



AÑO 1918

Nº. 3470

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ULCERA DEL ESTOMAGO
SU DIAGNOSTICO
Y TRATAMIENTO MEDICO
EL SUERO NÓRMAL DE CABALLO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

— POR —

ATILIO DANERI

Ex-practicante del Instituto Jenner, Ex-ayudante de la Cátedra de Histología
Ex-practicante menor del Hospital de Clínica por concurso
de clasificaciones.
Médico de la Asistencia Pública de la Plata.



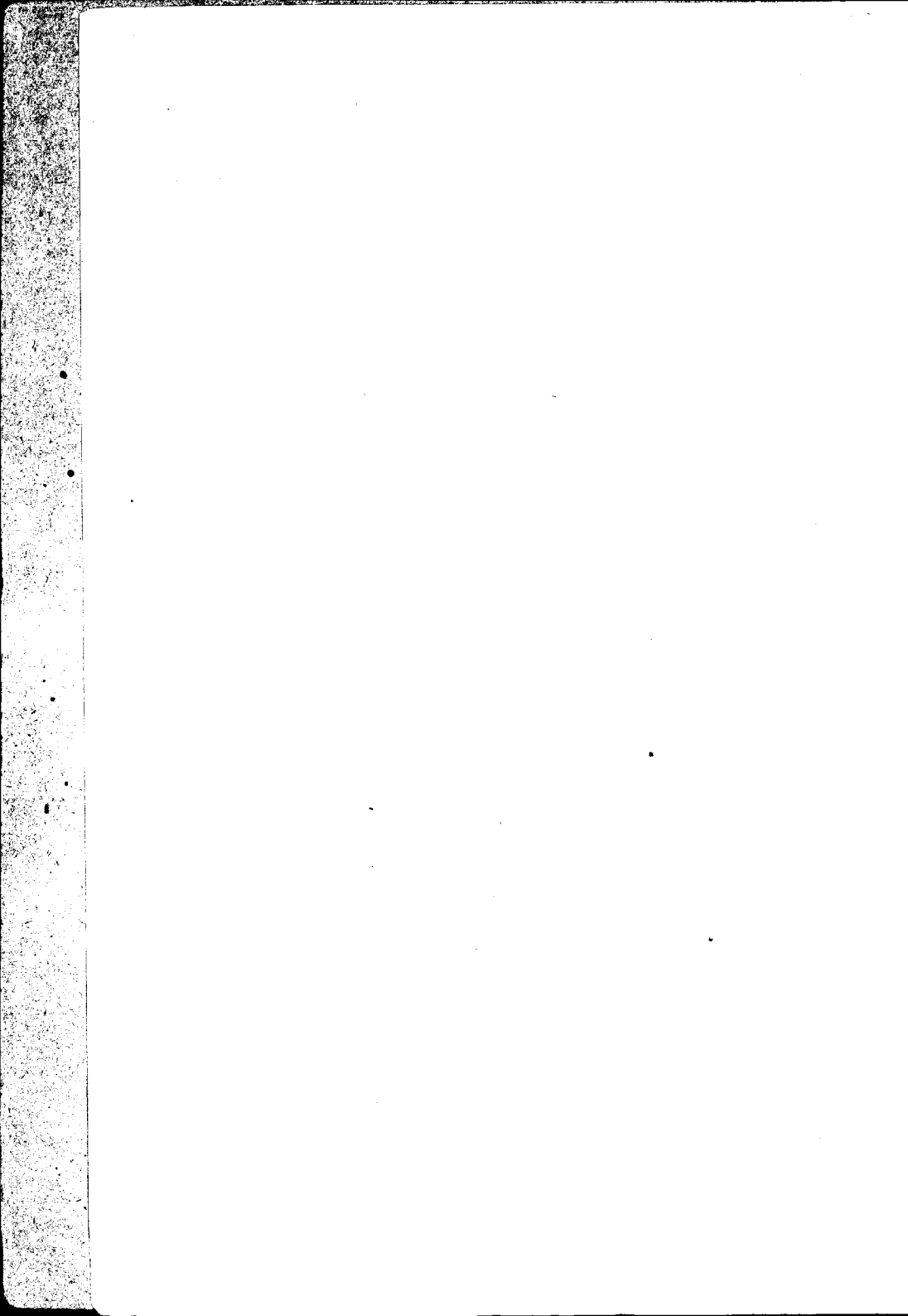
IMP. VITULO OSORIO HNOS.

