsa pilórica.....	10. „
Diámetro de la estrechez.....	3.5 „
Longitud de la curvatura mayor.....	54. „
Longitud de la curvatura menor.....	19.5 „
Altura de la estrechez.....	5. „
Capacidad del estómago.....	900. c.c.
„ de la bolsa cardíaca.....	600. „
Capacidad de la bolsa pilórica.....	300. „

El volumen de la estrechez está

(1) "Traité de Pathologie Interne". A. Grisolles, 1875, pág. 271.

ESTOMAGO BILOCULAR



Cara posterior

Cara anterior



comprendido en el de la bolsa pilórica.

ALGUNOS DATOS SOBRE LA ANATOMÍA DEL ESTÓMAGO

La descripción de las deformaciones congénitas ó adquiridas de un

órgano y las consideraciones médico-quirúrgicas que motiven, deben en nuestro concepto, ser precedidas del estudio anatómico del órgano considerado; estudio que para ser completo, debe comprender, no sólo al órgano en estado adulto sino los incidentes que han precedi-

do á su formación en la especie y las cambiantes que experimenta en la escala de los seres. Sólo así se logra aclarar perfectamente la significación de ellas, y precisar sus manifestaciones clínicas y sus indicaciones terapéuticas.

Es obedeciendo á esta idea que haremos preceder al estudio de este caso de estómago bilocular, los datos que se refieren á su anatomía normal, considerado desde que es una porción apenas distinta del intestino primitivo, hasta que llega á su completo desarrollo.

Durante la vida intra-uterina, al fin de la cuarta semana, el tubo digestivo es un canal exactamente situado en la línea media, unido á la pared abdominal posterior por el mesenterio; el estómago aparece ya esbozado en él, bajo la forma de una dilatación fusiforme, unido por ambos lados á las paredes del vientre; hacia tras por una porción del mesogastrio posterior y adelante por el mesogastrio anterior, que sólo pertenece al estómago y al duodeno.

Pero esta disposición primitiva es destruída por un doble desplazamiento que sufre después; primero, un movimiento de rotación al rededor de su eje mayor ó mejor dicho, al rededor de su pequeña curvadura, de tal modo que, ésta primitivamente anterior, se dirige á la derecha y adelante y la curvadura mayor á la izquierda y atrás, la cara lateral izquierda se convierte en anterior y la lateral derecha en posterior; de tal modo que, el órgano que primitivamente estaba colocado en un plano sagital, se orienta por esta rotación en un plano frontal. Sufre también otro movimiento de menor importancia, que consiste, en un basculamiento que lo eleva y dirige el píloro hacia la derecha, mientras que su fondo de saco mayor descende. Se comprende fácilmente que, todos los órganos, como los epiplones, las

arterias y los nervios neumogástricos, sufren con estos desplazamientos, un cambio de posición, que conservan definitivamente.

En esta posición definitiva, el estómago está situado en la parte superior de la cavidad abdominal, debajo del hígado y del diafragma que lo recubren casi en totalidad; puede decirse que su mayor parte es torácica, escondido y defendido por el reborde costal. De aquí la necesidad de abordar ciertos abscesos perigástricos á través de los espacios intercostales. Está colocado, por encima del colón trasverso y de su meso-colón; ocupa á la vez una gran parte delepigastrio y casi todo el hipocondrio izquierdo.

A la forma del estómago se han dado muchas comparaciones geométricas, pero sin que ninguna tenga verdadera semejanza. La mejor es sin duda, la que lo compara á una gaita, cuyo fondo esté colocado arriba y la pequeña extremidad abajo, que es la región pilórica.

Se le consideran dos caras y dos bordes ó curvaduras. Desemboca arriba en el esófago, por un orificio superior el cardias y se continúa abajo con el duodeno por otro orificio, el píloro.

Se ha discutido mucho por los anatomistas, sobre cuál es la dirección del eje mayor del estómago. Los antiguos lo consideraban horizontal.

El prof. Tillaux (1) dice así: "La curvadura mayor mira casi directamente á la izquierda y no abajo; la pequeña, directamente á la derecha y no arriba. Su eje mayor es vertical, ligeramente oblicuo de arriba á abajo y de izquierda á derecha".

Cruveilhier (2) dice que está, oblicuamente dirigido de arriba á

(1) "Traité d'Anatomie Topographique". P. Tillaux.

(2) "Traité d'Anatomie Descriptive". J. Cruveilhier. 2.<sup>a</sup> edit: 1843, T. III, pag. 27.

abajo, de izquierda á derecha y un poco de atrás á adelante y cree "que la dirección vertical sea debida á cambios de posición producido por las otras vísceras." Dice además: "Es lo más frecuente encontrar estómagos de dirección vertical."

