

Año 1918

Núm. 3402

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# ULCUS ROTUNDUS VENTRICULI

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

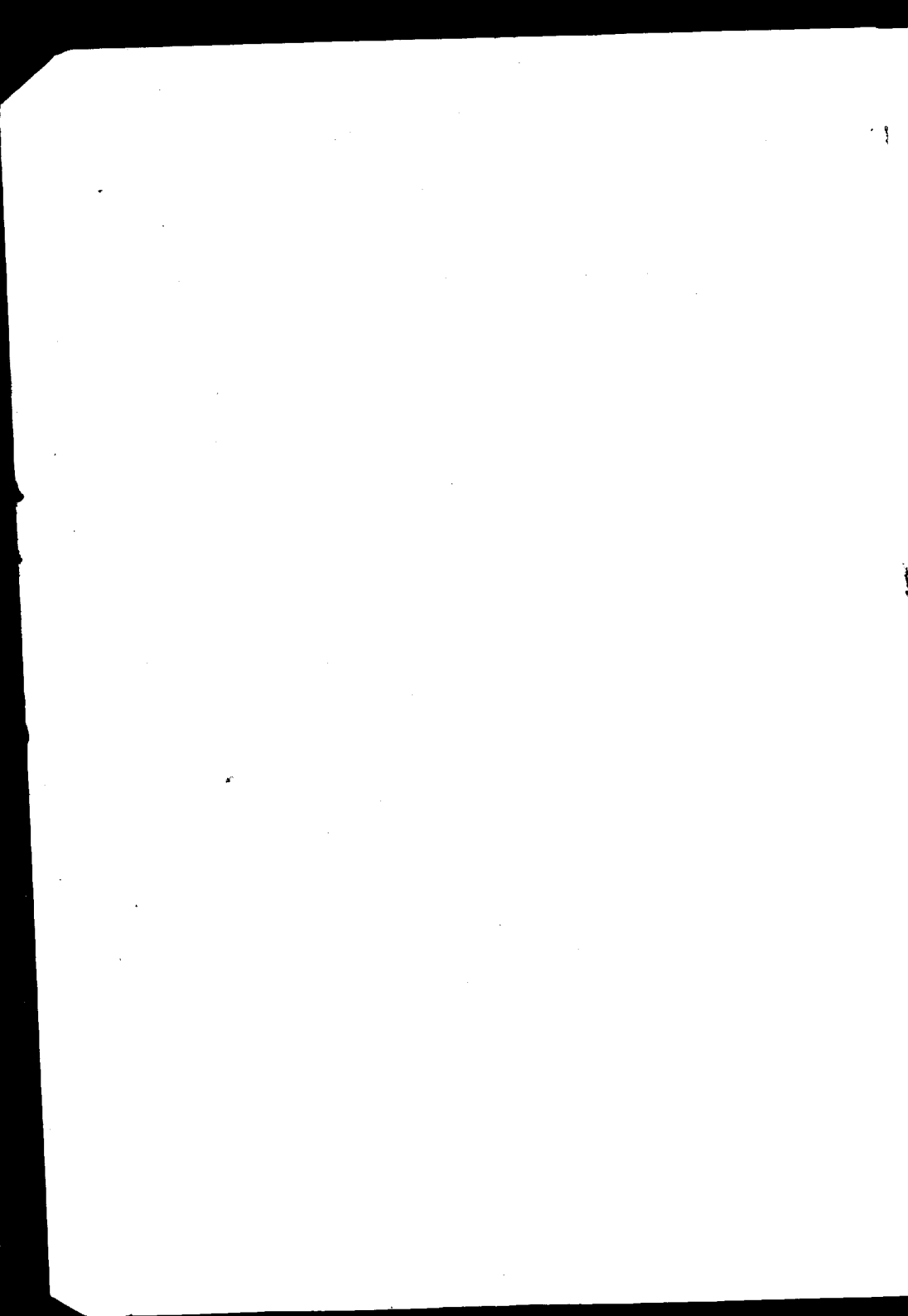
**ADOLFO CALMENS**

Ex-practicante mayor interno por concurso de clasificaciones  
del Hospital Pirovano  
Ex-practicante externo del Hospital Ramos Mejia (San Roque)



LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"  
CASA EDITORA E IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI  
845, JUNIN, 845 - BUENOS AIRES

ULCUS ROTUNDUS VENTRICULI



Año 1918

Núm. 3402

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# ULCUS ROTUNDUS VENTRICULI

TESIS

PRESENTADA PARA OBTENER AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**ADOLFO CALMENS**

Ex-practicante mayor interno por concurso de clasificaciones  
del Hospital Pirovano

Ex-practicante externo del Hospital Ramos Mejía (San Roque)



LIBRERIA "LAS CIENCIAS"  
CASA EDITORA E IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI  
645. JUNIN. 845 - BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las  
opiniones vertidas en las tesis.

*Artículo 162 del R. de la F*

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

### Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

### Miembros titulares

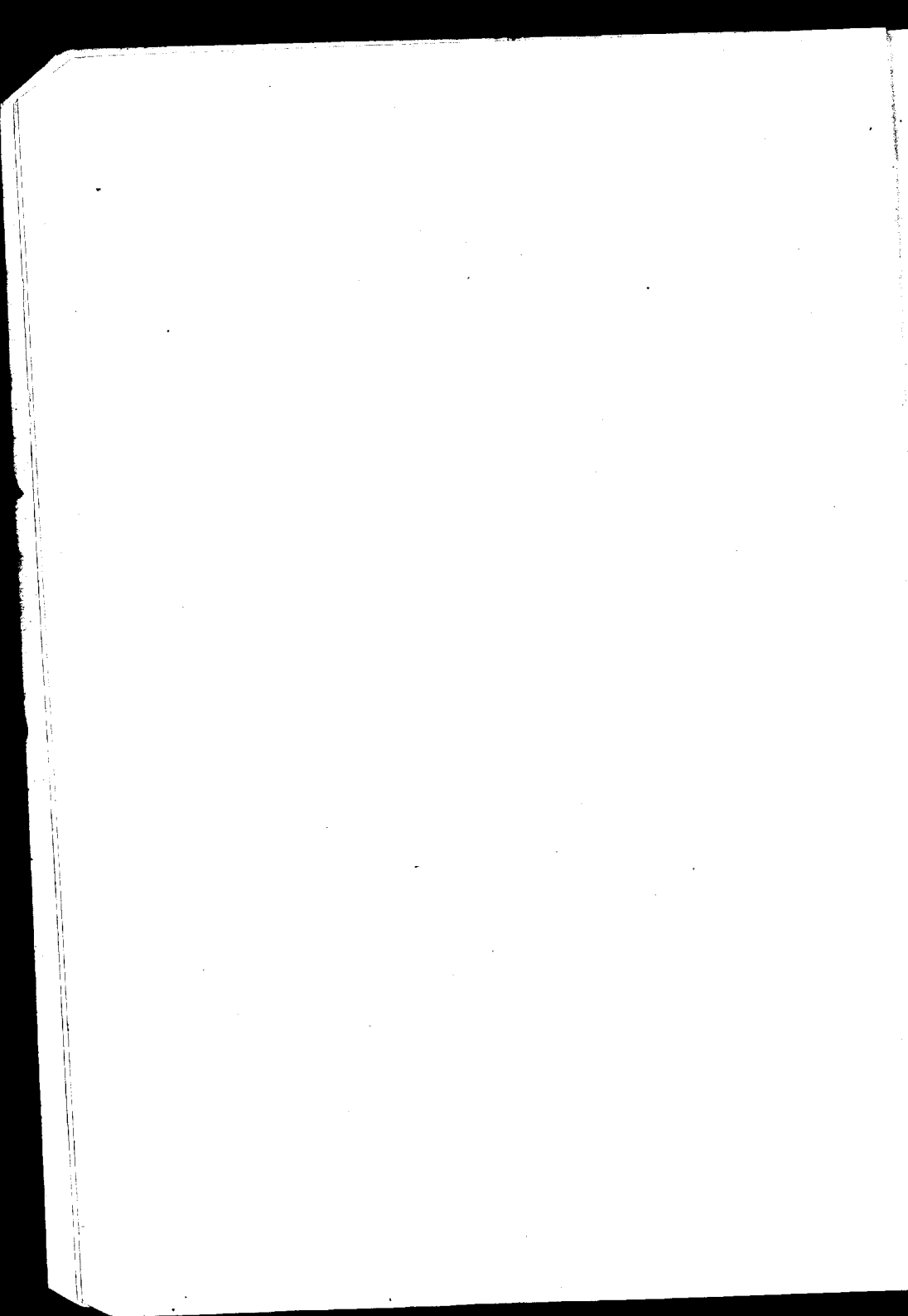
1. Dr. D. EUFEMIO UBALLES
2. " " PEDRO N. ARATA
3. " " ROBERTO WERNICKE
4. " " JOSÉ PENNA
5. " " LUIS GEMES
6. " " ELISEO CANTON
7. " " ANTONIO C. GANDOLFO
8. " " ENRIQUE BAZTERRICA
9. " " DANIEL J. CRANWELL
10. " " HORACIO G. PISERO
11. " " JUAN A. BOERI
12. " " ANGEL GALLARDO
13. " " CARLOS MALBRAN
14. " " M. HERRERA VEGAS
15. " " ANGEL M. CENTENO
16. " " FRANCISCO A. SICARDI
17. " " DIOGENES DECOUD
18. " " DESIDERIO F. DAVEL
19. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. " " DOMINGO CABRED
21. " " ABEL AYERZA
22. " " EDUARDO OBEJERO
23. " " JOSE A. ESTEVES
24. " " Vacante

### Secretario general

Vacante

### Secretario

DR. ANTONIO C. GANDOLFO



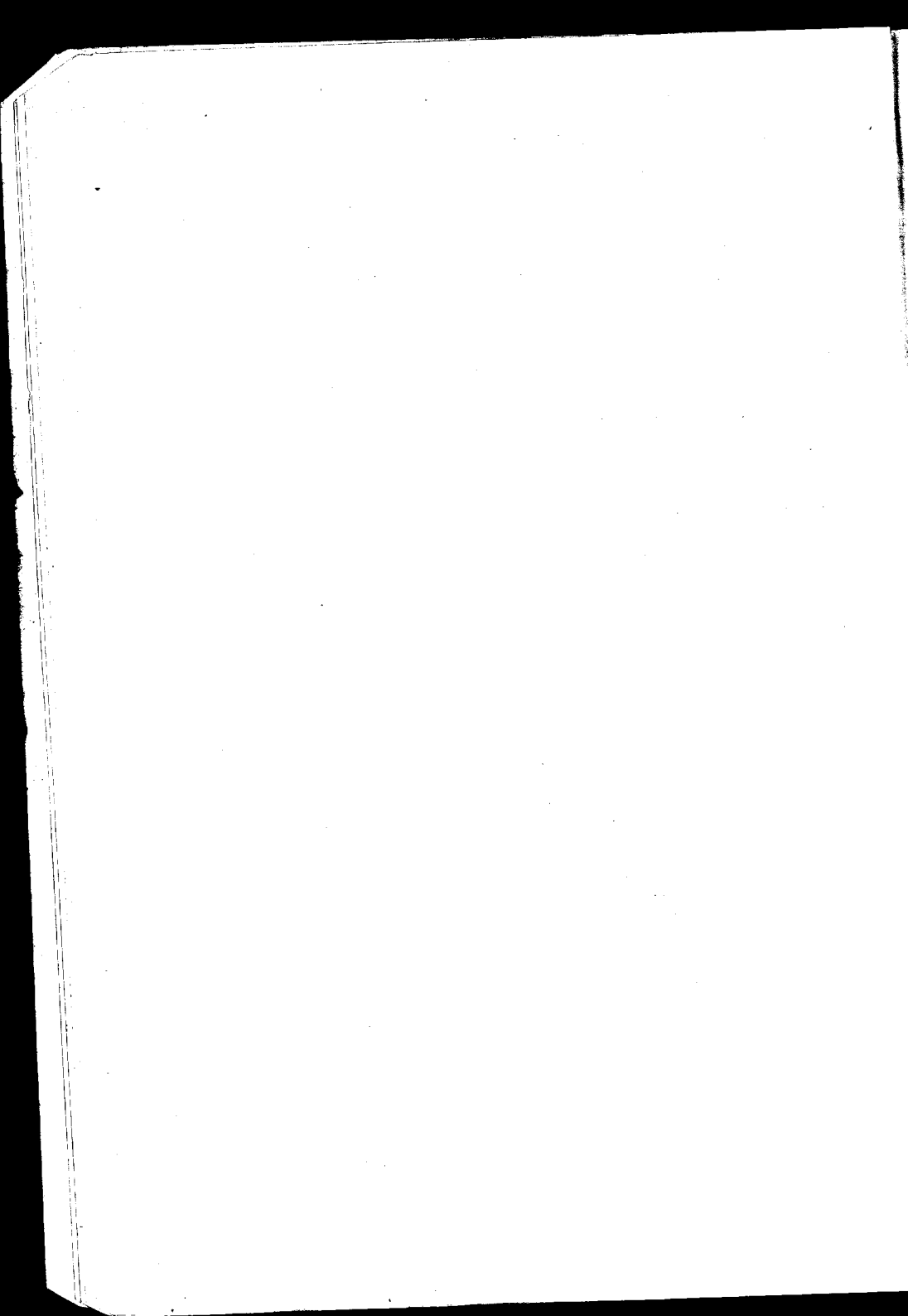
# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## ACADEMIA DE MEDICINA

### **Miembros Honorarios**

1. DR. D. TELEMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO VIDAL
5. " " ALOYSIO DE CASTRO
6. " " CARLOS CHAGAS
7. " " MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