1677 —Canning— 1677

ULCERA DEL ESTOMAGO

**SU DIAGNOSTICO
Y TRATAMIENTO MEDICO**

EL SUERO NORMAL DE CABALLO



1970

DISCIPLINA

ORDENAMIENTO DE LOS ARTÍCULOS

ARTÍCULO 162

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

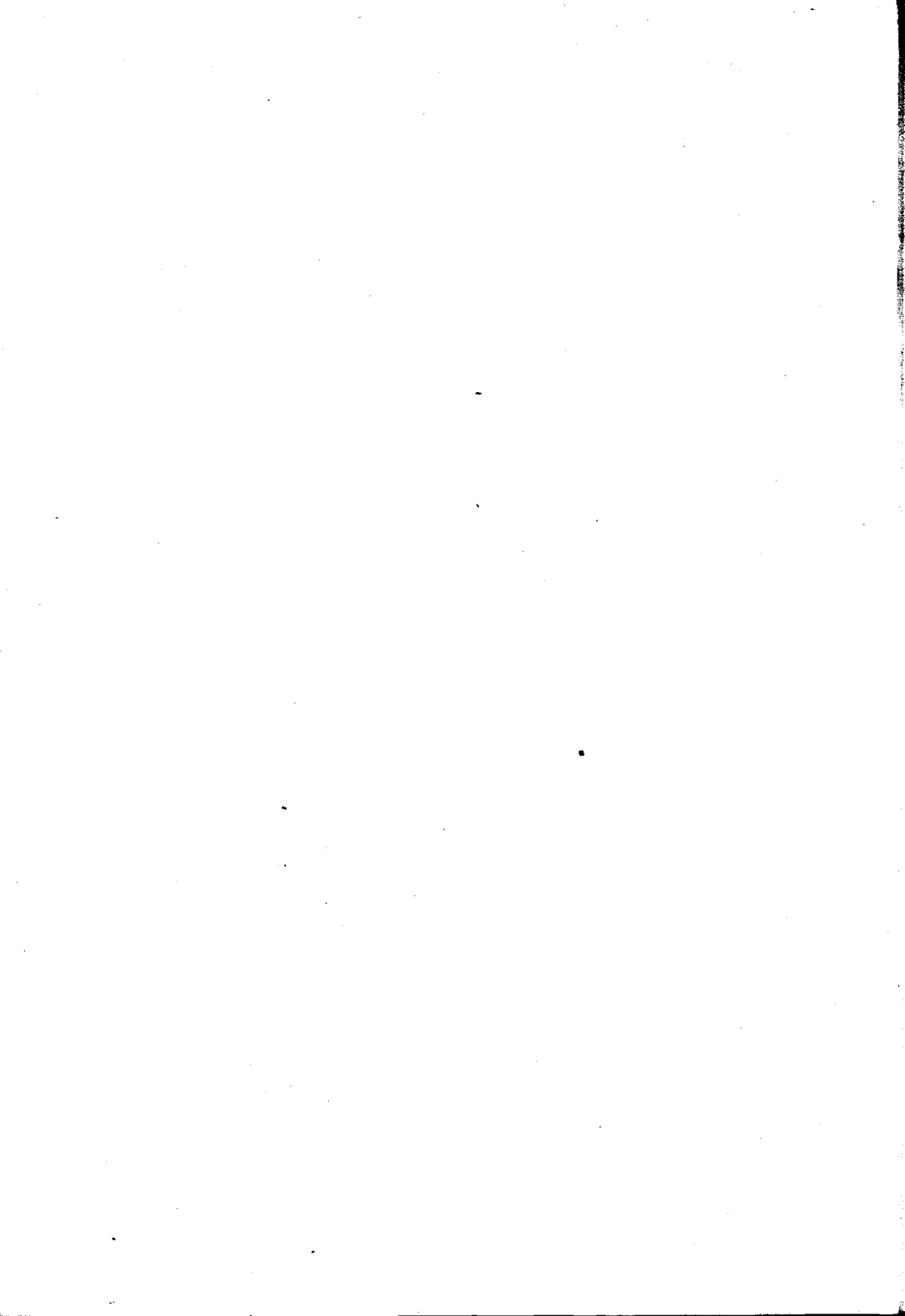
1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. " " PEDRO N. ARATA
3. " " ROBERTO WERNICKE
4. " " JOSÉ PENNA
5. " " LUIS GÜEMES
6. " " ELISEO CANTÓN
7. " " ANTONIO C. GANDOLFO
8. " " ENRIQUE BAZTERRICA
9. " " DANIEL J. CRANWELL
10. " " HORACIO G. PIÑERO
11. " " JUAN A. BOERI
12. " " ÁNGEL GALLARDO
13. " " CARLOS MALBRÁN
14. " " M. HERRERA VEGAS
15. " " ÁNGEL M. CENTENO
16. " " FRANCISCO A. SICARDI
17. " " DRÓGENES DECOUD
18. " " DESIDERIO F. DAVEL
19. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. " " DOMINGO CABRED
21. " " EDUARDO OBEJERO
22. " " JOSÉ A. ESTEVEZ
23. " " VACANTE
24. " " VACANTE