Para Sappey (3) el eje ó diámetro mayor del estómago es también oblicuo de arriba á abajo, de izquierda á derecha y de adelante á atrás. Pero esta doble oblicuidad es generalmente poco pronunciada pudiendo decirse de un modo general, que la dirección predominante de este órgano, es á la vez horizontal y trasversal. En las mujeres, en el feto y en el niño es un poco más oblicuo.

L. Testut (4) ha confirmado por experiencias personales las de Luschk, que dice que la dirección del estómago, es casi vertical.

Jonnesco y Charpy (5) no consideran al estómago un solo eje recto, sino como una línea quebrada representada en su primera parte por los dos tercios superiores, y sería vertical y ligeramente oblicua, de atrás á adelante; y la otra parte, representa el último tercio y se dirige, trasversalmente, de abajo á arriba y de adelante á atrás. Estas dos direcciones del eje formarían un ángulo casi recto de 60 á 70 grados. Cuando la parte horizontal ó trasversal pilórica es muy larga, lo que se observa algunas veces, la forma general del órgano, recuerda á la de una herradura.

El Prof. Farabeuf y el Prof. Tuffier (6), tienen el mismo modo de

pensar y consideran al estómago dos ejes. El eje de los orificios que es casi vertical ó al menos muy poco oblicuo, puesto que el cardia está sobre el costado izquierdo de la columna vertebral y el píloro sobre el derecho. El eje de las tuberosidades ó eje general del órgano, que es variable, según que esté lleno ó vacío; en estado de mediana repleción, es oblicuo de izquierda á derecha y de arriba á abajo. Quirúrgicamente, dicen, puede considerarse al estómago como formado de dos partes, una superior ó cuerpo del órgano, alojada detrás de las costillas y del diafragma, de dirección vertical, que es un simple reservorio; la otra, que es la tuberosidad pilórica, asiento de los fenómenos motores y químicos más importantes, que es de dirección horizontal ó apenas ascendente. De esto se deduce que la forma del órgano es la de una L invertida, y cuyo ángulo es más ó menos abierto.

Ultimamente la Radioscopia ha demostrado que la posición del órgano, depende del estado de actividad y que, como todo músculo que trabaja, se deforma durante la digestión. En el período de reposo es sensiblemente vertical.

Su mayor longitud mide 25 cm. el ancho medido del borde izquierdo al derecho, es de 12 cm. El espesor, medido de una cara á otra, 12 cm. La capacidad varía de 1000 á 1500 cc. en el adulto. Los autores alemanes dan cifras mayores. La capacidad media puede decirse, es de 1300 c. c. Para esta capacidad la superficie de la mucosa sería de 600 á 800 c<sup>2</sup>.

El volumen es influenciado por el tamaño del cuerpo y por la naturaleza de la alimentación; la longitud de la pequeña curvatura es de 15 cm. La de la mayor, 40 cm. El peso de este órgano es de 130 á

(3) "Tratado de Anatomía Descriptiva," Ph. C. Sappey, 1858. T. V, pág. 101

(4) "Traité d'Anatomie Humaine", L. Testut, 1901, t. IV, pág. 107.

(5) "Traité d'Anatomie Humaine," P. Poirier et A. Charpy, t. IV, pág. 908.

(6) "Chirurgie de l'Estomac, Th. Tuffier, 1907. Paris.

160 grs. según M. Letulle (7). Como se comprende bien, todas estas cifras sólo son aproximadas, tratándose de un órgano tan sujeto á cambios individuales.

Sus relaciones más importantes son: la cara anterior está en relación con las fibras inferiores del diafragma que lo separa de las vísceras torácicas y de la pared costal. Su fondo está en relación con el corazón, el pericardio, la pleura y el pulmón. Estas relaciones explican ciertos fenómenos, como son, el que ciertas úlceras puedan abrirse en el pericardio y aún en el corazón (8) y que un modo de evacuación frecuente de ciertos abscesos perigástricos sea la vómica, después de la perforación del diafragma y de la pleura.

Puede considerarse al estómago en su parte superior, dos porciones: una pleuro-pulmonar y otra costal. Esta disposición permite por una resección del reborde costal, operación fácil, descubrir ampliamente el estómago, y abordar el cardias, sin penetrar en la cavidad pleural.

La porción abdominal de la cara anterior, puede dividirse en dos partes: una hepática y otra parietal. Las relaciones de ésta varían, con el estado de repleción del estómago; de todos modos Labbé, admite que siempre hay una porción, que para él, tiene la forma de un triángulo, cuya base está representada por una línea que une transversalmente los cartílagos de las novenas costillas; los lados están formados, el izquierdo por el rebordo costal y el derecho por el borde del lóbulo izquierdo del hígado.