## CONSEJO DIRECTIVO

### Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

### Vice Decano

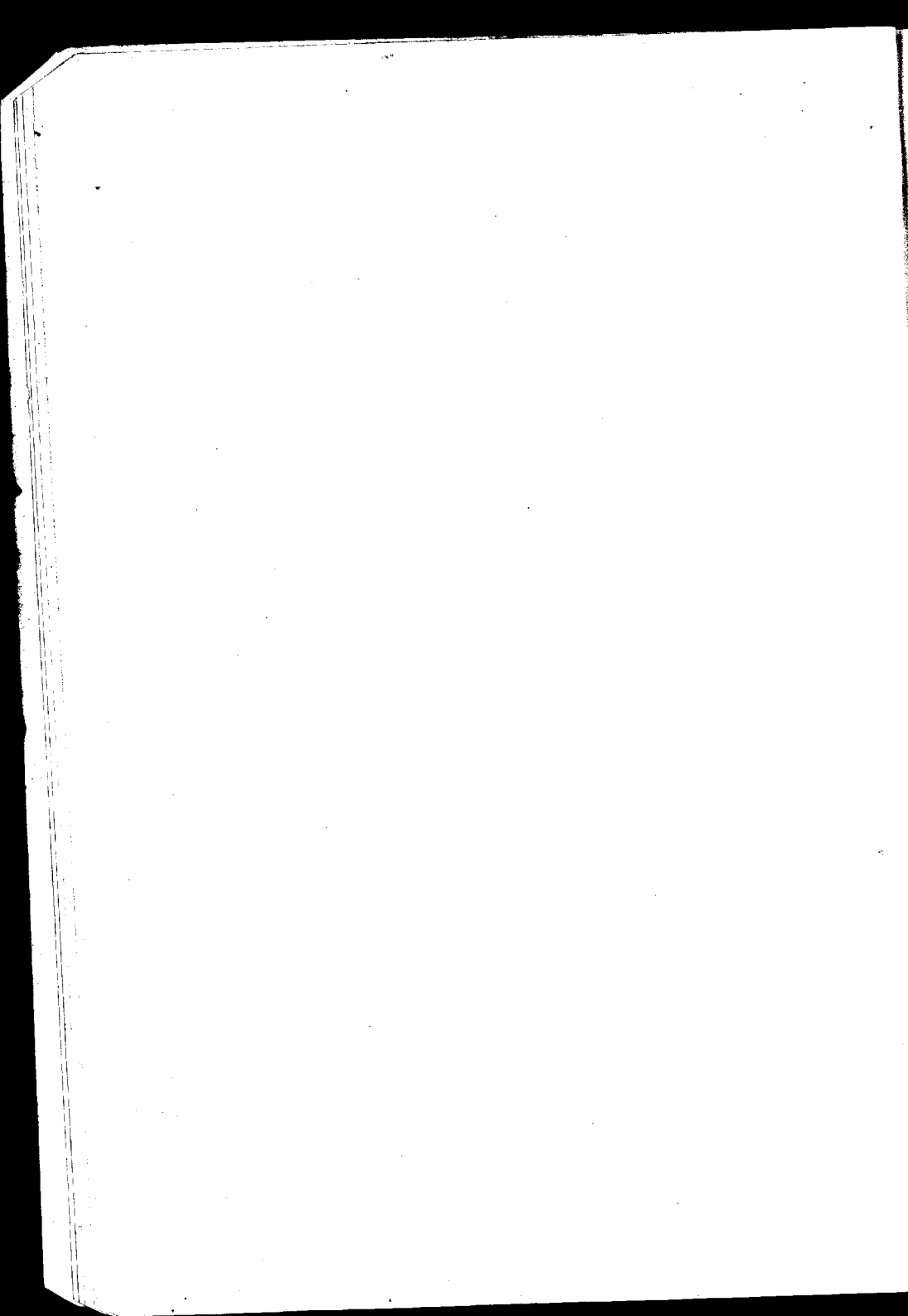
DR. D. DOMINGO CABRED

### Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA  
" " ELISEO CANTON  
" " ANGEL M. CENTENO  
" " DOMINGO CABRED  
" " MARCIAL V. QUIROGA  
" " JOSÉ ARCE  
" " EUFEMIO UBALLES (con lic.)  
" " DANIEL J. CRANWELL  
" " CARLOS MALBRÁN  
" " JOSÉ F. MOLINARI  
" " MIGUEL PUIGGARI  
" " ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)  
" " FANOR VELARDE  
" " IGNACIO ALLENDE  
" " MARCELO VISAS  
" " PASCUAL PALMA

### Secretarios

DR. D. P. CASTRO ESCALADA  
DR. D. JUAN A. GABASTOU

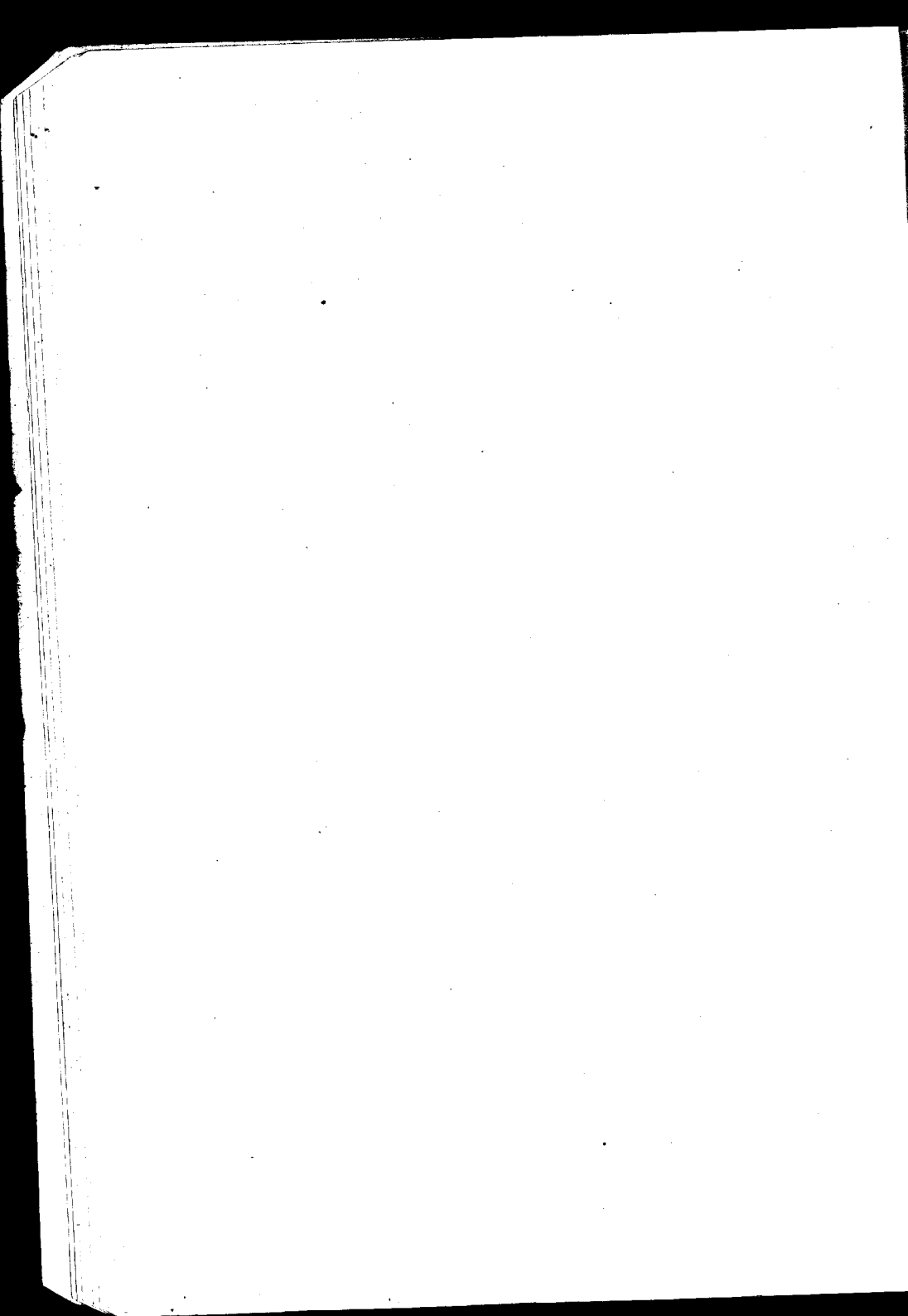


# ESCUELA DE MEDICINA

---

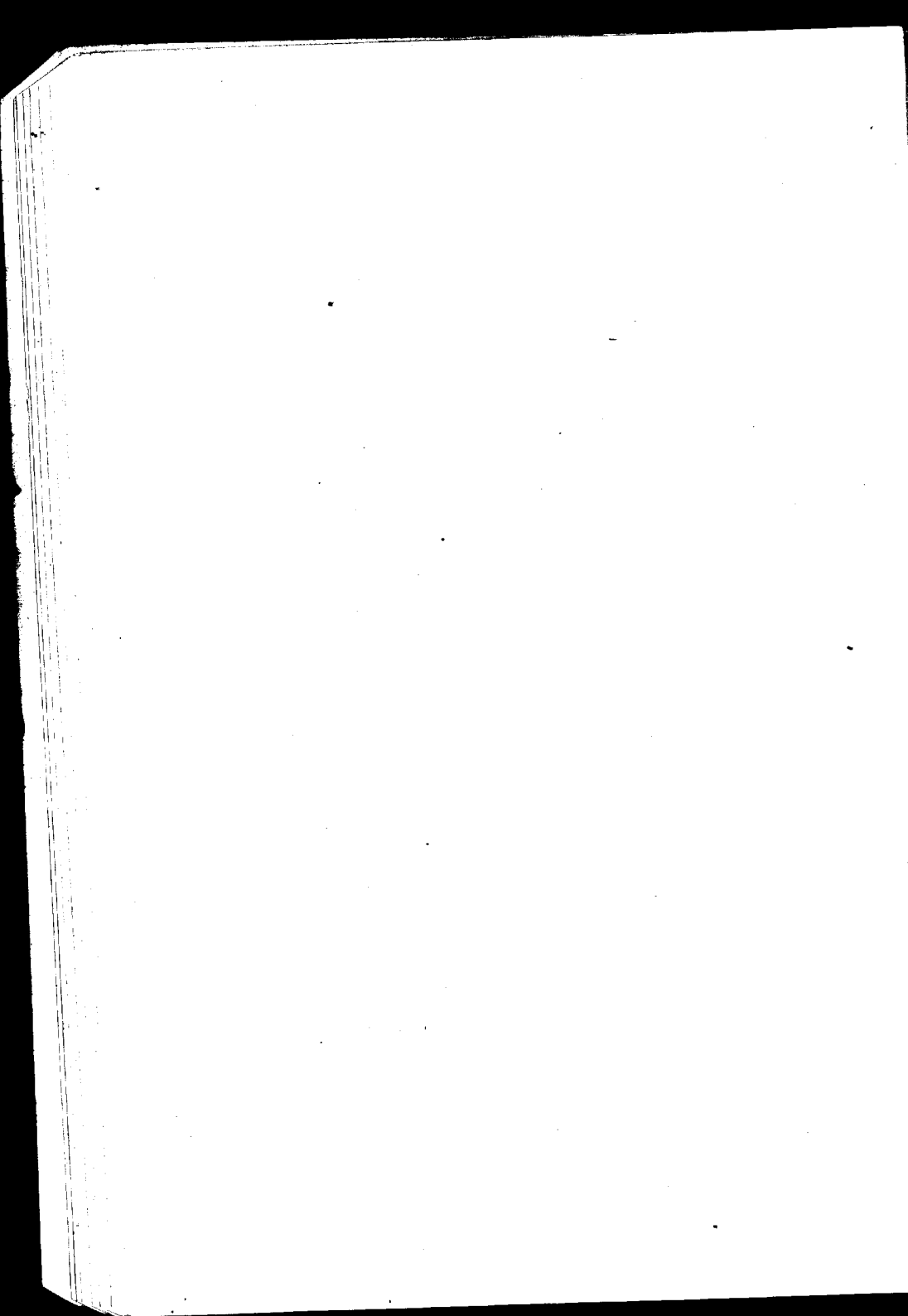
## PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE  
" JUVENCIO Z. ARCE  
" PEDRO N. ARATA  
" FRANCISCO DE VEYGA  
" ELISEO CANTON  
" JUAN A. BOERI  
" FRANCISCO A. SICARDI  
" TELÉMACO SUSINI



# ESCUELA DE MEDICINA

| Asignaturas                            | Dr. | Catedráticos Titulares |
|--|-----|------------------------|
| Zoología Médica .....                  | Dr. | PEDRO LACAVERA         |
| Botánica Médica .....                  | "   | LUCIO DURAZONA         |
|  | "   | RICARDO S. GOMEZ       |
| Anatomía Descriptiva .....             | "   | R. SARMIENTO LASPIUR   |
|  | "   | JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA |
|  | "   | PEDRO BELOU            |
| Histología .....                       | "   | RODOLFO DE GAINZA      |
| Física Médica .....                    | "   | ALFREDO LANARI         |
| Fisiología General y Humana .....      | "   | HORACIO G. FISERO      |
| Bacteriología .....                    | "   | CARLOS MALBRAN         |
| Química Biológica .....                | "   | PEDRO J. PANDO         |
| Higiene Pública y Privada .....        | "   | RICARDO SCHIATZ        |
| Semiología y ejercicios clínicos ..... | "   | GREGORIO ARAOZ ALFARO  |
| Anatomía Topográfica .....             | "   | DAVID SPÉRONI          |
| Anatomía Patológica .....              | "   | AVELINO GUTIERREZ      |
|  |     | (Vacante)              |
| Materia Médica y Terapéutica .....     | "   | JUSTINIANO LEDESMA     |
| Patología Externa .....                | "   | DANIEL J. CRANWELL     |
| Medicina Operatoria .....              | "   | LEANDRO VALLE          |
|  |     | (Vacante)              |
| Clínica Dermato-Sifilográfica .....    | "   | PEDRO BENEDIT          |
| " Génito-urinaarias .....              | "   | JUAN B. SESORANS       |
| Toxicología Experimental .....         | "   | JOSÉ PENNA             |
| Clínica Epidemiológica .....           | "   | EDUARDO OBEJERO        |
| " Oto-rino-laringológica .....         | "   | MARCIAL V. QUIROGA     |
| Patología Interna .....                | "   | ENRIQUE B. DEMARIA     |
| Clínica Oftalmológica .....            | "   | LUIS GUEMES            |
|  | "   | LUIS AGOTE             |
| " Médica .....                         | "   | IGNACIO ALLENDE        |
|  | "   | ABEL AYERZA            |
|  | "   | PASCUAL PALMA          |
|  | "   | DIÓGENES DECOUD        |
| " Quirúrgica .....                     | "   | ANTONIO C. GANDOLFO    |
|  | "   | MARCELO T. VISAS       |
| " Neurológica .....                    | "   | JOSÉ A. ESTEVES        |
| " Psiquiátrica .....                   | "   | DOMINGO CABRED         |
| " Obstétrica .....                     | "   | ENRIQUE ZARATE         |
| " Obstétrica .....                     | "   | SAMUEL MOLINA          |
| " Pediátrica .....                     | "   | ANGEL M. CENTENO       |
| Medicina Legal .....                   | "   | POMINGO S. CAVIA       |
| Clínica Ginecológica .....             | "   | ENRIQUE BAZTERRICA     |