Secretario General

Vacante

Secretario

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

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



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSEJO DIRECTIVO

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. DOMINGO CABRED

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

„ „ ELISEO CANTÓN

„ „ ANGEL M CENTENO

„ „ DOMINGO CABRED

„ „ MARCIAL V. QUIROGA

„ „ JOSÉ ARCE

„ „ EUFEMIO UBALLES (con lic.)

„ „ DANIEL J. CRANWELL

„ „ CARLOS MALBRAN

„ „ JOSÉ F. MOLINARI

„ „ MIGUEL PUIGGARI

„ „ ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

„ „ FANOR VELARDE

„ „ MARCELO VIÑAS

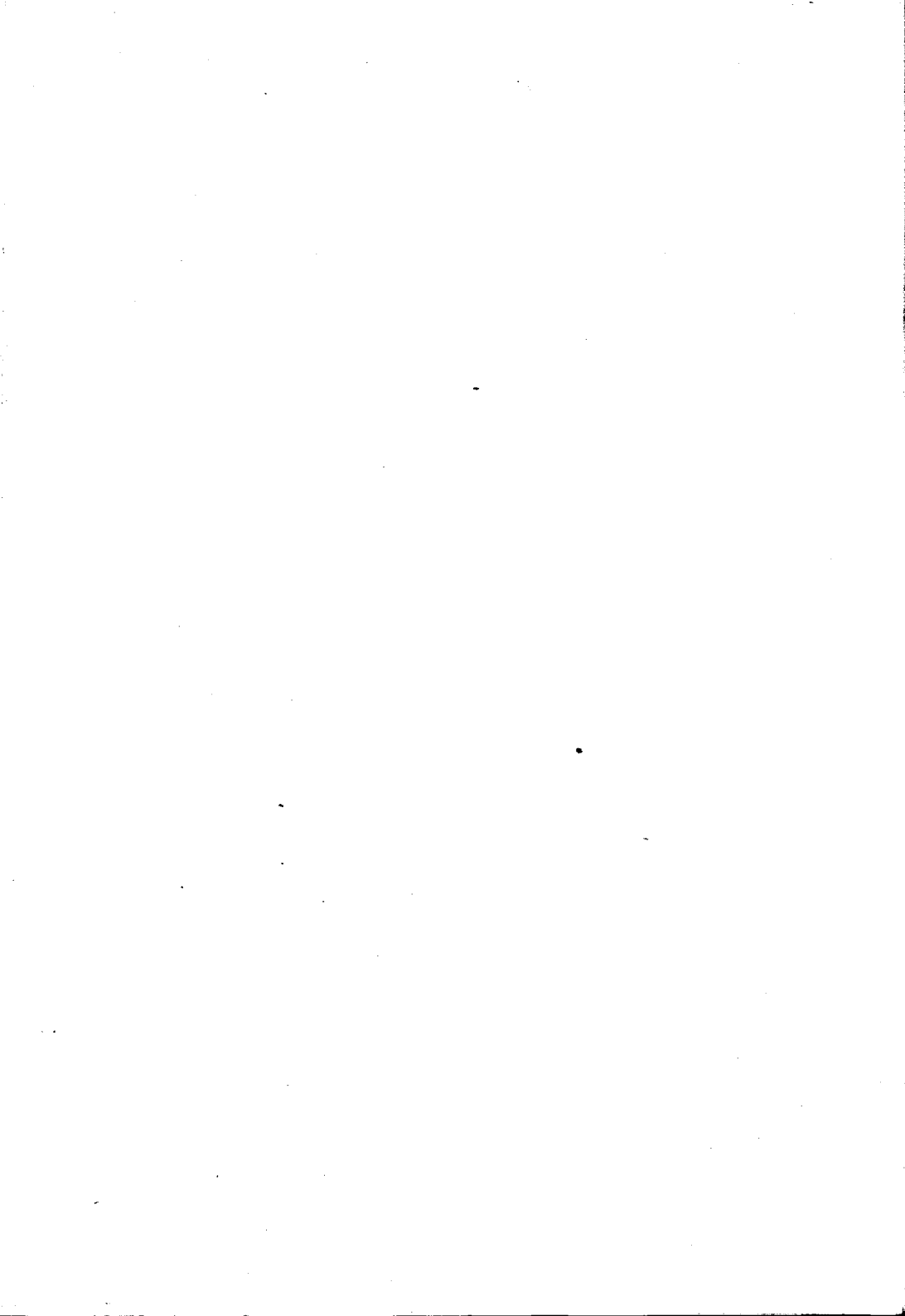
„ „ IGNACIO ALLENDE

„ „ PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo general)