Las relaciones posteriores más importantes, se refieren al meso-colón trasverso, sobre el que está acostada su cara posterior; sepa-

rándola de la cavidad posterior de los epiplones. Este meso-colón varía de espesor, según el estado de gordura de los individuos. Contiene la gran anastomosis circular formada por las primeras arterias cólicas, izquierda y derecha. Es en este repliegue, que el cirujano debe practicar en un sitio avascular una pequeña ventana por donde explora la cara posterior del estómago, en los casos de úlcera y por donde debe atraerlo para anastomosarlo con el intestino en los casos de gastro-enterostomía. (Maniobra de Von Hacker). Además tiene importantes relaciones con la cavidad posterior de los epiplones y con el páncreas.

Detrás del borde superior del estómago, nacen dos gruesas arterias de la bifurcación del tronco celíaco, la hepática y la esplénica. También está esta cara posterior, en relación con el plexo solar, con el bazo, cuyo hilio se amolda sobre el fondo mayor del estómago, con la cápsula suprarrenal y con el riñón izquierdo.

De la pequeña curvadura, parte el epiplón gastro hepático que lo mantiene sujeto al hígado; de la curvadura mayor, el epiplón mayor y de su tuberosidad mayor el epiplón gastro-esplénico que lo une al bazo. Estos repliegues peritoneales pueden considerarse como medios de fijeza del estómago. Los orificios cardíaco y pilórico, también lo mantienen en posición; el cardias está en contacto con el pilar izquierdo del diafragma y corresponde al lado izquierdo de la 10ª vértebra dorsal; está, además flanqueado por los dos neumo-gástricos. El píloro está colocado á 10 c. m. más abajo que el cardias, separado de él por tres vértebras. Considerando anatómicamente el píloro es simplemente el orificio que hace comunicar el estómago y el duodeno, pero considerado bajo el punto de vista quirúrgico, la re-

(7) "La Pratique des Autopsies". M. Letulle, pág. 76.

(8) Tullier. Obra citada.

gión pilórica comprende toda la porción horizontal del estómago que la precede y aún los dos primeros centímetros del duodeno.

La topografía clínica de estos orificios, es decir, su proyección sobre la pared abdominal, es muy variable; pero, á pesar de todo, son los puntos más fijos de este órgano, Tuffier dice, que el píloro estaría representado en una línea que prolongue el borde derecho del esternón á 9 centímetros, por encima del ombligo. El cardias, al nivel de la inserción costal del sétimo cartílago izquierdo.

El Prof. Max. González Olaechea (9), en sus apuntes sobre Topografía Clínica de los órganos, fija el cardias "á la altura del 5.º espacio intercostal izquierdo, entre las líneas látero-esternal y para-esternal izquierdas, queda situado, pues, próximo á la base del triángulo cardíaco." Y en cuanto al píloro, "se halla situado en dirección de la línea latero esternal derecha, inmediatamente por detrás del reborde costal, quedando, en consecuencia, en la zona de matitez hepática."

La circulación del estómago está encomendada á un sólo tronco vascular, el celíaco ú episto-gástrico de Chaussier; que lo irriga por sus tres ramas, la coronaria estomáquica, la hepática y la esplénica. Los gruesos troncos arteriales discurren por sus bordes, respetando sus caras á las cuales envían pequeñas ramificaciones.

Las investigaciones de los señores René Leriche y Fernand Villemy, de Lyon (10), practicadas sobre 55 cadáveres (21 de fetos y 34 de adultos) para precisar el estudio de la vascularización de los

(9) "La Gaceta de los Hospitales," año V, No. 109.

(10) "Recherches anatomiques sur les artères de l'estomac." Revue de Gynecologie et de Chirurgie Abdominale," t. XVI, No. 2.

pedículos del estómago, han probado lo siguiente:

1º—ARTERIA CORONARIA ESTOMÁQUICA.—Dá en el vértice de su curva una rama cardio-esofágica: se bifurca en seguida, pero su rama anterior se pierde en la cara anterior del estómago; la posterior se anastomosa con la pilórica. La rama hepática de la coronaria, es inconstante y ordinariamente se anastomosa con la izquierda de la hepática.

2º—ARTERIA HEPÁTICA.—Dá una rama pilórica, anastomosándose con la rama posterior de la coronaria: después se divide en hepática propiamente dicha y tronco gastro-duodenal. Este emite la pancreático-duodenal y la gastro-epiploica derecha; además, envía á menudo al epiplón mayor una rama que se anastomosa con otra que viene de la esplénica, formando así un arco anastomótico concéntrico al de la gran curvatura.