## ESCUELA DE MEDICINA

| Asignaturas                          | Catedráticos extraordinarios |
|--------------------------------------|------------------------------|
| Botánica Médica .....                | DR. D. RODOLFO ENRIQUEZ      |
| Zoología Médica .....                | " DANIEL J. GREENWAY         |
| Histología normal .....              | " JULIO G. FERNANDEZ         |
| Física Médica .....                  | " JUAN JOSÉ GALIANO          |
| Bacteriología .....                  | " JUAN CARLOS DELFINO        |
|                                      | " LEOPOLDO URIARTE           |
|                                      | " ALOIS BACHMANN             |
| Anatomía Patológica .....            | " JOSÉ BADIA                 |
| Higiene Médica .....                 | " FELIPE A. JUSTO            |
| Clinica Dermato-sifilográfica .....  | " MAXIMILIANO ABERASTURY     |
| " Génito urinaria .....              | " BERNARDINO MARAINI         |
| Patología externa .....              | " CARLOS ROBERTSON LAVALLE   |
| " interna .....                      | " RICARDO COLON              |
| Clinica oto-rino-laringológica ..... | " ELISEO V. SEGURA           |
| " Neurológica .....                  | " JOSÉ R. SEMPRUN            |
|                                      | " MARIANO ALURRALDE          |
| " Pediatría .....                    | " ANTONIO F. PISERO          |
|                                      | " MANUEL A. SANTAS           |
|                                      | " MAMERTO / CUÑA             |
| " Quirúrgica .....                   | " FRANCISCO LLOBET           |
|                                      | " MARCELINO HERRERA VEGAS    |
| " Psiquiátrica .....                 | " JOSÉ ARCE                  |
|                                      | " JOSÉ T. BORDA              |
| " Obstétrica .....                   | " BENJAMIN T. SOLARI         |
|                                      | " ARTURO ENRIQUEZ            |
| " Ginecológica .....                 | " ALBERTO PERALTA RAMOS      |
| " Médica .....                       | " JOSÉ F. MOLINARI           |
|                                      | " PATRICIO FLEMING           |



## ESCUELA DE MEDICINA

| Asignaturas                             | Catedráticos sustitutos   |
|---|---------------------------|
| Zoología Médica .....                   | " GUILLERMO SEEBER        |
|   | " SILVIO E. FAROLDI       |
| Anatomía Descriptiva .....              | " EUGENIO GALLI           |
|   | " JUAN JOSE CIRIO         |
|   | " FRANCISCO ROPHILLE      |
|   | " FRANK L. SOLER          |
| Fisiología general y humana .....       | " BERNARDO HOUSSAY        |
|   | " RODOLFO RIVAROLA        |
| Bacteriología .....                     | " SALVADOR MAZZA          |
| Química Biológica .....                 | " BENJAMIN GALARCE        |
| Higiene Médica .....                    | " MANUEL V. CARBONELL     |
|   | " CARLOS BONORINO UDAONDE |
| Semeiología y ejercicios clínicos ..... | " ALFREDO VITON           |
|   | " PEDRO J. HARDY          |
| Anatomía Patológica .....               | " JOAQUIN LLAMBIAS        |
|   | " ANGEL H. ROFFO          |
|   | " PEDRO ELIZALDE          |
|   | " JOSE MORENO             |
| Materia Médica y Terapia .....          | " PEDRO CASTRO ESCALADA   |
| Medicina Operatoria .....               | " ENRIQUE CINOCCHIETTO    |
|   | " FRANCISCO P. CASTRO     |
|   | " CASTELFORT LUGONES      |
|   | " ENRIQUE M. OLIVIERI     |
|   | " ALEJANDRO CIBALLOS      |
|   | " NICOLAS V. GREGO        |
|   | " PEDRO L. BALISA         |
|   | " JOAQUIN CERVERA         |
|   | " JOAQUIN NIN POSADAS     |
|   | " FERNANDO R. TORRES      |
|   | " FRANCISCO DESTEFANO     |
|   | " ANTONINO MARCO DEL PONT |
|   | " DANIEL THAMM            |
|   | " ADOLFO NOCETTI          |
|   | " RAUL ARGANARAZ          |
|   | " JEAN DE LA CRUZ CORREA  |
|   | " MARTIN CASTRO ESCALADA  |
|   | " FELIPE J. BASAVILBASO   |
|   | " ANTONIO R. ZAMBRINI     |
|   | " ENRIQUE FERREIRA        |
|   | " PEDRO LABAGUI           |
|   | " LEONIDAS JORGE FACIO    |
|   | " PABLO M. BARRARO        |
|   | " EDUARDO MARINO          |
|   | " ARMANDO R. MAROTTA      |
|   | " LUIS A. TAMINI          |
|   | " MIGUEL SUSSINI          |
|   | " ROBERTO SOLE            |
|   | " PEDRO CHUTRO            |
|   | " JOSE M. JORGE (hijo)    |
|   | " OSCAR COPELLO           |
|   | " ADOLFO E. LANZIVAR      |
|   | " JORGE LEYRO DIAZ        |
|   | " ANTONIO F. CELESIA      |
|   | " TOMAS B. KENNY          |
|   | " GUILLERMO VALDES (hijo) |
|   | " VICENTE DIMITRI         |
|   | " ROMULO H. CHIAPPORI     |
|   | " JUAN JOSE VITON         |
|   | " PABLO J. MORSALINE      |
|   | " RAFAEL A. BELLRICH      |
|   | " IGNACIO IMAZ            |
|   | " PEDRO ESCUDERO          |
|   | " MARIANO R. CASTEX       |
|   | " PEDRO J. GARCIA         |
|   | " JOSE DESTEFANO          |
|   | " JUAN R. GOYENA          |
|   | " JUAN JACOBO SPANGENBERG |
|   | " TULLIO MARTINI          |
|   | " CANDIDO PATINO MAYER    |
|   | " GENARO SISTO            |
|   | " PEDRO DE ELIZALDE       |
|   | " FERNANDO SCHWEIZER      |
|   | " JUAN CARLOS NAVARRO     |
|   | " JAIME SALVADOR          |
|   | " TORIBIO PICCARDO        |
|   | " CARLOS R. CIRIO         |
|   | " OSVALDO L. BOTTARO      |
|   | " JULIO IRIBARNE          |
|   | " CARLOS ALBERTO CASTAÑO  |
|   | " FALSTINO J. TRONGE      |
|   | " JUAN B. GONZALEZ        |
|   | " JUAN C. RISSO DOMINGUEZ |
|   | " JUAN A. GABASTOU        |
|   | " ENRIQUE A. BOERO        |
|   | " JOSUE BERTI             |
|   | " NISANOR PALACIOS COSTA  |
|   | " VICTORIO MONTEVERDE     |
|   | " JOAQUIN V. GNECCO       |
|   | " JAVIER BRANDAN          |
|   | " ANTONIO FODESTA         |
|   | " AMABLE JONES            |
| Medicina Legal .....                    |                           |
| Clínica Psiquiátrica .....              |                           |

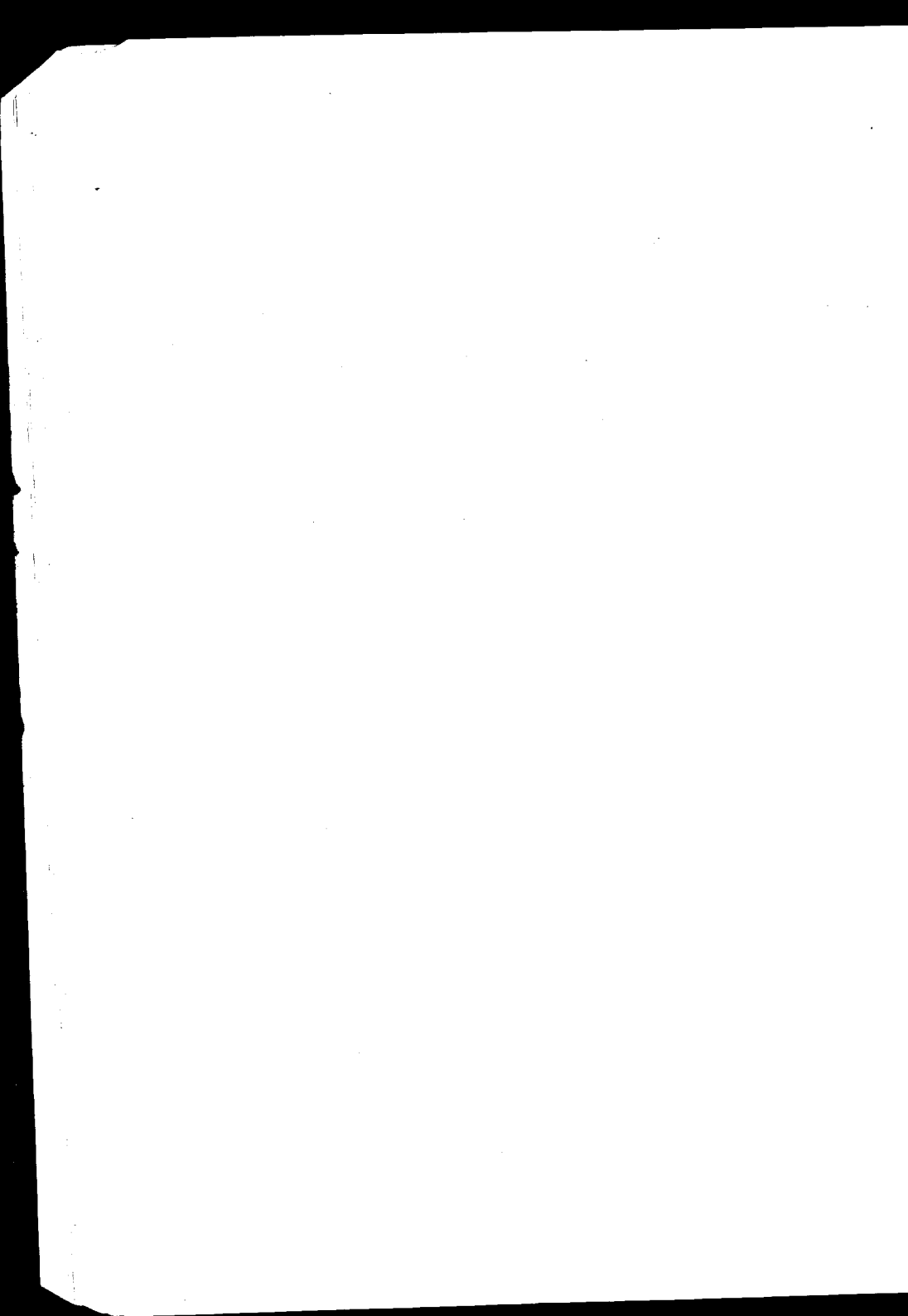


## ESCUELA DE PARTERAS

---

| <b>Asignaturas</b>              | <b>Catedráticos titulares</b> |
|---------------------------------|-------------------------------|
| <i>Primer año:</i>              |                               |
| Anatomía, Fisiología, etc. .... | Dr. J. C. LLAMES MASSINI      |
| <i>Segundo año:</i>             |                               |
| Parto fisiológico .....         | " MIGUEL Z. O'FARRELL         |
| <i>Tercer año:</i>              |                               |
| Clinica obstétrica .....        | " FANOR VELLARDE              |
| Puericultura .....              | " UBALDO FERNANDEZ            |

---



## ESCUELA DE FARMACIA

| Asignaturas  | Catedráticos titulares |
|--|------------------------|
| Zoología general: Anatomía y Fisiología comparadas ..... | DR. ANGEL GALLARDO     |
| Física farmacéutica .....                                | " JULIO J. GATTI       |
| Química farmacéutica inorgánica..                        | " MIGUEL PUIGGARI      |
| Botánica y Micrografía vegetal...                        | " ADOLFO MUJICA        |
| Química farmacéutica orgánica ...                        | (Vacante)              |
| Técnica farmacéutica (1er. curso).                       | " J. MANUEL IRIZAR     |
| Higiene, Ética y Legislación.....                        | " RICARDO SCHATZ       |
| Química analítica general .....                          | " FRANCISCO P. LAVALLE |
| Farmacognosia especial .....                             | SR. JUAN A. DOMINGUEZ  |
| Técnica farmacéutica (2.º curso)..                       | DR. J. MANUEL IRIZAR   |

| Asignaturas   | Catedráticos sustitutos     |
|---|-----------------------------|
| Zoología general.—Anatomía y fisiología comparadas..... | DR. ANGEL BIANCHI LISCHETTI |
| Física farmacéutica .....                               | " TOMAS J. RUMI             |
| Química farmacéutica inorgánica..                       | " ANGEL SABATINI            |
| Botánica y Micrografía vegetal.....                     | " EMILIO M. FLORES          |
| Química farmacéutica orgánica...                        | " ILDEFONSO C. VATTUONE     |
| Técnica farmacéutica .....                              | DR. PEDRO J. MESIGOS        |
| Química analítica general .....                         | " LUIS GUGLIAMELLI          |
| Farmacognosia especial .....                            | SR. RICARDO ROCCATAGLIATA   |
|   | " PASCUAL CORTI             |
|   | " CLEOFE CROCCO             |
|   | DR. JUAN A. SANCHEZ         |
|   | SR. OSCAR MIALOCK           |

## DOCTORADO EN FARMACIA

| Asignaturas   | Catedráticos titulares                 |
|---|--|
| Complementos de Matemáticas...                              | ---                                    |
| Mineralogía y Geología.....                                 | ---                                    |
| Botánica (2.º curso). Bibliografía botánica argentina ..... | ---                                    |
| Química analítica aplicada (Medicamentos) .....             | DR. JUAN A. SANCHEZ (supl. en defecto) |
| Química biológica .....                                     | " PEDRO J. PANDO                       |
| Química analítica aplicada (Bromatología) .....             | ---                                    |
| Física general .....  | ---                                    |
| Bacteriología .....   | DR. CARLOS MALBRAN                     |
| Toxicología y Química legal.....                            | " JUAN B. SENORANS                     |



