

LA TABES EN ELS SÍNDROMES DOLOROSOS DE L'EPIGASTRI

pel

Dr. N. Lloret i Barber

Incloem les manifestacions doloroses de la tabes entre els síndromes sensitius de l'epigastri, per creure que llur diagnòstic diferencial és de gran importància, ja que de no preveure l'existència de la tabes pot portar a un fracàs, tan gran, com ho és el de fer el diagnòstic d'una afecció encaixada perfectament dintre els límits de l'aparell digestiu pel de tabes, manifestació particular de la sífilis nerviosa.

I no hem de negar que les crisis d'epigastràlgia poden presentar veritables dificultats per a establir un diagnòstic diferencial. Els dolors a l'epigastri, els vòmits de secreció amb notable augment de la taxa d'àcid clorhídric, el fet de presentar molts malalts una dispèpsia tabètica i la possible coincidència de tabes i una afecció de l'aparell digestiu, fan que aquestes dificultats augmentin i calgui fer un estudi complet del malalt de referència.

Per aquesta raó de les dificultats, per a recordar una vegada més que la tabes no ha d'ésser oblidada davant un malalt amb síndrome dolors a l'epigastri, és el motiu pel qual exposem dos casos viscuts fa poc temps en el nostre servei: Un d'ells es tracta d'un malalt operat de gastrectomia per una suposada úlcera i altre d'una malalta amb síndrome colecistítics i que en ésser colecistomitzada va aparèixer la bufeta replena de càlculs i als pocs dies de la intervenció continuava amb dolors que recordaven en tot els que havia explicat el malalt en ingressar en el servei.

El malalt del primer cas presentava les mateixes molèsties d'abans de la gastrectomia, a la qual es va sotmetre; i creiem que no tenia ni havia tingut l'úlcus objecte de la intervenció, aquesta hipòtesi la funden en el fet que malgat els nombrosos *exàmens* radiològics, practicats amb diverses tècniques no presentava signes directes ni indirectes d'úlcera de l'estómac ni de la boca anastomètica, amb la negativitat de la història clínica i que als 9 dies de la intervenció tenia els mateixos dolors d'abans. En explorar el sistema nerviós vam obtenir les següents dades: Signe d'Argyll-Robertson, reflexos rotulians disminuïts i gran zones de pell amb anestèsia. Practicada la reacció de Wassermann del líquid cèfalo-raquídi va resultar positiva.

Naturalment, no hem d'oblidar que hi ha úlceres silencioses i que solament es mostren en clínica en presentar-se una complicació (perforació, hematemesi, estenosi, etc.) i per altra banda—sense oblidar tampoc les úlceres de forma pseudo-tabètica—la coincidència d'úlcera i tabes és tan freqüent que molts autors fan de l'esmentada coincidència un argument a favor de l'etiologia sifilítica de l'úlcus, teoria que nosaltres no compartim, entre altres raons pel fracàs de la terapèutica dirigida en aquest sentit davant de l'èxit que s'obté amb la medicació antisifilítica en els casos d'úlceres específiques de l'estómac.

L'altre cas era una malalta que conjuntament amb la litiasi biliar, diagnosticada per la clínica, raigs "X" i laboratori, presentava fenòmens tabètics caracteritzats per: anisocòria, imobilitat pupillar a la llum, acomodació normal, arreflexia aquilea, reflexos rotulians febles disestèsis centrals i crisis doloroses que per llur caràcter feien difícil d'establir un diagnòstic diferencial, al qual s'arribà, un cop operada, en observar que malgrat el curs normal post-operatori i el normal funcionalisme de les vies biliars, continuava amb dolors paroxístics de singular violència; fou en aquest moment que es practicaren les exploracions del sistema nerviós, confirmades per Wassermann del líquid cèfalo-raquídi.

Aquests dos casos no són més que una petita mostra de les nombroses intervencions que es practiquen a sobre l'estómac, bufeta biliar i apèndix d'altres tants malalts que no tenien res més que una tabes, raó per la qual no hem d'oblidar mai d'examinar reflexos oculars i rotulians en aquells malalts que presentin una síndrome dolorosa epigàstrica o abdominal.