3º—ARTERIA ESPLÉNICA.—Dá al estómago la gastro-epiploica izquierda y tres ó cuatro ramas cortas que corren por el epiplón gastro-esplénico.

No hay diferencia entre la disposición del feto y la del adulto, salvo para la rama hepática de la coronaria que, rara en el adulto, (7 casos en 34) es frecuente en el feto, (15 veces en 21), tiende, pues, á desaparecer en el curso del desarrollo.

Las venas nacen de la red capilar superficial de la mucosa, atravesando las capas muscular y serosa, vienen á vertirse en troncos colectores más grandes, hacia las curvaturas, constituyendo un círculo venoso, formado por las venas cortas, que se vierten en la esplénica; la vena coronaria estomáquica, satélite de la arteria, se vierte en el tronco de la porta. Casi todas son afluentes de la circulación portal, exceptuando algunas que lo son de la cava inferior.

Los linfáticos, estudiados con-

cienzudamente por P. Poirier y su discípulo B. Cuneo (11), han venido últimamente á asegurar el éxito de las operaciones sobre este órgano, sobre todo en lo que á las neoplasias malignas se refiere.

Comprenden tres territorios linfáticos principales. Los del primer grupo convergen hacia la pequeña curvadura y son paralelos á los basos coronarios, desembocan en los ganglios linfáticos de la pequeña curvadura.

Los del segundo grupo, son en número de 12 á 18 y discurren por la curvadura mayor, acompañando á veces á los basos epiploicos, desembocan en los ganglios infra-pilóricos.

Los del tercer grupo están constituidos por los linfáticos que emanan de la tuberosidad mayor, su número es de 3 á 6; discurren en el espesor del epiplón gastro-esplénico y sin seguir el trayecto de los vasos, van á vertirse en los ganglios colocados en este epiplón, cerca del hilo del bazo (12).

Los nervios del estómago vienen de los dos neumo-gástricos y del plexo simpático celíaco. El neumo-gástrico izquierdo sólo dá algunos ramos, un tercio, según Luschka.

(Continuará.)

### Las epidemias amarílicas de Lima

APUNTES PARA LA HISTORIA DE LA FIEBRE AMARILLA EN AMÉRICA

por el doctor

**ROMULO EYZAGUIRRE**

(Continuación)

Del señor Eboli, hábil químico de aquellos tiempos, se conserva cuadros comparativos de las temperaturas que en Lima él observara por sí mismo, en las dos ocasiones que la fiebre amarilla hizo estragos considerables. Dice el señor Eboli que de 1852 á 1854, las temperaturas limeñas fueron las siguientes.

Enero .....	21°5
Febrero .....	23°0
Marzo .....	24°3
Abril.....	23°5
Mayo.....	20°5
Junio.....	17°7
Julio.....	16°5
Agosto.....	15°3
Setiembre.....	15°4
Octubre.....	16°7
Noviembre.....	16°1
Diciembre.....	19°9
Promedio anual.....	19°4

El siguiente cuadro un tanto detallado, es el que corresponde á 1868 en los meses de abril y mayo:

TEMPERATURAS MEDIAS

9 am. 12 am. 3 pm. 6 pm.

Abril 15 al 30.	20°6	20°3	22°4	20°6
Mayo 1° al 30.	19°8	21°0	21°7	19°8

Promedio de la 2ª quincena de abril..... 21°0  
 ,, del mes de mayo... 20°8

Es bastante deplorable que no haya podido conseguir un cuadro de temperaturas que comprendiera

(11) "Traité d'Anatomie Humaine," J. J. Jonnesco et Charpy. P. Poirier.  
 (12) "Traité d'Anatomie Humaine," P. Poirier et B. Cuneo, t. II, pag. 1152.

todo el año, con observaciones diarias y con indicación de las horas en que ellas se ejecutaban, por que si esto se hubiese logrado sería muy interesante hacer comparaciones de detalle con lo que dicen los recientes informes de la Comisión francesa en Río Janeiro y poder explicar con cierta amplitud los acontecimientos epidemiológicos de 1868.

Hemos visto que el máximo de casos de fiebre amarilla ocurría en mayo, cuando las temperaturas ya estaban en descenso, es decir cuando disminuían las condiciones favorables al desarrollo y multiplicación del stegomia; pero es que los casos producidos de fiebre amarilla en ese tiempo, eran seguramente debidos á zancudos cuyo nacimiento no pertenecía á ese mes, sino á los anteriores, que son precisamente los de más altas temperaturas, que como se sabe son las que favorecen la cría del stegomia. Pasado mayo decreció hasta borrarse el guarismo de los amarílicos, cuando ya desde él, las temperaturas comenzaban á ser desfavorables á la evolución del insecto vector de la fiebre amarilla.