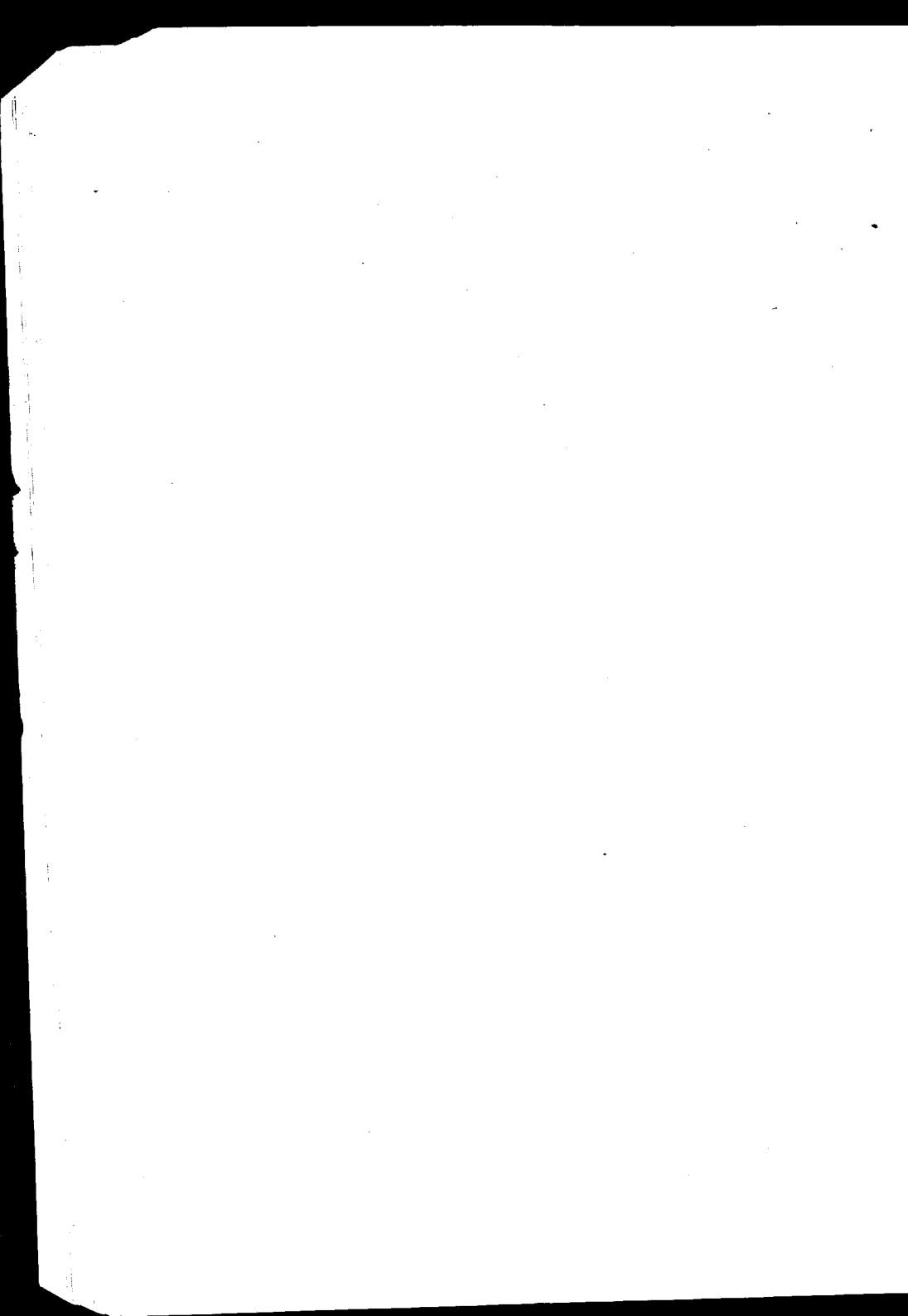
## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

---

| <b>Asignaturas</b>    | <b>Catedráticos titulares</b> |
|-----------------------|-------------------------------|
| 1er. año .....        | DR. RODOLFO BRAUZQUIN         |
| 2.º año .....         | " LEON PEREYRA                |
| 3er. año .....        | " N. ETCHEPAREBORDA           |
| Protesis Dental ..... | SR. ANTONIO J. GUARDO         |

### **Catedráticos sustitutos**

DR. D. ALEJANDRO CABANNE (3.er año)  
DR. D. TOMÁS S. VARELA (2.º año)  
SR. D. JUAN U. CARREA (Protesis)  
SR. D. CORIOLANO BREA "  
SR. D. CIRO DURANTE AVELLANAL (1er año)



**Padrino de tesis:**

**Prof. Dr. DIÓGENES DECOUD**

Catedrático de Clínica Quirúrgica en la Facultad de C. Médicas de Buenos Aires



A LA MEMORIA DE MI PADRE



A MI MADRE

A MI ESPOSA

A MI HIJO EFRAIN

A MI HIJA ENNY TERESA

A MIS PADRES POLÍTICOS

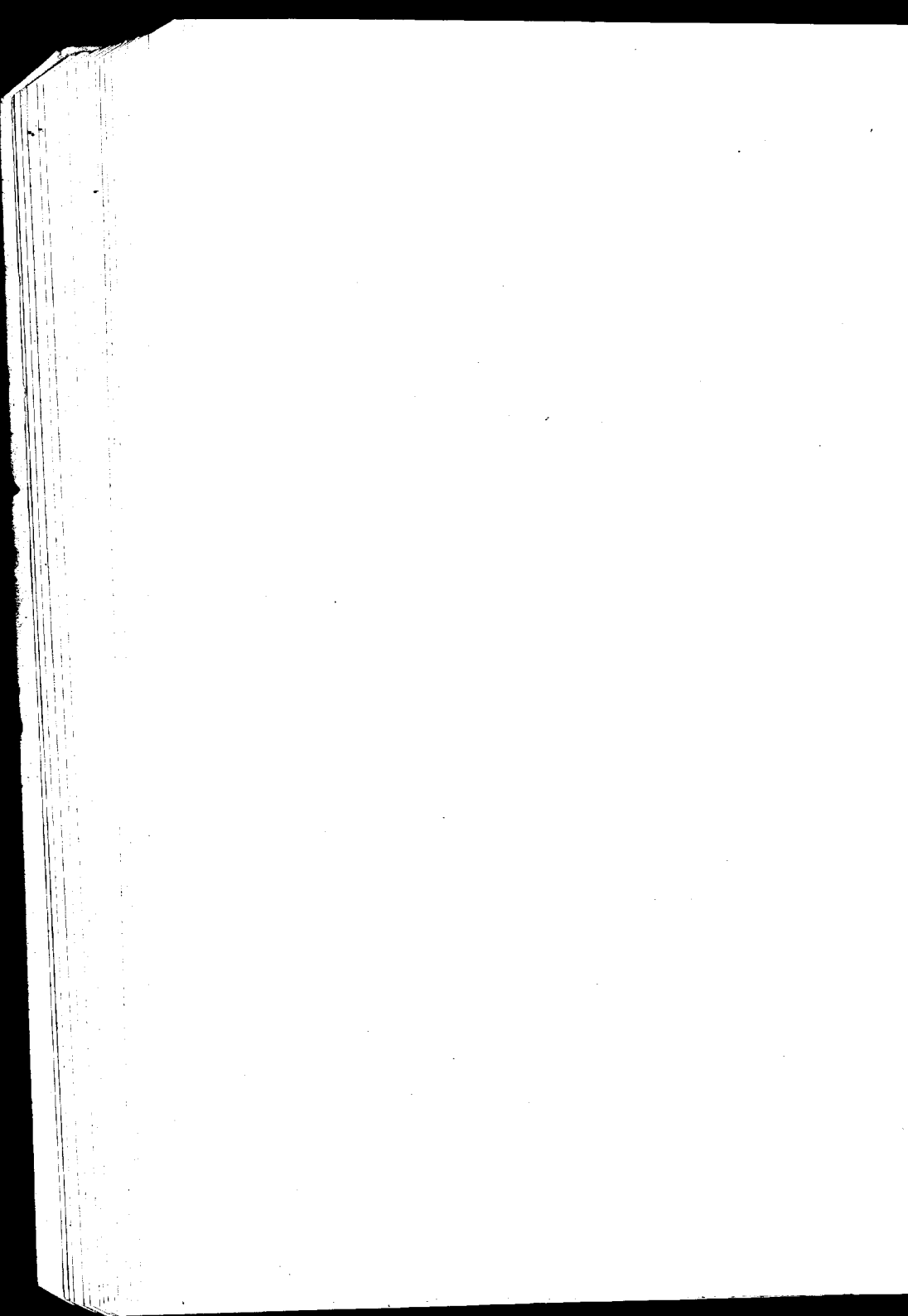


A MIS HERMANOS

A MIS HERMANOS POLÍTICOS



A MIS PARIENTES y AMIGOS



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:



Presento a su consideración este trabajo titulado úlcera gástrica.

El tema es bastante vulgar; precisamente por ser un punto que continuamente se está estudiando.

Me extendo ampliamente, tratando etiología y diagnóstico del ulcus, ya que son muchas veces más difíciles que su tratamiento. Fué extractado este escrito de un trabajo que presenté reglamentariamente como alumno para la cátedra de Patología Interna (1). Tal vez nada original se encontraría en esta tesis, no obstante haber estudiado algunos casos en la clínica del profesor Allende, que no son del todo vulgares. Aproveché para mi estudio las lecciones que el maestro dictaba en la materia.

Con atención escuché las conferencias del profesor Decoud al hablar de úlcera. Gratitud reconozco por las provechosas lecciones de ambos; igual-

---

(1) Tiene 200 páginas, 38 figuras y 2 radiografías, etc.

mente a los profesores Quiroga y Barlaro, por su constante labor para con sus alumnos: estudiando e invitando a estudiar.

## ANATOMÍA DE ESTÓMAGO

El estómago (stomachus en griego, y en latín ventriculus), es una porción del tubo digestivo, la más ancha, la que está más ensanchada, a efectos de poder almacenar el alimento.

Cumple una misión muy importante en la función digestiva.

Situado en la parte más alta de la cavidad abdominal, debajo del diafragma y lóbulo izquierdo del hígado; por encima de los intestinos. Bordeado, abajo por el colon y sus anexos, que le forman una especie de cavidad, se encuentra el estómago por delante del páncreas; bazo a la izquierda y a la derecha vesícula biliar.

Ocupa casi todo el hipocondrio izquierdo, se dirige hacia el hipocondrio derecho y ocupando gran parte del hipogastrio.

Estando repleto el estómago ocupa una extensión en sentido vertical, que llega hasta el ombligo.

Su forma es conoide: aplanado en el sentido antero-posterior, se dirige con su extremidad grue-

sa hacia arriba, y con la más delgada hacia abajo. Su base ligeramente redondeada.

Describe su eje una dirección hacia la derecha.

La forma normal del estómago es la que acabo de describir.

Sin embargo, se han encontrado estómagos que presentaban una estrechez en su parte media, haciéndose bilobulados.

Los anatomistas habían querido relegar esos casos a hechos normales: considerar, a semejanza de los animales, como órgano normal (me refiero en los rumiantes).

Creían otros, que la bilobulación sería debido al uso intempestivo del corsé, que casi durante toda la existencia de la mujer comprime su tórax.

Sappey dice: que las fibras circulares del estómago están desarrolladas mayormente en la parte media del estómago y que quedan contraídas con mayor intensidad; sucediéndose lo contrario con las fibras polares, que se distienden: así explica la bilobulación.

En cuanto a la dirección exacta del estómago, los autores aún no están concordes. Sappey cree que el estómago tiene la dirección siguiente: de arriba abajo, de izquierda a derecha y delante atrás.

Tillaux y Testut dicen que: la dirección del estómago se acerca mucho a la vertical; tan es así que

su cardias y píloro se encuentra sobre una línea recta y que es la que pasaría por el eje del cuerpo.

*Dimensiones.* — La ley de adaptación es fatal en nuestras vísceras. Según la naturaleza del alimento, así el estómago ha tenido que acomodar su fuerza y espacio. Las personas que usan alimento exclusivamente vegetal, tienen este órgano, naturalmente, mayor que los personas que se nutren en especial con substancias albuminoideas.

Es claro, sobrepasando ciertas medidas de capacidad fisiológica, entraríamos plenamente en las dimensiones patológicas de estómago.

Una estrechez pilórica, por variadas causas, obliga a que el estómago adquiera mayor dimensión; y una estrechez del cardias, obliga a ése a que reduzca a mínima expresión su capacidad. En el estado normal, el estómago tiene 25 centímetros en el sentido vertical, 12 centímetros en el horizontal, y 8 en el ántero posterior.

El estómago, para quedar fijado, tiene una serie de ligamentos, que lo unen al diafragma: arriba por intermedio del ligamento *gastrofrénico*, a la izquierda otro ligamento; el gastroesplénico, la derecha con el hígado; ligamento gastrohepático. Su extremidad inferior se continúa con el duodeno, y es la porción más libre y movable en la cavidad ab-

dominal. Dos caras tiene el estómago: anterior y posterior. La anterior se relaciona con el diafragma, espacios costodiafragmáticos, costillas, etc., con la cara inferior del hígado, que lo cubre en más o menos extensión, según las dimensiones hepáticas.

Más abajo se halla en relación con la pared anterior del abdómen. Hay un espacio que se llama triángulo de Labbé, formado por: reborde costal izquierdo, borde inferior del hígado, mejor dicho anterior, etc., y estómago abajo. La cara posterior del estómago mira hacia atrás a la retrocavidad de los epiplones y se relaciona con el páncreas, mesocolon transversal y tercera porción duodenal.

*Bordes.* — Los bordes del estómago se denominan: borde derecho o pequeña curvadura, y borde izquierdo o gran curvadura. La gran curvadura da inserción al ligamento gastrocólico, la que aloja a la importante arteria (gastroepiploica a la derecha) (coronaria estomáquica). La pared estomacal está constituida por tres túnicas o capas principales, yendo de afuera adentro, son: 1.º la túnica serosa, 2.º la túnica muscular y 3.º la túnica mucosa.

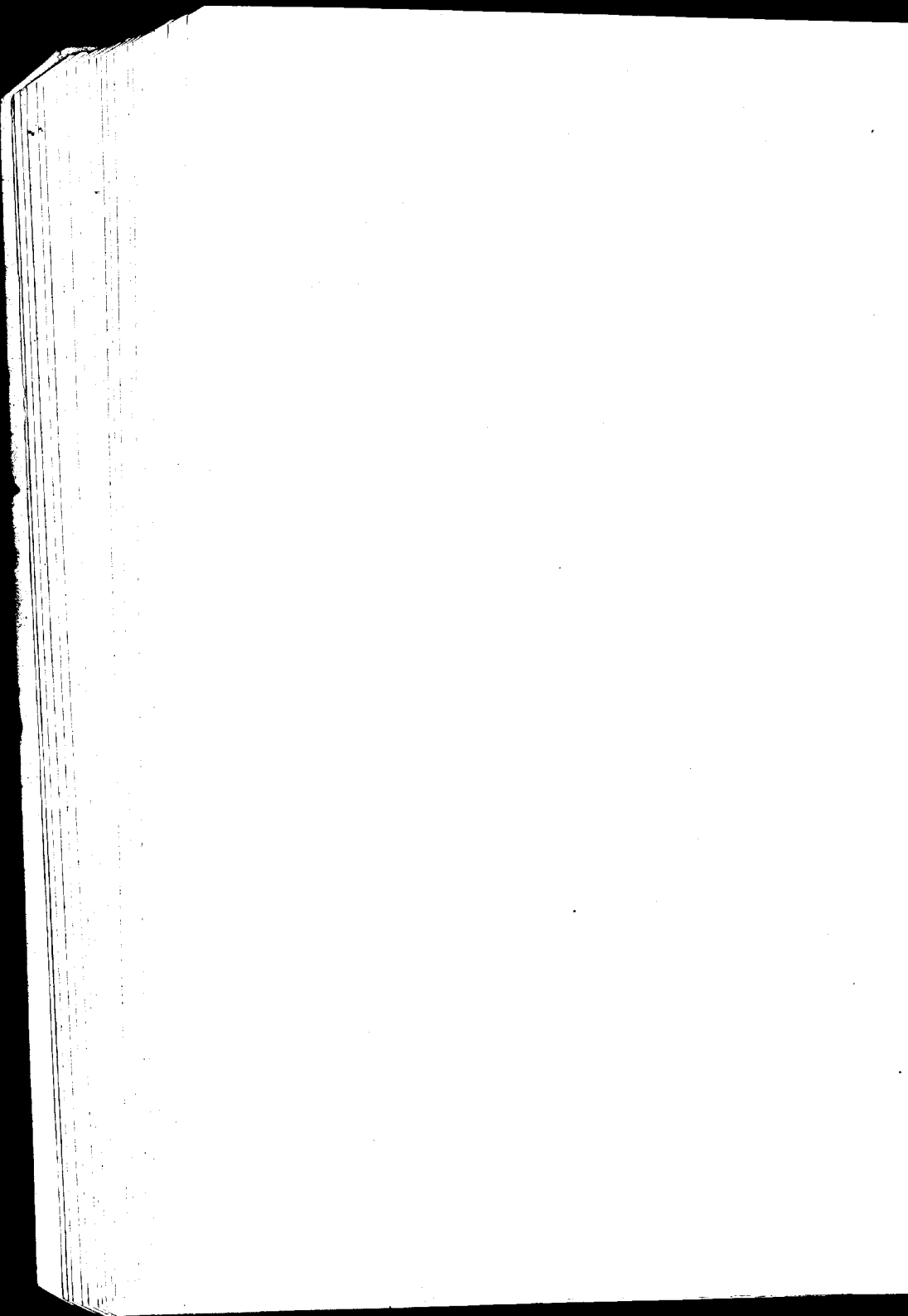
La consistencia de la capa mucosa del estómago es menor que la del esófago, faringe, boca, pero presenta, sin embargo, cierta dureza, susceptible de resblandecerse con rapidez.

Su aspecto, a simple vista, presenta pliegues dirigidos en distintas direcciones; pero la mayor parte — se puede decir — se dirigen en el sentido longitudinal y transversal, que le dan el aspecto de un panal de abejas o areolar.

Estos pliegues se hallan tanto más pronunciados cuanto más contraído está el estómago; pero desaparecen en cuanto se llena su cavidad bajo la influencia del alimento.

Histológicamente, la mucosa se compone, primero de una capa epitelial formada por células cilindrocónicas; segundo, una capa glandular; tercero, un dermis o corion en el cual se desarrollan una gran cantidad de fibras lisas.

Estos pequeños detalles de anatomía y de histología que acabo de establecer creo que me serán indispensables en el curso de la descripción que me propongo hacer.



## Úlcera gástrica

La lesión que me propongo describir había sido designada con diferentes nombres; así: *úlcer*a redonda, *úlcer*a crónica, *úlcer*a perforante. Parece que Cruveilhier ha dado el nombre más exacto a esta enfermedad al llamarla *úlcer*a simple; porque no siempre es redonda, ni perforante; ella es habitualmente crónica, tiene, bastante número de veces, una marcha aguda. La *úlcer*a simple consiste en ulceraciones progresivas, limitadas, únicas o múltiples, generalmente redondas y que tienden, casi siempre, a destruir la pared estomacal en profundidad, comenzando por la mucosa. Puede abrir un vaso como consecuencia de su destrucción. Sin embargo, cura frecuentemente por cicatrización espontánea. Los alemanes la llaman todavía *úlcer*a péptica, juzgando así que es una porción de pared destruida por el jugo gástrico. Pero sabemos que donde el estómago no tiene tanto jugo gástrico, como, por ejemplo, en la primera porción del duodeno, parte

inferior del esófago y sin embargo en todas partes la úlcera simple se presenta con los mismos síntomas, tal vez misma frecuencia y seguramente con los mismos caracteres. A Cruveilhier se debe el honor de haber descrito por primera vez la úlcera simple de estómago allá por el año 1830, y la separado netamente de las úlceras cancerosas. En el año 1838, en la Sociedad Médica de los Hospitales, y en el año 1856, en los Archivos de Medicina, se volvió a tratar de nuevo sobre el asunto de úlcera de estómago, que hasta entonces había permanecido la cuestión en latencia. Cruveilhier insistió demostrando su anatomía patológica; también demostró que es curable y como mejoraba notablemente bajo el régimen lácteo.

Después de Cruveilhier muchos trabajos aparecieron para demostrar la patogenia de esa afección.

Sea como fuera, Cruveilhier era el primero que magistralmente ha descrito la úlcera redonda.

## Etiología

Es más frecuente en la mujer que en el hombre. Muchos autores creen que la herencia no influye sobre la formación de la úlcera, pero recientes trabajos demuestran que en numerosos casos la influencia hereditaria existe y aún se demuestra en muchos casos donde palpablemente se ve (y lo debemos afirmar) que existen familias de ulcerosos de estómago. Más tarde insertaré una minuciosa historia de un enfermo que pude observar en el Hospital de Clínicas. Se cree que en el 15 % de los casos sería una enfermedad de familia, a igual de otras afecciones familiares. ¿Pero, qué causa podría tan misteriosamente influir en la producción de esta enfermedad? Digo, causa hereditaria. ¿Se hereda la úlcera? ¿ó la predisposición? Cierto, la predisposición existe, pero *neuropática*; una inervación de estómago tal que sería forzoso un trastorno del mismo, y a la larga la úlcera. Parece la teoría actualmente más en boga que acabamos de exponer.

Ahora bien; dije que en el neuropata, enfermedad siendo casi hereditaria, era fácil la producción del *ulcus ventriculi*, es indudablemente un sujeto predispuesto; es un terreno apropiado. ¿Y quién dice si algún factor exterior debilita la resistencia del sujeto? Sean de cualquier naturaleza los excesos (de todo género) casi infaliblemente producen la úlcera. Un sujeto que observé en el hospital, tuvo como antecedente que su padre murió de una afección gástrica, y él mismo, también padecía de una enfermedad gástrica, probablemente igual a la de éste. Esto es, en cuanto a herencia se refiere. Agregando, que ha agotado su sistema nervioso, haciéndolo más débil, excitable (porque se dedicaba a la masturbación) y demás desarreglos por alcohol. La edad más apropiada para contraer úlcera, es de 20 a 40 años. No es rara en la menopausa (en favor de la *teoría neuropática*). Sin embargo, se han visto úlceras de recién nacidos, en lactantes, etc.

Parece que la úlcera gástrica tiene también cierta relación con el suelo y costumbres, género de vida de los hereditarios (1). Nada exacto sabemos al respecto, pero puede muy bien ser el régimen de vida, la influencia de la alimentación y la profesión, tengan mucho que influir en esa enfermedad. Alimentos muy calientes, averiados, etc., pueden pre-

---

(1) Dicen los autores que los españoles tienen esa predisposición.

parar el terreno apto para cultivar la úlcera; no puede haber la menor duda.

Lebert hace una estadística, y encuentra uno por 200 soldados atacados de úlcera. Dije que ésta es más bien propia de la edad adulta, madura y quizás del anciano. Se cree que aumenta la progresión hasta los 70 años. Es indudable que un hombre joven, atacado de esta enfermedad, puede curar mucho más rápidamente, mientras entre 40 a 60 años la úlcera es grave.

El hombre tiene 10 veces más frecuentemente que la mujer úlcera de *duodeno*, pero la mujer dos veces más frecuentemente en el *estómago*.

La clorosis se puede invocar como causa al lado de las infecciones y afecciones nerviosas (*histeria*).

Hay bastante estrecha relación entre tuberculosis y úlcera, pero realmente aquí es difícil dilucidar el punto. Será ésta que se ha desarrollado sobre tuberculosis de estómago, o una euberculosis se ha ingertado sobre la úlcera. Todas las causas de gastritis merecen ser mencionadas: alcohol, alimentos irritantes, polvos absorbidos en ciertas profesiones, metal, cuerpos extraños y, como ya dije, alimentos calientes. En fin, todo lo que irrita.

#### *Relación entre úlcera gástrica y enfermedades del sistema nervioso*

Dijimos que la úlcera se desarrolla fácilmente en histéricos (7 sobre 18 casos), porque los sujetos

padecen de *neurosis* que produce trastornos digestivos, principalmente sobre el estómago, infringiendo una debilidad orgánica tal, que su jugo gástrico es capaz de actuar a manera de ácido que digiere cualquier substancia albuminoidea.

Del mismo modo podría actuar otra enfermedad, por ejemplo: la parálisis general progresiva.

¿Quiere esto decir que la neuropatía desempeña quizás el principal rol en la etiología del *ulcus*?

Debemos, por lo tanto, reconocer como cierto lo que en 1880 sostuvo Talma e Izeren, que la úlcera pilórica provendría por calambre del píloro de índole neurótico. En lugar, Errold, dice que el jugo gástrico es el que produce el espasmo. Otros han demostrado que las lesiones esplánicas del estómago determinan un desconcierto circulatorio en la mucosa gástrica con necrosis y hemorragias por erosiones, que sin ser de espasmo pueden determinar lesiones gástricas.

Con esta última teoría se quiere explicar por qué se produce úlcera en la cara anterior del estómago, que sin embargo es tan rara.

#### ÚLCERA GÁSTRICA Y ANEMIA

La anemia y la clorosis predisponen a la úlcera como causas que debilitan las paredes del estómago; lentitud de reparación por mala nutrición.

La clorosis, con mayor razón, puede producirla porque de un lado disminuye la alcalinidad de la sangre y del otro aumenta la acidez del jugo gástrico.

#### ÚLCERA GÁSTRICA TRAUMÁTICA

Quizás por una casualidad se ha creído incluir entre las etiologías de úlcera el traumatismo, contusión, herida, golpe o caída sobre el vientre.

Es evidente que en muchos casos los sujetos tienen hematemesis, dolores, náuseas, vómitos, etc., hemorragias intensas. Se ha creído que un bacterio produce la úlcera gástrica, y así se sostuvo la teoría microbiana, y hace poco se pensaba que un hongo patógeno fuera productor de la misma enfermedad. Esto fué observado por un autor que tuvo en tratamiento a un náufrago con síntomas de úlcus; ése declaró haberse tenido que alimentar durante 14 días con pan viejo (lleno de moho, etc.)

Indudablemente, por acción *embólica* habría actuado el hongo: embolia que trae *necrosis*, etc.



## Anatomía patológica

La forma de la úlcera se redondeada u ovalar. Dicen la mayoría de los autores que cerca del píloro o del cardias su forma es ovalar (redondeada en cualquier punto restante del estómago). No nos ponemos a describir ulceraciones de estómago, las que menciona Dieulafoy, sino nos ocupamos de úlcera simple redonda de estómago, y, por consiguiente, solitaria en el 87 % de los casos.

Sin embargo, puede haber úlceras satélites que bordean a la principal. Debo agregar, que tratándose de formas puede ser desde triangular y festoneada, hasta la más caprichosa figura geométrica.

Sus dimensiones no se discuten, pues son variables; tan es así que cualquier tamaño, por disparatado que fuera, se debería admitir; desde el de un grano de mijo hasta el de la palma de la mano. Su aspecto es de los más característicos, sus bordes bien cortados a pico, y se distingue fácilmente sobre la superficie del estómago; mucosa

generalmente tallada como a sacabocados. Debo hacer presente que la úlcera anular, la que rodea casi todo el píloro y que en la parte media del estómago, donde se le llama úlcera en herradura de caballo, es también una variedad no muy rara.

La parte de estómago destruida por la úlcera no conserva las dimensiones de la substancia o pared destruida, sino que es menor por efecto de la retracción. Más tarde lo veremos. Por lo pronto dejemos constancia que la mucosa y musculosa queda cortada a pico, diré que desde la mucosa hasta el peritoneo o serosa del estómago, la úlcera va tomando dimensiones menores, y así su fondo, muchas veces, es perfectamente comparable a un embudo. Pero no dejan de existir variedades y excepciones en esa manera de presentarse la úlcera.

Referente al eje de la úlcera, esto es variable: perpendicular generalmente; pero no faltan otras en que su eje es oblicuo a la superficie interior del estómago, y oblicuo también a los vasos del mismo, y a hasta paralelo a ellos. Los partidarios de la teoría vascular (de la úlcera) aprovechan con gran entusiasmo esta disposición, y acusan así al sistema vascular: originario de esa afección que llamamos *ulcus rotundus*, con los antiguos.

Hemos descrito las paredes de lo que llamamos generalmente úlcera infundibuliforme, y diremos que su fondo, salvo raras excepciones, es liso, neto,

límpido, sin rugosidades; se encuentra, en muchas circunstancias, representado por las tunicas musculares, una o varias, y hasta por la serosa solamente. No obstante, es frecuente sorprender alguna arteriola o vena surcar el fondo, que si no se ha abierto en la luz del estómago no dejará, en un acceso dado, y aún lentamente, abrirse en la luz del estómago y producir esas formidables hematemesis, tan temidas por el enfermo como difíciles de cohibir para el médico. Ese margen de la úlcera es, en la mayoría de los casos, de una coloración grisácea y que no presenta ningún carácter inflamatorio a simple vista. Pero no siempre sucede esto, y no son raros los casos en donde vemos úlceras cuyos bordes, habitualmente lisos y casi sin infiltración, presentan elevación de un borde o labio: duro, infiltrado, calloso y de coloración rojo vinoso. No ponemos en duda que el estado natural de la úlcera cambia en la necropsia — estado cadavérico del sujeto, que no tarda en sufrir la influencia de los jugos de la descomposición y aparece así una pequeña dificultad en la apreciación anátomo-patológica. Así se observarán en la necropsia alrededor de la úlcera algunas infiltraciones hemorrágicas y edematosas, signo de gastritis, etc.