“Como se ha visto—dicen los de la Comisión francesa en Río Janeiro—todo clima cálido húmedo cuya temperatura se mantiene en ciertas estaciones entre 25° y 35°, le es particularmente favorable; si la temperatura llega á descender durante la noche entre 22 y 20°, permaneciendo la del día superior á esa cifra, se multiplican aún pero más débilmente. Cuando el descanso durante un período prolongado, de seis á siete meses por ejemplo, es tal que la temperatura media de la noche es inferior á 22°, se asiste á la desaparición de la especie. Importa notar que por esta cifra de 22° no debe entenderse el mínimo termométrico nocturno que muy bien podrá ser inferior á la temperatura media de la noche”.

“Para que una región sea inhospitalaria al stegomia fasciata, es indispensable que su clima posea una estación fresca prolongada, de suerte que no solamente los adultos, sino también las larvas y los huevos se destruyan. Los adultos cuando la temperatura es inferior á 22°, desaparecen muy pronto; esto proviene sobre todo de que á los 17 y 18°, poco más ó menos, pierden la facilidad de picar y de alimentarse. No sucede lo mismo respecto de las larvas, que como hemos visto soportan mucho tiempo, sin sufrir trastorno alguno, temperaturas de 12°. Sin embargo, en temperaturas inferiores á 22° estas larvas no llegan á la madurez, no se metamorfosean, y cuando lo hacen es muy difícilmente, y los insectos perfectos nacidos en estas condiciones, son ordinariamente desmedrados y de pequeña talla. Se necesita que la temperatura sea superior á 22° para la realización normal de esta metamorfosis”. (Boletín del Ministerio de Fomento.—Fascículo de la Dirección de Salubridad Pública N° 3, año II—Traducción).

Si se toma un cuadro de temperaturas mensuales de un año cualesquiera de entre los que tiene publicados el Observatorio Unánue, y se compara las observaciones con lo que acabamos de apuntar, dicho por la comisión francesa, claramente se viene en cuenta de las razones que influyeron en el ascenso, descenso y desaparición de la fiebre amarilla de 1868.

Válgame tomar en ejemplo lo publicado por el Observatorio Unánue en 1905. En ese año las temperaturas medias mensuales obtenidas sobre la máxima diaria son las siguientes: enero 28°6; febrero 30°0; marzo 30°6; abril 29°3; mayo 25°9; junio 23°0; etc., etc., donde se ve que ya desde este mes co-

mienza á descender la temperatura, prolongándose por mucho tiempo la máxima diaria, favorable al stegomia, pero también con notables mínimas, sobre todo durante la noche, que incomodarían su proliferación. Como sobre poco más ó menos las temperaturas de Lima guardan cierta semejanza de un año á otro, que es lo que constituye el tipo término limeño, es de presumirse con razón que en 1868 se hubiera tenido cosa idéntica, y en esto se explica lo ocurrido en aquel año en la fiebre amarilla.

En medio de tanto desastre hubo dos puntos científicos de alto interés para la medicina peruana, y que creo con bastante mérito para que, sacándolos de las antiguas y nutridas páginas de la "Gaceta Médica de Lima" las vuelva yo á la luz pública y al recuerdo de mis contemporáneos. Esos dos puntos á que me refiero tuvieron por autor al Dr. Mariano Arosemena Quezada, médico muy hábil é ilustrado, venido de Panamá y residente en el Perú, al que consideraba su segunda patria. Puestos muy distinguidos en sociedad y en instituciones científicas ocupó el Dr. Arosemena Quezada, y con motivo de la fiebre amarilla que azotaba Lima, publicó en "El Nacional" del 27 de marzo de aquel año, un notabilísimo artículo sobre la posible etiología del tífus icteroides, teoría que fue combatida por el Dr. Juan Copello, notable médico italiano de aquellos tiempos, en su importante libro LA FIEBRE AMARILLA que publicó en 1870. El Dr. Arosemena suponía que el tífus amarillo era engendrado por un ser orgánico, microscópico, que constituía el miasma y que introducido en el torrente circulatorio, determinaba el envenenamiento, desempeñando en la sangre el papel de fermento. El segundo punto es terapéutico, y consiste en el empleo del ácido fénico que el Dr. Aro-