Hay casos donde la superficie interna del estómago, en vez de una úlcera que se hubiera buscado, no hay más que exulceración. La capa superficial de

la mucosa ha sufrido necrosis en alguna de sus regiones: variables en número y tamaño.

*Dimensiones.* — Son, como ya hemos dicho, desde menos de un centímetro hasta más de seis, etc. de diámetro. En el caso de Cruveilhier, éste encontró una úlcera de quince centímetros de longitud. ¿Esa úlcera grande no sería la confluenta de varias? Sí. Dije también, y lo repito, que en las proximidades del píloro (*las úlceras pilóricas*) son anulares en herradura de caballo.

*Asiento de la úlcera.* — En el 90 % de los casos, tiene por asiento la región pilórica o yuxta-pilórica; le sigue en frecuencia la pequeña curvadura y la cara posterior del estómago.

¿Y por qué esa frecuencia?

Los fisiopatologistas quieren comparar la pequeña curvadura algo así como el hilio del pulmón, y que los vasos terminan en esas regiones donde tan frecuentemente se instala la úlcera.

Sin embargo, se la ha encontrado también en la gran curvadura, cara anterior y con bastante frecuencia en el cardias. Y me acuerdo de paso que las extremidades que comunican al estómago tienen también úlcera redonda (de esófago y de duodeno).

Donde queda la teoría alemana, que llaman úlcera péptica a la redonda? Si no hay contacto de esa región con jugo estomacal!

Es rara pero su existencia está demostrada. Se encuentra a veces cinco o seis centímetros del cardias.

Su presencia, aunque menos frecuente que la duodenal, existe, y de ello no cabe la menor duda.

El duodeno lleva también su úlcera, a igual que las demás porciones que acabo de bosquejar. Está en su pleno derecho. Es quizás el segundo estómago que no es más que, anatómicamente, su sucesor.

La primera porción sufre el contragolpe de la enfermedad y sólo su cara anterior yuxtapilórica es la que menos resiste al ataque de la misma. Es más rara en la segunda porción y diremos del todo excepcional en la tercera. Aquí ganan un poco de terreno los que sostienen el origen clorhidropéptico de la úlcera. Es cierto que por debajo de la desembocadura del canal de Wirsung y biliar no se encuentran úlceras.

En fin la úlcera duodenal es 10 veces menos frecuente que la gástrica. ¿Pero como nos explicamos en un mismo sujeto úlceras de esófago, estómago y duodeno? ¿Será una la causa? Veremos. Adherencias peritoneales.

En la mayoría de los casos, el peritoneo se adhiere al estómago en su lugar ulcerado; aunque la profundidad de ésta, no llegue hasta la serosa. El peritoneo se defiende tanto más, cuanto lo encontremos más cerca de la pequeña curvatura, cardias

o píloro, cara posterior; y todos los órganos se encuentran así adheridos al estómago: epiploon cápsula suprarrenal, hígado, colon, mesenterio y órganos pelvianos y que puede comunicar con cualquiera de dichos órganos con verdaderos perforaciones en dichos órganos. Pueden adherirse alrededor del estómago, y constituye entonces una modalidad anatomopatológica: Sífnisis gástrica. La situación de la úlcera es importante desde el triple punto de vista: 1.º La hemorragia, 2.º la perforación y 3.º la cicatrización.

La perforación es desgraciadamente frecuente. Los autores la aprecian en 13 % a 20 % de úlcera gástrica. Es más frecuente una perforación por esta enfermedad que por neoplasma. Pero hay autores que discuten: que una gran parte de ellas cicatrizan y no llegan a perforar el estómago.

Sea que el porcentaje establecido es cierto; esto responde a que en la pared anterior no hay casi defensa peritoneal y la perforación es frecuente.

Cuando existe una perforación, esta se hace generalmente en el fondo de la úlcera, por una o varias aberturas. Si no hay adherencias peritoneales, se abre el estómago en la gran cavidad abdominal. Las consecuencias son: peritonitis aguda o puede sucumbir solamente por Shock traumático. Habiendo adherencias entre estómago y órganos vecinos la marcha es distinta puede hacerse un saco

de pus debajo del diafragma y formarse un absceso subfrénico o por encima de cara superior de hígado: Es el pnoneumotorax de los autores alemanes. Otra eventualidad puede ocurrir: el jugó gástrico sigue atacando al saco pioide, lo digiere, y el peli-gro es mayor: porque puede abrirse ya en el peritoneo, pleura pericardio. Se ha visto al pericardio y aún al corazón, sufrir las consecuencias inmediatas de destrucción. Pueden hacerse comunicaciones entre el estómago y ansas intestinales. El hígado y páncreas tienen resistencia mayor y así impiden que comunique el estómago con la gran cavidad abdominal. Son raros los casos donde se produce un absceso del hígado por metastasis y que ataque el corazón directamente produciéndole una hematemesis fulminante.

*Hemorragias o hematemesis.* — Este es un síntoma que no siempre es constante: tan presto se le puede encontrar en úlceras pequeñas que producen hematemesis mortales, como no encontrarle en las enormes. Depende naturalmente del vaso careado. Las úlceras agudas pueden dar sangre por pequeño que el vaso fuera, — aunque no se halla establecida en toda su forma. Mientras en un terreno ulceroso crónico, la cuestión es más seria, y diré por qué: Las trombosis y flebitis que obstruyen los vasos para enmascarar más al síntoma.

Pero se trata de vasos importantes careados por un proceso viejo de excavación, y en un momento dado: hematemesis fulminante. Si ataca la arteria esplénica, no es raro encontrar un absceso esplénico, puede ulcerarse la hepática y gastro-epiploica etc. Algunos autores han notado aneurismas de las arterias, igualmente otras varicosidades venosas en el estómago. Se habla de hemorragias por ulceraciones de aorta, vena cava, vena porta etc. La rapidez con que evoluciona una úlcera sin que se forme trombosis, será igualmente la causa capital de hemorragia. Tampoco debemos de dejar en el olvido que el lugar de aquélla y calibre del vaso son factores de importancias indiscutible. A pesar que hemos dicho que esas lesiones puntiformes de vasos, daban con mayor frecuencia sangre, que los vasos grandes, naturalmente en función con la agudeza, o evolución del proceso.

Si examináramos una arteria productora de hemorragia, nos encontraríamos con que: 1.º Pared penetrada, infiltrada por elemento embrionario redondo entre sus tunicas, 2.º las fibras elásticas y musculares, como disociadas por los mismos elementos, y 3.º en el extremo de la arteria toda traza de vida y organizarían ha desaparecido y la arteria en sí está representada por un cilindro de elementos embrionarios; que inducen a adivinar que ahí hubo un vaso sanguíneo. Es entendido que esos elemen-

tos (rendondos) ponen un pequeño obstáculo a la hemorragia, sin resistir mayormente la presión sanguínea. Resumiendo: los factores importantes son: 1.º Situación de la úlcera. 2.º Rapidez de evolución ulceroosa.

*Cicatrización.*—Es bastante frecuente que una úlcera de estómago se cure espontáneamente: uniendo los bordes que formaban la misma; se forma una cicatriz linear o estrellada más o menos extensa, tanto admirablemente descripto por Cruveilhier. Algunas veces la cicatriz se convierte en un callo redondo como disco, incluyéndose en el espesor de la pared estomacal. Ahora se presenta una nueva cuestión. Si bien que la cicatriz cura a la úlcera y hay por decir así una reparación anatómica, pero su situación, es importante: no es de igual gravedad la úlcera de pared posterior, que la yuxtapiórica. La cicatriz retrae el píloro y las consecuencias estudiaremos (estrechez, obstrucción, etc.)

Las grandes úlceras que traen grandes también cicatrices, imprimen una deformación al estómago.

Una úlcera que se extiende por la pequeña curvatura, disminuye la distancia entre cardias y píloro y así el estómago se convierte en un globo o saco.

Otra eventualidad: una cicatriz de la parte media del órgano, produce un estómago bilobulado;

la forma de un reloj de arena. Repito: úlcera de cardios o píloro trae cicatriz y retracción de las mismas: las consecuencias son graves. El estómago, o el esófago cuando tienen la cicatriz en la salida de su cavidad; se dilatan. Se menciona un caso de cicatriz pilórica que abarcó en su callo el esfínter de Oddi. La gravedad sin embargo está en la naturaleza del órgano. Cicatriz cardíaca, se puede más o menos dilatar con bujías y demás, y dar pasaje al alimento: no así con la pilórica que ante todo trae dilatación de estómago; pero quirúrgicamente sí. Sobre la antigua cicatriz pueden formarse cicatrices de úlceras nuevas, o ingertarse un cáncer. La úlcera parece que se instala en el punto más castigado por la inflamación. Parece formarse por eliminación de los elementos redondos que ya hemos mencionado y por disociación fibrilar que haya ocasionado. Siempre encontramos *gastritis* debajo de la úlcera.

## Patogenia

Difícil saber la patogenia de la úlcera. Las mil teorías demuestran que no es fácil explicar cual es la causa de esta enfermedad.

Es probable que múltiples factores convergen para formar la úlcera y que tienen tendencia abrirla en el peritoneo.

¿Pero las numerosas formas que tiene será debido a un factor solamente o a múltiples?

El jugo gástrico digiere su misma pared en la porción donde no tiene defensa natural. Pertenece la úlcera al territorio bañado por jugo gástrico. En el intestino no hay úlcera redonda del tipo estomacal. Puede haber proceso crónico que ulcera, pero no perfora la pared.

¿Parece cierto que la úlcera es de origen clorhidropéptico?

Vamos a revisar las teorías que existen al respecto:

1.° Teoría que se basa en el desequilibrio en-

tre la alcalinidad de la sangre y acidez del jugo gástrico.

2.° Teoría que se basa en los desórdenes de la circulación local de la pared de estómago.

3.° Teoría de la gastritis.

4.° Teoría microbiana.

*Teoría que se basa en los trastornos de la circulación en la pared del estómago.*—Se basa en que momentáneamente se produciría una anemia parcial de la pared o una pequeña embolia y así el ácido gástrico podría actuar sobre el *locus minoris resistance*.

Los agentes son: a) Embolia, b) Trombosis, c) Extasis venosas y hemorragia intestinal, d) Anemia espasmódica, e) Traumatismos locales internos o externos.

Virchow es partidario de la teoría de la embolia; se basa sobre hechos clínicos y de laboratorio; porque es frecuente ver úlcera gástrica en los *valvulares o ateromatosos*.

Experimentalmente se inyecta cuerpos extraños, sales de plomo, tabaco por vía endovenosa; y en la coronaria del estómago se producen embolias. Conheim demuestra que no es lo mismo en vida del sujeto (normal) porque no sucede siempre lo que quiere Virchow.

Con la trombosis sucede lo mismo: sin embar-

go, una atromatosis puede obliterar un vaso y producirse sus consecuencias: *necrobiosis*.

*Extasis venosos y hemorragia intersticial*: Se ha atribuido a la lentitud circulatoria, una extravasación sanguínea: la necrosis provendría, porque el jugo gástrico ataca a una pared sin vida normal como en asistólicos y cirróticos, pero son múltiples las razones.

*Anemia espasmódica*: Con eso queremos explicar tal vez por constricción espasmódica de pared estomacal — hubiera compresión de vasos y anemia — equimesis extravasación y en consecuencia *necrobiosis*; — difícil creer en esa eventualidad!

*Traumatismos locales*: Es cierto que los traumatismos pueden producir en el estómago lesiones con destrucción de substancia gástrica, embolias trombosis etc. y así los autores han encontrado úlcera redonda después de traumatismo sobre la región epigástrica. A pesar de eso, los cirujanos dicen, que las heridas de estómago, curan con entera facilidad: hecha deducción de las intervenciones.

*Teoría basada en desequilibrio entre alcalinidad sanguínea y acidez de jugo gástrico*. — Cree Pavy que normalmente el jugo gástrico no ataca al estómago porque la sangre suficientemente alcalina que circula en su paredes neutraliza su acidez, y que la

constante renovación de alcalinidad desempeña el principal rol. Cuando un traumatismo llega al estómago, destruye su pared, y entonces el jugo gástrico interviene (y destruye) formándose la úlcera. Hay desequilibrio por 1.º Alcalinidad menor. 2.º Circulación más lenta. 3.º Acidez aumentada; y gastritis concomitante. Cierto es que en este caso influye la circulación y le siguen los consecuentes: Trombosis, embolia, y gastritis. Sin embargo, no queda más que tener en cuenta la gastritis; ya que los demás factores han sido más o menos despreciados. La exageración de la acidez es bastante frecuente en enfermos que tienen úlcera gástrica. Sin embargo, hay úlceras con hipoclorhidrio. Tan es así que últimamente no se da más importancia al análisis del jugo gástrico ya que no puede darnos mayores enseñanzas para úlcera.

*Teoría de la gastritis.* — Coexiste a menudo la úlcera con gastritis. Cruveilhier dice que de gastritis es consecuencia la úlcera. Esto parece cierto. Se ha encontrado casi siempre placas que infiltran la pared del estómago; y esto es seguramente un excelente terreno para el ingerto de úlcera.

De paso estamos dando con la patogenia. Gastritis por una parte y acidez exagerada por la otra: consecuencia la joven ulcerita, se hace una úlcera.

Sin embargo, tal vez no hemos encontrado mejor teoría que la última.

*Tecria microbiana*. — Los autores se han esforzado buscando gérmenes en el estómago y demostrar una nueva patogenia. Se vió que después de una fiebre tifoidea o durante la enfermedad, los sujetos tenían úlcera de estómago; lo mismo sucedía con la viruela y disentería, infección puerperal, linfangitis del miembro inferior, sífilis.

Parece que la septicemia puerperal merece unas líneas.

Con gérmenes disentéricos se pudo experimentalmente previa trombosis infecciosas, producir úlcera redonda.

Podrían los gérmenes llegar al estómago por vía circulatoria o más directa. No se comprende bien, como por la sola auto-digestión puede formarse úlcera.

Pero pared enferma, con sus gastritis, que la porción enferma se defiende mal, contra lo que venga a invadir, el jugo gástrico la podría fácilmente atacar y producir la lesión habitual.

Se invocan también los disturbios neurotróficos.

Las lesiones nerviosas pueden acarrear graves trastornos circulatorios: extasis, embolias, hemorragias. Invoquemos aunque exagerando: mal perforante plantar (que en el estómago sería la úlcera).

La neuropatía y la hiperclorhidria, se encuentran tan íntimamente unidas; ambas causas de nuestra enfermedad gástrica.

Resumiendo; los elementos patógenos que hemos invocado son: gastritis difusa a repetición que pueden ser de origen microbiano y de origen hiperclorhídrico a la vez. Esos factores serían a nuestra manera de ver los causantes de la úlcera. No obstante las demás teoría tienen algo de verdad: embolia, trombosis, traumatismo, equimosis, estados caquécticos, son todos factores que intervienen en la generación de la misma.

## Síntomas

*Úlcera simple de estómago.*—El síndrome clásico completo de la úlcera gástrica se compone de cinco elementos primordiales: a) dispepsia, b) dolores, c) vómitos, d) hiperacidez, e) gastrorragia. Veremos cual es la frecuencia, la manera como se agrupan y la importancia diagnóstica de todos estos síntomas que acabo de mencionar; detallo los caracteres:

**DISPEPSIA.** — Esta no afecta de idéntica manera a todos los enfermos; cuando más hay algunos que acusan una sensación de peso al estómago, náuseas, pirosis y eructos ácidos; el apetito puede ser normal, ya exagerado, ya disminuido. Aunque ciertos ataques de hambre han sido concebido por algunos autores, como signo de enfermedad gástrica. La lengua, rosada húmeda pulida. Este estado de lengua, en sujetos con violenta gastralgia, debe hacer pensar en úlcera. Tanto más, cuanto, los tras-

tornos dispépticos, recuerdan catarro gástrico con anorexia, boca amarga, eructo de fétido olor y lengua pastosa.

**DOLOR.** — Este tiene carácter de acceso, y agudeza, propia de la gastralgia; empieza y cesa lo más rápidamente y mientras dura, suele mantenerse en una extensión de una moneda de veinte centavos; casi siempre en el epigastrio por debajo del apéndice xifoideas en la línea mediana o poco a la derecha o también a la izquierda; correspondiendo al plexo *celíaco*. Constátase un hecho notable: que el dolor no corresponde al lugar preciso de la úlcera. En el histerismo es frecuente encontrar una zona hiperestesiada; pero solo la piel presenta este síntoma. En todos los enfermos de órganos internos, pueden haber dolores que no se relacionan con lesión intensa. No es la lesión que nos indica el lugar afectado; es el plexo que grita en un punto casi constante. El dolor es fijo, terebrante, lancinante, atraviesa, del epigastrio al dorso.

Aparece el enfermo con cara pálida, con enfriamiento de extremidades, mostrando que sufre pero mucho!

A diferencia de los dolores cíclicos (hepáticos) la compresión aumenta el dolor. Los hombres, están obligados, a desprenderse la ropa, y las mujeres a quitarse el corsé, en el momento del ataque.

Las bebidas, demasiado frías o demasiado calientes, exasperan el dolor; lo mismo se debe decir cuando el enfermo ingiere carne, remedios, vino etc.; mientras la leche y el bicarbonato de soda atenuan el dolor o lo suprimen momentaneamente.

Hay enfermos que dicen estando acostados sobre tal o cual lado sienten exacerbarse sus dolores; que es preferentemente del lado donde asienta la úlcera. Generalmente del lado derecho.

El dolor surge inmediatamente o instantes después de ingerir el alimento, y dura una a tres horas y se alivia el enfermo cuando el estómago se vacía ya por su vía normal: pilórica, retrocediendo por el vómito. Dicen algunos autores que la gastralgia precoz es debido a la úlcera del cardias; lo cual es bastante raro encontrarla en esta región. Otros autores dicen que los dolores tardíos son debido a que el quimo ácido debe atravesar un píloro ulcerado generalmente a las tres horas y de ahí los dolores tardíos. Coincide con el pasaje del quimo. El estado neurótico del enfermo, y el trastorno general de su sistema nervioso, trae como consecuencia en los pacientes de úlcera gástrica, un trastorno de la sensibilidad; ya hay hipoestesia ya hiperestesia cutánea. Los puntos dolorosos sobre todo de la última dorsal y de la primera lumbar son notables. Hay a veces irradiaciones por los contornos torácicos, por los nervios intercostales; dolores que se

propagan al plexobraquial, a la extremidad superior, simulando a veces angina de pecho. Puede irradiarse hacia la extremidad inferior. Estos hechos no tienen ningún significado diagnóstico particular.

VÓMITO. — Es frecuente que un sujeto con úlcera gástrica tenga vómitos, pero precozmente; me refiero una hora o dos después de ingerir los alimentos. Este hecho patológico se interpreta, como el alimento irritando la úlcera, excita el estómago, mientras simultáneamente debemos admitir, que el ácido clorhídrico, hiperácido, irrita la misma superficie y mayormente la región pilórica, y esa irritación excesiva, acarrea el vómito.

La hiperacidez aparece súbitamente al ingerir el alimento.

*Caracteres del vómito:* El líquido vomitado se recoge en una vasija; se divide en dos capas:

1.º La parte superior, líquida, límpida, y no espumosa.

2.º La inferior, constituída por un líquido que tiene en suspensión una substancia granulosa amilácea, elementos vegetales, y faltan casi siempre fibras musculares; producto de disgregación de alimentos cárneos y son escasísimos los gérmenes que producen su descomposición: las sarcinas.

Si buscamos con el rojo congo, la reacción áci-

da y nos encontramos con que hay ácido clorhídrico libre, no es raro encontrar destellos de sangre en el producto del vómito, que ya se ve a simple vista o con la reacción de Weber. También podemos buscar en las materias fecales, que en la gran mayoría de los casos, se encuentra reacción positiva.

*Quimismo gástrico.* — Aparte del examen suministrado por el jugo gástrico, la substancia expulsada con el vómito, se debe buscar el quimismo gástrico provocado. Buscar con la sonda en el estómago. Sin embargo, no todos los clínicos se atreven a introducir una sonda en un estómago, sospechoso de úlcera, por las graves consecuencias que puede acarrear: la perforación.

Más de una vez intentamos realizar esa pequeña operación y nos tenemos que declarar inoportunos ante una hemorragia, por mínimo que sea y suspendemos nuestro sondaje. Sin embargo, Herrold declara haber practicado miles de veces esa operación en sujetos con úlcera de estómago, y nunca tuvo un solo caso funesto. Sobre todo lavando el estómago con agua helada, y aún durante la hemorragia para detenerla. Pero nuestras conclusiones si se debe o no sondar el estómago, digo, que el examen del quimismo gástrico, no es tan necesario para diagnosticar o no úlcera gástrica y sobre todo que no está exenta de peligros esa operación. Cuidado con las perforaciones por la introducción de

la sonda. Tanto más cuanto se le infla de aire para determinar su tamaño y demás.

**HIPERACIDEZ.** — Es sabido por todo el mundo, que a la úlcera acompaña la hiperacidez, y con o sin hipersecreción; acidez producida por el ácido clorhídrico libre. El 80 % de la acidez total o sea el 3 - 4 o/oo del HCl.

Hay hiperacidez, que entusiastas clínicos le imputaban la producción de la úlcera (tengan quizás muchísima razón), pero desde ya es imposible saber qué, aparece antes; la hiperacidez o la hipersecreción. Pero dejemos constancia de un hallazgo de examen de jugo gástrico: que la hiperacidez no siempre es real como se acostumbra decir en la úlcera. Más de la mitad de úlceras, no producen hiperacidez, sino HCl normal, y muchísimas veces hasta disminuida su cantidad. Los autores lo quieren interpretar, quien más ingenioso. Dicen unos que la hiperacidez existiría en los casos en que existe, úlcera netamente, sin elementos, patológicos en el estómago concomitantemente: gastritis y creen que aparece la hiperacidez cuando el sujeto se agrava. Algo así como si una neoplasia se ingertara sobre el proceso ya primitivo (y como en muchos sujetos). Pero la dieta láctea a que están sometidos esos sujetos, hace que la acidez sea disminuida en su talla y por consiguiente, dependería el examen del

jugo gástrico del factor: régimen o dieta. Sin embargo, no se puede suponer como factor constantemente encontrado en la úlcera y dejarlo de tomar como delator de la misma. Hay que tener en cuenta que no todos los sujetos están en las mismas condiciones de salud general. En un sujeto anémico no se debe esperar, hiperacidez cuando tal cosa es paradójica; lo mismo, si está concomitantemente afectado de tuberculosis o cualquier otra enfermedad debilitante o caquetizante. Otro error que se haya tomado ulceraciones gástricas, en las cuales más o menos el HCl no está modificado en cantidad y cualidad por *ulcus rotundum* y así constatar que no existe hiperacidez en la úlcera.

No siempre se ha podido demostrar que tal sujeto que con hipoclorhidria murió, no haya tenido un cáncer en brote y que le hubiera producido hipoclorhidria. Puede estar cualquier órgano distinto del estómago afectado de cáncer y dar hipoclorhidria.

GASTROREAGIA. — En un niño generalmente, si tuviera una hematemesis, se pudiese tal vez, sospechar úlcera de estómago, me refiero al lactante; de otro modo, la úlcera, en éste es un hallazgo de autopsia y nadie se animaría diagnosticarla en vida (1).

---

(1) Lecciones del profesor Navarro.

La hemorragia gástrica no siempre es fácil encontrar.

No se necesita esperar la gran hematemesis, para confirmar úlcera, pues sus equivalentes, son las pequeñas estriás de sangre que se encuentra en las materias vomitadas o bajo forma de melena en las materias fecales, pero éstas bastan para producir un estado de anemia profunda, con palidez etc. vértigos y tendencia al síncope. Debe llamarnos grandemente la atención un estado así de salud. ¡Buscar las hemorragias ocultas! Semanas después de producirse (la hemorragia oculta) pueden todavía despistarse vestigios de sangre o melena en las deposiciones.

Las hemorragias ocultas por úlcera, deprimen al enfermo más que el cáncer: es un carácter diferencial.

En las hemorragias graves, con rotura de las arterias gastro-epiploica, coronaria estamáquica o esplénica, la muerte puede producirse por el mismo colapso, aunque, eso nos dé hematemesis escasas.

Puede la hematemesis detenerse por sí misma, o por medicación apropiada como hielo, inmovilidad, etc. La hemorragia puede ser única, o repetida durante la carrera de la úlcera. La crisis sanguínea y su alteración, depende siempre del número de hemorragias, y deja al individuo en un estado anémico.

¿Qué valor diagnóstico tiene la hematemesis?

Esta, es indudablemente uno de los signos más valederos en el diagnóstico de úlcera redonda; pero no es exclusivo, específico de esta enfermedad gástrica.

Hay muchos procesos patológicos que dan sangre y sin embargo, no son úlcera. Un aneurisma aórtico, que haya ulcerado el esófago o estómago da sangre: Cáncer, varicosidades esofágicas en los cirróticos.

Agreguemos, a los síntomas anteriormente descritos, una tumefacción percibida al tacto en la región epigástrica.

Es un proceso inflamatorio, que tiene por objeto adherir la región atacada (de úlcera) a las partes vecinas. Un síndrome clínico que comprende los elementos que acabamos de describir como signos de diagnóstico (hematemesis, dispepsia, dolor etc.), son demasiado para diagnosticar úlcera gástrica. Aquí como en todas las enfermedades, los síntomas no siempre se presentan uidos y sonantes. ¡Cuántas veces se encuentran un cuadro clínico incompleto! y sin embargo se trata de una verdadera úlcera gástrica. Esos dolores gástricos constituyen casi un síntoma irrefutable: siempre existe el grito de la úlcera. La dispepsia, muchas veces inconstante, no tiene nada de característico. La hiperacidez es un síntoma en favor, pero inconstante; el vómito

falta en ocasiones en ciertos períodos de la enfermedad, aunque en otros casos existe siempre; la hematemesis es frecuente en el 80 % de los mismos.

Las principales eventualidades están representadas en los siguientes cuadros clínicos:

a) Casos latentes en que faltan los dolores y algunos otros síntomas, y la enfermedad sin embargo se revela por sus complicaciones de peritonitis, perforación o hematemesis más o menos grave, y apenas cicatriza la úlcera aparecen los síntomas de estenosis, pilórica.

b) Casos con el único síntoma dolor.

c) Casos con dolor y gastrorragia.

d) Casos con dolor y perforación.

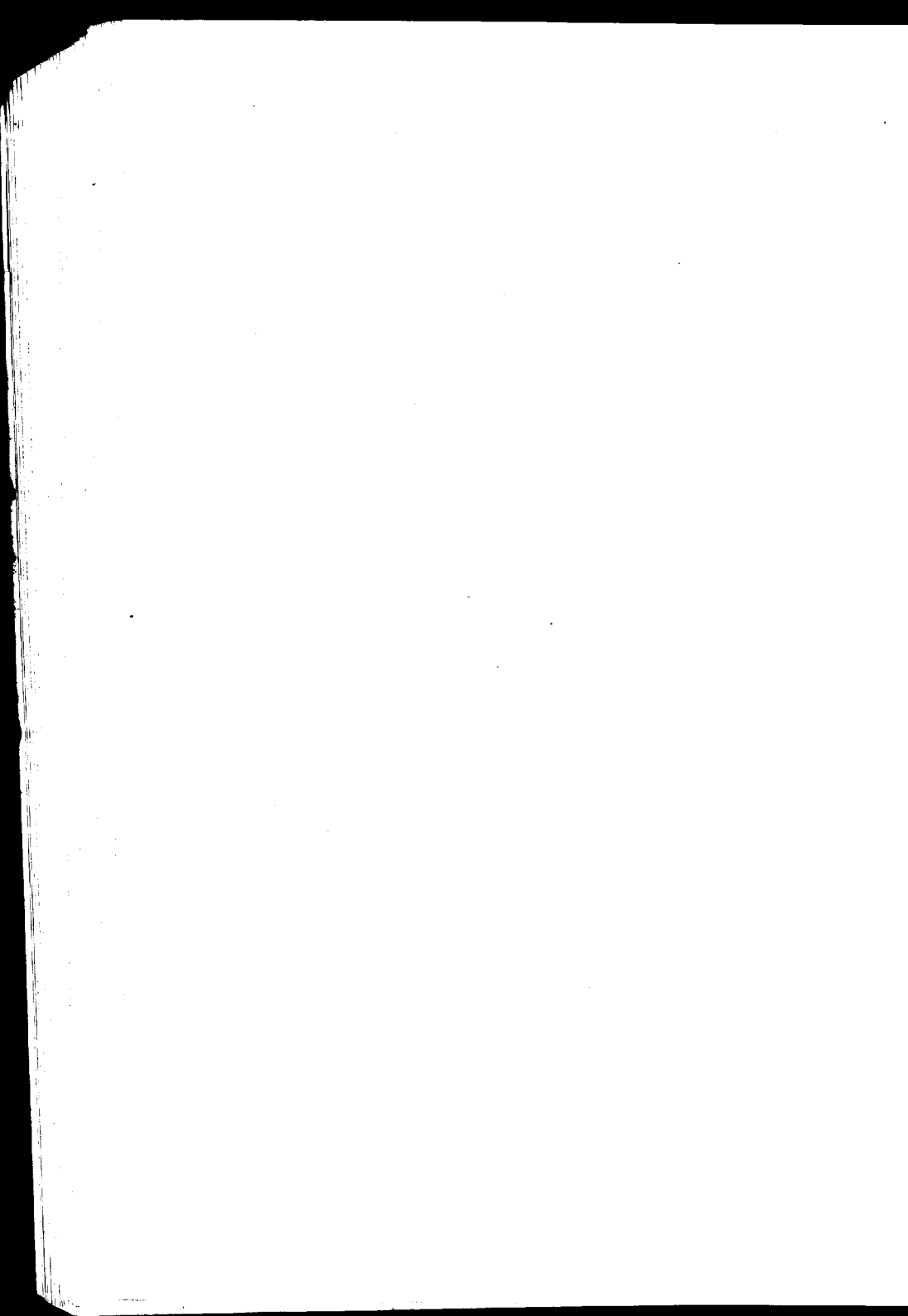
*Hay casos latentes.* — La latencia es fácilmente concebible: sujetos que durante toda su vida no se quejaban de síntomas ulcerosos y sin embargo la autopsia da como resultado la presencia de úlcera antigua.