semena preconizaba en el tratamiento del tífus icteroides, llegando á ello por encadenamiento de razones, cuyo punto de partida era la etiología que de la dicha enfermedad él sustentaba. Esa terapéutica extraña fue, no sólo batida por el Dr. Copello, sino también por el Dr. José J. Corpancho, cuya refutación puede leerse en la página 212 de "La Gaceta Médica" de 1868, junto con algunos otros incidentes, en los que tomaron parte los doctores: Leonardo Villar, Félix Dorregaray, Celedonio Jiménez, Jacinto Pítar, José J. Huapalla, Gregorio Carranza, Armando Vélez, y los entonces alumnos de medicina señores Ramón Quintana, Juan D. Castro, Ignacio Dianderas é Ismael S. Vélez. No fue obstáculo la documentación y testigos presentados por los refutadores, para la tesis sostenida por el Dr. Arosemena, pues, siempre con su claro talento, dio respuesta al Dr. Corpancho, según se ve en la página 237 del periódico citado en el año á que hemos hecho referencia, donde consta una contradocumentación suscrita separadamente por el Dr. Francisco Rosas, Sargento mayor Sr. Manuel Francisco Hidalgo y los señores José Ignacio Barreto y Manuel Ortega.

El trabajo de leer las páginas 52 y siguientes de la obra del Dr. Copello, queda muy bien recompensado con el hallazgo de los razonamientos que el Dr. Arosemena se hace para llegar á la conclusión etiológica de que antes hemos hablado, y lo notable del asunto está en que se hubiese adelantado por muchos años á conceptos que son de nuestros días, si bien es verdad que su argumentación contiene algunas ideas reinantes en la época, pero que hoy han desaparecido.

Con los últimos días del año, terminó la gran epidemia de Lima cuyo ingreso fue seguramente en fe-

brero, aunque la fecha no sea una cuestión precisada, pues, si bien el Dr. José María Romero dice que en el vapor "Limeña"—en el que él regresó de Guayaquil al Callao á donde llegó en 2 de febrero—vinieron dos enfermos que en su concepto fueron el foco que originó la epidemia de Lima y el Callao, por otra parte el Dr. Santiago Távara asegura que fue el vapor "Pacífico" procedente de Panamá, y que fondó en el Callao el día 17 del mes en cuestión, el que importó el primer enfermo el día 18, el cual murió el 19, siguiéndole el día 22 dos marineros del mismo vapor, y desde entonces morían cinco ó seis en cada día.

Apenas había comenzado el año 1869, y los calores propicios dieron ocasión á que se renovara la mal extinguida epidemia del año anterior. Es muy posible que desde enero mismo, se presentaran casos de tifus icteroides, pero la documentación de que dispongo, sólo me permite saber que fue el mes de febrero el que mostró sus casos bien notorios, los que por su cifra de resúmenes, dan suficiente razón para suponer que la fiebre amarilla también estuvo presente en el dicho enero.

Esta nueva etapa del tifus amarílico, hizo indispensable la reapertura del lazareto de la Inmaculada Concepción, permaneciendo en ejercicio desde el 18 de febrero hasta el 10 de junio del año en referencia.

Como es sabido, á hombres y mujeres se daba asistencia en este establecimiento beneficiante, y á él ingresaron durante el tiempo señalado 639 enfermos, que fueron asistidos con fondos proporcionados por el Gobierno.

También se recibía enfermos en el hospital de San Andrés, que aun prestaba servicios en ese tiempo, pues el del "Dos de Mayo" estaba en vía de construcción; y no he alcanzado á saber de la Memoria del

señor Carassa, entonces Director de la Beneficencia, á cuántos enfermos de fiebre amarilla se dio asistencia en ese hospital, pero sí consta del documento aludido, que no excedió de 16 el número de víctimas por la enfermedad en cuestión.

Al hospital de Santa Ana acudieron 108 epidemiadas, de las que 4 recobraron la salud, y 77 fueron pasadas al lazareto, lo que produce una diferencia de 27 enfermas, que seguramente murieron por la indicada enfermedad, aunque de esto último no hay ninguna nota en la Memoria.

Hemos dicho que al lazareto ingresaron 639 enfermos cuyo detalle es el siguiente:

FECHAS	Entraron		Salieron curados		Murieron en el Lazareto		Mueitos dentro de las 24 horas de su ingreso	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Febrero .....	23	—	4	—	1	—	—	—
Marzo .....	130	22	67	4	29	9	10	2
Abril .....	249	48	165	21	42	13	30	6
Mayo .....	136	24	97	17	58	13	18	3
Junio .....	7	—	19	1	3	2	2	—
Suma .....	545	94	352	43	133	40	60	11
Totales .....	639		395		173		71	

Es decir, que de 639 sujetos murieron 244, lo que arroja una mortalidad de 38.20 por cada centenar de enfermos, de los cuales fueron

blancos 59; indígenas 488; mestizos 88; y 4 negros; habiendo sido en mayor cifra los individuos que se encontraban entre los 15 y 25 años de edad.

En el cuadro estadístico del señor Lino de la Barrera, por entonces Inspector del Lazareto, consta que los médicos fueron los doctores Leonardo Villar y Ramón Morales, y practicantes los señores Manuel Dávila y Clodomiro Cárdenas, aquel interno y externo éste.