En sujetos con lesión apendicular antigua se ha observado úlcera. Es posible que las toxinas, como lo explica Dieulafoy, que producen nefritis apendiculares y abscesos hepáticos apendiculares, deben horadar úlceras apendiculares.

*Síndrome puramente doloroso.* — De gran interés práctico es saber que hay úlceras cuyo síntoma capital es dolor. Tanto más fácil será diagnosti-

carla cuanto más se parezcan los dolores a los de úlcera. Siempre que tengamos un caso con dolores paroxísticos al epigastrio, débese tener en cuenta la úlcera para el diagnóstico diferencial. En este caso la cura es clásica ya (reposo, abstinencia de alimentos, dieta láctea, enemas alimenticios, alcalinos a alta dosis, subnitrate de bismuto) tiene un verdadero significado diagnóstico. Cuando en una gastropatía se consigue éxito con estos medios: úlcera.

No se puede diagnosticar con este procedimiento úlcera gástrica de precisión matemática; pero si así hubiéremos obtenido éxito, habríamos sido útiles para el enfermo; que es el fin que siempre deben perseguir nuestros galenos.



## Tratamiento médico de la úlcera

La úlcera de estómago necesita muchos medicamentos y dirigidos contra el dolor, vómito, etc.

1.° Contra el dolor: dar opio al interior, bajo la forma de láudano o a veces recurrir a las inyecciones subcutáneas de pantopón. Algunos polvos inertes, como el subnitrate de bismuto, hasta 20 gramos y aún más por día. Bicarbonato de soda asociado con creta, talco y magnesia.

2.° Contra los vómitos: bebidas heladas, y no gaseosas, que distienden el estómago; aún algunas gotas de mentol y cocaína.

3.° Contra el elemento inflamatorio: revulsivos al hueco epigástrico, paños húmedos, vejigatorio, etc.

4.° Contra la hemorragia: dar cucharadas de suero normal de caballo. Hielo y demás elementos hemostáticos.

5.° Contra la hiperclorhidria: alcalinos solubles e insolubles,

Las diversas indicaciones son dominadas por la siguiente: nutrir al enfermo sin irritar la herida del estómago. El régimen lácteo absoluto es el solo medio de llenar esa indicación.

La leche debe ser tomada a dosis diaria de 2 ó 3 litros, por pequeñas cantidades, fría o helada, pura o cortada con agua Vichy. En casos graves podrá recurrirse a enemas alimenticios durante ocho días, a los efectos de dejar en reposo el estómago enfermo. Durante la convalecencia, y en los casos de invencible repugnancia por la leche, se podrá utilizarse polvos de carnes fuertemente alcalinizadas, pulpa de carne cruda, pastas y caldo, huevos, puré de harinas, cremas, sesos hervidos, carne asada, y si los sujetos tienen enorme hipersecreción hacer lavaje de estómago y por la misma sonda introducir polvos de carnes fuertemente alcalinizadas con bicarbonato de soda.

Si aparecieran los signos de perforación, no atormentarse. Dar opiáceos, para inmovilizar el estómago y el intestino, pero inmediatamente recurrir a la laparotomía, limpieza de peritoneo y sutura de la herida estomacal. Los de esófago y de duodeno se tratan del mismo modo que los de estómago.

He aquí, en breves líneas, el tratamiento médico.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, diré que

tienen por objeto poner en reposo el píloro y producir así una curación definitiva de la úlcera. Para los efectos se hace un píloro artificial, por los procedimientos de Welfler o de Von Hacker, y se pone en comunicación el estómago con el intestino delgado. Es una *gastroenteroanastomosis*.



# OBSERVACIONES CLÍNICAS

---

Hospital de Clínicas. — Sala del Profesor Allende



## OBSERVACIÓN I

Nicolás A., casado, español, 39 años, electricista. Cama 17. Fecha de ingreso: 12 de Mayo de 1917.

Hace 12 años que padece de su estómago, pero las dolencias intensas que le obligan a ingresar a este hospital arrancan desde hace 2 años, en que se puso en tratamiento médico, sin lograr éxito. Siente dolores intensos en la región epigástrica a las 2 ó 3 horas de haber comido, y especialmente después de medio día. Estos dolores los tiene por temporadas, pero siempre que come, puede decirse, tiene dolores. Muy a menudo vomita en ocasión de estos dolores: alimenticios, unas veces; otras, mucosidades, o contenido líquido. Pocas han sido las noches que ha podido dormir por tener excesivamente dolores (repito). Mueve todos los días su vientre, pero sus heces son endurecidas.

*Antecedentes individuales.* — A los 5 años de edad tuvo difteria, de la que curó.

A los 15 años tuvo tífus, del que curó.

*Antecedentes remotos.* — A los 32 años: chanero, del que curó en 8 días. Es fumador y muy poco bebedor.

*Antecedentes hereditarios.*—Padre fallecido de tifus. Madre vive; tiene 3 hijos. Su esposa tuvo un aborto.

*Estado actual.* — Decúbito indiferente. Facies tranquilas. Estado de nutrición bueno. Piel, tejido celular, ganglios superficiales; conserva el cabello, escasa hipodermis. Hay ganglios inguinales.

*Sistema muscular.* — Bien el trofismo, taxis, fuerza, tonus, praxia.

Esqueleto: Fractura clavícula derecha y luxada la extremidad costal.

Ojos: Anisocoria, mayor la pupila izquierda.

Bien la musculatura del ojo. Reflejo fotomotriz y acomodación, normal.

Boca y faringe: Lengua saburral; faltan los incisivos inferiores y algunos molares derechos superiores.

Examen del cuello: No hay eretismo arterial, no hay latidos venosos, ni estruma, ni ganglios.

Cuello delgado y mediano.

Pulso regular, igual y mediana tensión.

Aorta normal. Región precordial; proeminente la parte alta del tórax.

Gran matitez, normal; Pequeña, bien; Foco mitral, alejados los tonos. Foco aórtico, alejado; ligeramente reforzado el 2.º tono. Foco tricúspide, normal. Foco pulmonar, normal. Exámen de vasos periféricos, bien. Respiración, normal. Tipo respiratorio, normal.

Tórax: Forma medida cirtometría. Ligeramente abultado en su parte superior y anterior.

Pulmones: normales.

Abdomen: aplanado; no hay venas superficiales. Palpación: indoloro y nada anormal. Presionado el epigastrio fuertemente despierta dolor. Timpanismo.

Hígado: Inspección de la región hepática, normal. Bazo, normal.

Estómago: perturbaciones funcionales.

Apetito, no hay. Sed, normal. Sensibilidad, hay dolor después de las comidas.

*Examen físico.* — Sondaje del esófago, no hay estrechez.

*Examen del jugo gástrico.* — Sondaje en ayunas, muestra 80 c.c. de líquido verdoso, sin restos alimenticios, y cuyo examen químico da lo siguiente:

HCl libre, 1,64 o/oo.

Acidez total, 2,63 o/oo.

Lavaje de estómago: se necesita una jarra de agua para lavaje en blanco.



$$\text{Concentración} = \frac{0,493}{5} = + \frac{0,00986}{0,00250} \text{ de concentración del jugo gástrico.}$$

Sondaje después de la comida de prueba: Coeficiente de sedimentación de Strauss = 25 %.

Digestión buena, con partículas sólidas en mucus.

$$\text{Acidimetría A} = 3,40$$

$$\text{H} = 2,20$$

$$\text{F} = 0,30$$

$$\text{C} = 0,90$$

$$\text{Concentración} = \frac{0,4162}{10} = + \frac{0,04162}{0,04382} \text{ de concentración del jugo gástrico.}$$

*Examen de orina.* — Completamente normal.

Reacción de Wassermann, negativa.

*Examen de sangre.*—

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| Hemáticos . . . . .                 | 4.530.000 |
| Blancos . . . . .                   | 10.000    |
| Rel. globular . . . . .             | 1 x 453   |
| Hemoglobina . . . . .               | 80 %      |
| Valor globular . . . . .            | 0,88 „    |
| Polinucleares neutrófilos . . . . . | 60,66 „   |
| Linfocitos . . . . .                | 36,66 „   |
| Formas de transición. . . . .       | 2,66 „    |

Hay en nuestro caso una palpitante oposición entre los síntomas que nos da el enfermo y los síntomas objetivos que encuentra el médico. Ruidosos síntomas para el enfermo, cuando sus antecedentes son muy elocuentes, antiguos. El estómago está enfermo. No puedo confundir sus dolores con los dolores, repito, que produce la litiasis, etc., que no hay nada en nuestro sujeto de estas cosas. Los síntomas dolor, hiperacidez, evolución larga, lengua roja, etc. La radiografía nos dice que hay contracciones exageradas, como aparece en forma de trébol. Es cierto que el caso es incipiente.

¿Y nos bastan esos síntomas para diagnosticar úlcera? ¿Y que le queda al médico científico, si no poder diagnosticar una enfermedad que está en evolución?

¿Por qué podemos diagnosticar estenosis del cardias o de alguna válvula cardíaca; por qué no diagnosticamos por la función también una lesión pilórica?

Aunque no afirmando con “enorme” seguridad, debemos, sin embargo, decir que el píloro tiene una afección ulcerosa y de retracción tal vez. Estando acostado del lado derecho, dice el enfermo tener dolor mayor, y lo contrario acostándose del lado izquierdo el dolor se mitiga.

Tengamos, por lo tanto, nuestro enfermo a tra-

tamiento adecuado, con régimen especial, y se curará.

Por ahora no necesitamos la intervención del cirujano; mientras el píloro esté permeable, seguramente nos podría hacer daño. El alimento, en un estómago que tiene dos píloros, sigue también dos vías. Se hace mal por una y por la otra ídem.

Jamás curaría, y todo por intervención precoz del cirujano.

Tratamiento. — Puro y exclusivamente médico.

En crisis graves de dolor le haremos: Un lavaje de estómago todas las mañanas con 2 litros de agua bicarbonatada y sin sacar la sonda le daremos alimento así:

Un litro de leche, más unos huevos y polvos de carne.

Conviene dar antes de cada comida atropina y belladona.

## OBSERVACIÓN II

Manuel S., empleado, casado, español, 32 años de edad. Cama 2. Ingresa el 30 de Abril de 1917.

*Enfermedad actual.* — Dice la historia clínica: El enfermo nos cuenta que sus dolencias datan desde hace 15 años, época en que se encontraba en España, sentía grandes dolores al estómago, que sólo se calmaban con ingestión de alimento, motivo por el cual comía muy seguido.

Continúa en esta forma por espacio de varios años. Hace 9 años llega a América y mejora notablemente, sin tratamiento alguno; aumenta de peso.

Desde hace 2 años nuevamente acusa dolores fuertes al estómago, exagerándose 2-4 horas después de comer, y no cesan con la ingestión de alimento.

Cuando se producen los dolores vomita todo lo que se encuentra en su estómago. Perdió el apetito y disminuye de peso. Son casi continuos sus dolores actualmente.

*Antecedentes hereditarios.* — Sus padres muertos; el padre padecía de una afección gástrica. Organos y aparatos sanos.

*Examen del jugo gástrico.* — En ayunas se sustrae 150 c.c. de jugo, verdoso, mucoso, sin restos alimenticios.

*Examen químico.* — HCl libre, 2,50 o|oo. Acidez total, 3,30 o|oo..

Líquido de lavaje de estómago algo verdoso.

Comida de prueba, 300 c.c., teniendo que suspender la sustracción porque sangra por la misma.

Aspecto: bien digerido, regular, mucos.

HCl libre = 1,85 o|oo.

Acidez total = 2,50 o|oo.

*Radioscopia.* — Examen tórax, normal. Contracciones del estómago, exageradas; se observa una sombra en forma de trébol. Se hace bien el pasaje por el píloro al duodeno. No hay restos bismutados, hobiéndose dado el bismuto 6 horas antes de observar.

*Diagnóstico.* — Por el conjunto de síntomas, que no hay para qué discutirlos, se deduce que se trata de úlcera. El Profesor Allende hubo confiado el caso a mis manos para su estudio, y así lo he diagnosticado: úlcera redonda (1).

(1) Conferencia del alumno A. Calmens y discusión del caso con el prof. Allende. Mayo 5 de 1917.

caso en el Hospital Durand, y encontró una úlcera antigua de pared anterior de estómago, con adherencias.

El enfermo está actualmente curado después de practicada su gastroenterostomía.

Buenos Aires, Abril 13 de 1918

Nómbrese al señor Académico Dr. Marcelino Herrera Vegas, al profesor extraordinario Dr. Francisco Llobet y al profesor suplente Dr. Pablo G. Morsaline para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la "Ordenanza sobre exámenes".

E. BAZTERRICA

*J. A. Gabastou*  
Secretario

Buenos Aires, Mayo 10 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3402 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

*J. A. Gabastou*  
Secretario.



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Indicaciones del tratamiento quirúrgico en la úlcera gástrica.

*M. Herrera Vegas.*

II

Dolor provocado en la úlcera gástrica.

*F. Llobet.*

III

1425

Diagnóstico diferencial de la úlcera de estómago con la úlcera del duodeno.

*P. G. Morsaline.*