(Continuará.)

## BIBLIOGRAFIA

**De la fiebre.**—*Lección de apertura del Curso de enfermedades de niños, dada en el Hospital de Santa Ana, por el Dr. Almenara Butler, catedrático del curso en la Facultad de Medicina.* Un folleto de 20 páginas. Lima, 1908.

El Dr. Almenara, con su estilo peculiar y galano, hace, en esta lección inaugural, el estudio del síndrome fiebre desde el punto de vista de su patogenia y etiología; tratando de poner en relieve el valor relativo de la elevación térmica en la primera infancia comparado con el que tiene la apreciación detenida de todo el cuadro sintomático que presenta el enfermito en observación; para deducir de allí, indirectamente, y por una larga sucesión de demostraciones y ejemplos, la importancia de primer orden que cabe á la clínica, al estudio de la patología á la cabecera del enfermo. "No existe en medicina, dice, una sola ciencia fundamental ó accesoria, biológica, clínica ó físico-química, que no requiera, su ubicación en el hospital".

Toca el Dr. Almenara incidentalmente, pero desarrollándolo bastante, el punto referente á las dificultades que ocasiona en la prácti-

ca profesional la *vulgarización científica* "que ha causado en las gentes el gran daño de la media ciencia, que es mucho peor que la ignorancia, se ha interpuesto entre el médico y el enfermo, y tergiversándolo todo, ha esparcido, junto con el charlatanismo, en los ámbitos del dolor y amargura de los que sufren, el veneno con el que matan las más de las veces á seres que el destino hubiese querido perdonar."

Considera el Dr. Almenara como remedio único para este mal social, que tanto perjudica á los enfermos y deprime al médico, enriquecer el bagaje científico y práctico de los que se dedican al ejercicio de la medicina, en el hospital, con auxiliares propios y fuera de toda intervención extraña al arte. Creemos que no basta al práctico su ciencia por muy perfeccionada y moderna que sea. Para obtener éxito, para actuar tranquilamente y bien, necesita de la confianza absoluta del cliente, que no podrá obtener y mucho menos conservar si actúa en un medio social donde muchos colegas estudian á fondo y preferentemente la manera de desacreditarse los unos á los otros. La media ciencia enmudecería respetuosa ante la competencia verdadera si los enfermos y sus familias no encontrarán asidero á su desconfianza en diplomados que de nada dudan cuando se les ofrece perspectiva de lucro. Además de mucha ciencia, necesita enseñarse moral médica, con la palabra y el ejemplo.

Se ocupa también el Dr. Almenara de los antitérmicos químicos, cuyo uso justamente considera inútil y ofensivo en la mayoría de los casos.

Sentimos, por la estrechez del espacio, no poder insertar íntegra en "La Crónica Médica" esta lección inaugural, pero lo apuntado basta para juzgar de sus méritos.

Z.

**La Clínica Pasteur.**—En una de las últimas sesiones de la Sociedad de Beneficencia, se ha dado cuenta de la oferta de venta que el Dr. Félix Larré, hace del Sanatorio de su propiedad, por la suma de 6.200 libras, y para cuya cancelación ofrece las más liberales condiciones.

“La Crónica Médica” inspirada en los legítimos intereses de solidaridad profesional y convencida, por otra parte, que la adquisición del sanatorio por la Sociedad de Beneficencia representaría un dispendio que ninguna necesidad práctica justifica, levanta su voz para demostrar lo inútil de tal adquisición y los perjuicios que el establecimiento de una *Clínica privada*, sostenida por una institución como la Sociedad de Beneficencia, ocasionaría al Cuerpo Médico en general.

En todas partes, las sociedades encargadas de la asistencia pública, consagran sus bienes al socorro de los menesterosos y de los desgraciados y solo á ellos; satisfaciendo así el deseo de sus legatarios que inspirados en un sentimiento filantrópico, dejaron sus bienes con ese objeto.

Ahora bien, la compra de la “Clínica Pasteur” además de demandar un gasto extraordinario de 6.200 libras, no correspondería á ninguno de los fines que la Sociedad de Beneficencia tiene que cumplir con los indigentes; salvo que se pretenda crear una Clínica de paga, como negocio, y que representará una nueva fuente de ingresos para la Beneficencia lo que estamos muy distantes de creer, por que ello establecería un monopolio atentatorio del ingreso privado.

Por otra parte, si se desea realizar un gasto de esta magnitud. ¿Porqué no hacerlo en uno de los Hospitales que la Sociedad de Beneficencia sostiene y al que podría dotarse con esa suma ó otra menor, con una instalación quirúrgica de

primer orden, muy superior por cierto á la que se ofrece en venta?

No dudamos que estos renglones, inspiren en algo, á los que van á decidir de este asunto, que reclama no poca meditación y estudio.

**Algunas consideraciones sobre un caso de Estómago Bilocular.**— Un folleto de 52 páginas y dos planchas, por Constantino J. Carvallo y Carlos Monge, ha visto la luz pública este interesante trabajo, que mereció ser premiado por la “Sociedad Médica Unión Fernandina” el que fue sometido á ésta en la sesión de aniversario del 13 de agosto del presente año.

El estudio completo de esta anomalía, tanto, bajo el punto de vista de la morfología general cuanto el de la Clínica, ha sido hecho por los autores de la monografía que nos ocupa, con gran acopio de datos entresacados de la abundante bibliografía que le acompaña. Este estudio se halla precedido de la descripción de un estómago bilocular encontrado en una autopsia hecha en el Anfiteatro de Lima por los señores Carvallo y Monge, ayudantes de Anatomía del citado establecimiento, descripción á la que hace resaltar aun más, los datos que sobre la anatomía normal del estómago la continúan.

Completamente de acuerdo con los autores del trabajo, en cuanto á la significación biológica y á la clasificación que establecen, nos permitimos recomendar su lectura, en otra sección de esta revista, en la que se publica.

El trabajo de los señores Carvallo y Monge, realizado por propia iniciativa y encerrando el fruto de una observación bien aprovechada, es un ejemplo y un estímulo para la decadente literatura médica nacional.

También acusamos recibo de la importante tesis doctoral del señor

Abel S. Olaechea intitulada. *Estado actual de los conocimientos relativos á la tuberculosis; difusión y profilaxia de esta enfermedad.*

Próximamente analizaremos este importante trabajo.

El señor profesor E. Salkowski, en el *Centralblatt für die medizinischen Wissenschaften*, 1901, núm. 51:

Estudiando la Triferrina bajo el punto de vista químico, he indagado igualmente, si era fácilmente absorbida por el intestino, como su solubilidad en los líquidos alcalinos lo hacía suponer. Estas experiencias fueron hechas en animales y el contenido de hierro en el hígado servía de medida para el grado de absorción de Triferrina.

“De esta manera he podido convencerme que en los animales que habían ingerido la Triferrina durante diez días, la cantidad de hierro contenido en el hígado, aumentaba considerablemente alcanzando como máximo el triple del tenor normal y sobrepasando de una manera general la cantidad que se deposita en la glándula hepática bajo la influencia de otras preparaciones marciales.”

He aquí las cifras obtenidas por el señor profesor Salkowski:

	Miligramos por kiló- gramos de animal.
Contenido de hierro en el hígado en las condiciones normales.....	3,02
Contenido de hierro en el hígado después de diez días de ingestión de albuminato de hierro.....	4,52
Contenido de hierro en el hígado después de diez días de ingestión de Triferrina.....	8,42

**Causas de la uretritis.**—Su tratamiento por el *Santyl*, nuevo balsámico, por el profesor Dr. von Po-

well, de Saint-Louis. — (Merck's Archives, enero, 1907.)

El profesor Powell exige para todos los casos de uretritis, que el médico se asegure exactamente de si la afección es debida ó no al gonococo, y demuestra la importancia médico-legal, que á veces puede tener esta comprobación.

Es partidario del empleo de los balsámicos, tanto por las uretritis gonococcias, como para las demás. La esencia de Sándalo, le parece el más activo. Como no está desprovista de efectos secundarios, sino que, por el contrario, provoca trastornos digestivos, dolores lumbares é irritación renal, suele ser necesario interrumpir ó suprimir su empleo. Considera el éter salicílico del Santol, el *Santyl-Knoll* como un balsámico eficaz sin ningún efecto accesorio. Según sus observaciones, relativas á un gran número de enfermos, ha demostrado Powell que el *Santyl-Knoll* se tolera bien, sin excepción, aun en los casos en que se podía continuar administrando la esencia de Sándalo, á causa de la albuminuria. Nunca se encontró albúmina en la orina. Del mismo modo, tampoco se apercibió efecto secundario de ninguna clase. El autor atribuye una acción bactericida y antirreumática á los elementos salicílicos del *Santyl*. En ninguno de los casos en que se empleó el *Santyl*, se observó reumatismo blenorágico.

Callao, 22 de abril de 1907.

Señores Scott y Bowne, Nueva York.

Muy señores míos: He tenido el gusto de prescribir á muchos enfermos y con muy buen éxito la Emulsión de Scott de aceite de hígado de bacalao con hipofosfitos.

De Uds. atto. S. S.

M. CANTUARIAS Y LÓPEZ  
Médico del Hospital de Guadalupe