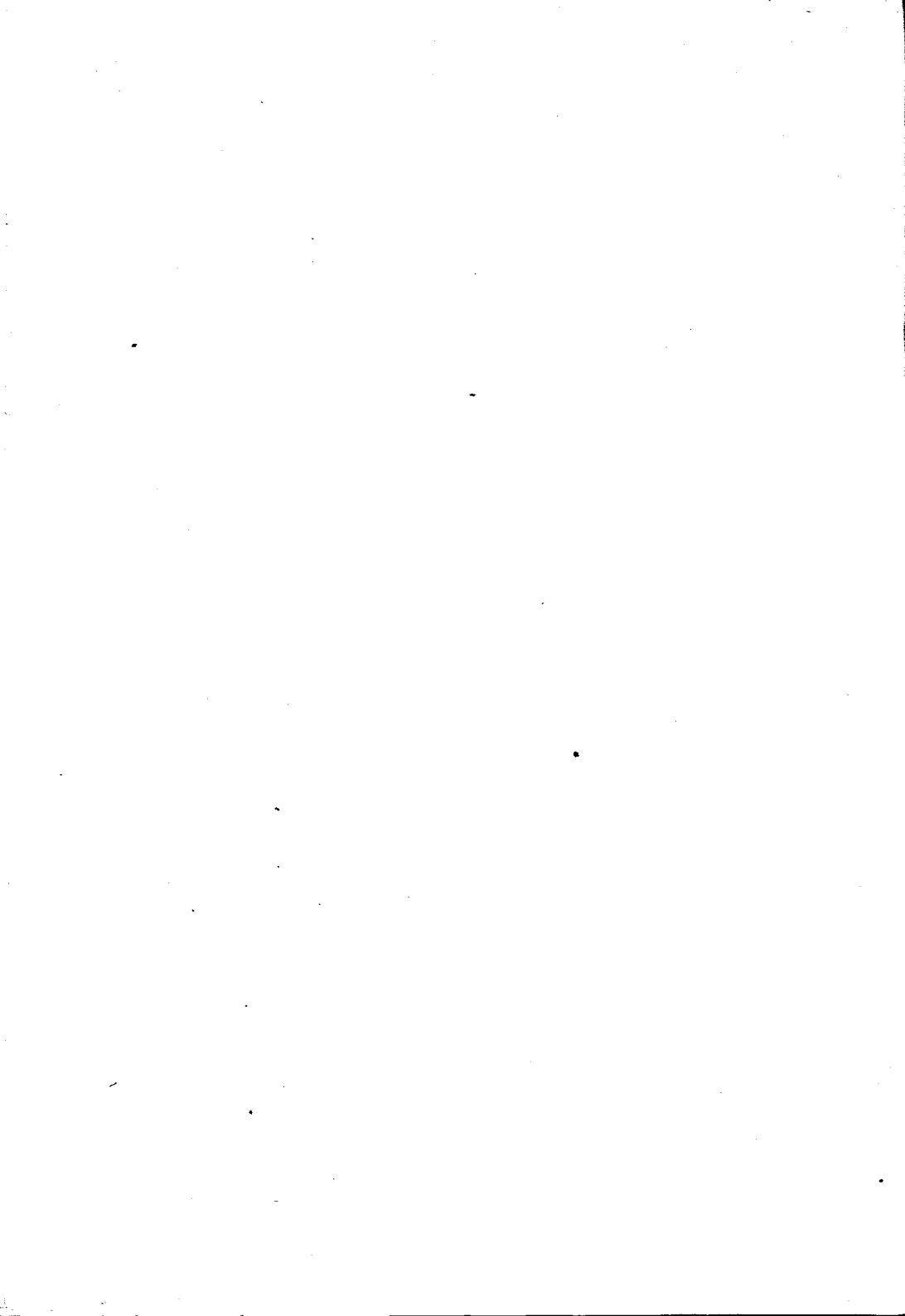
„ JUAN A. GABASTOU (Escolar)



ESCUELA DE MEDICINA

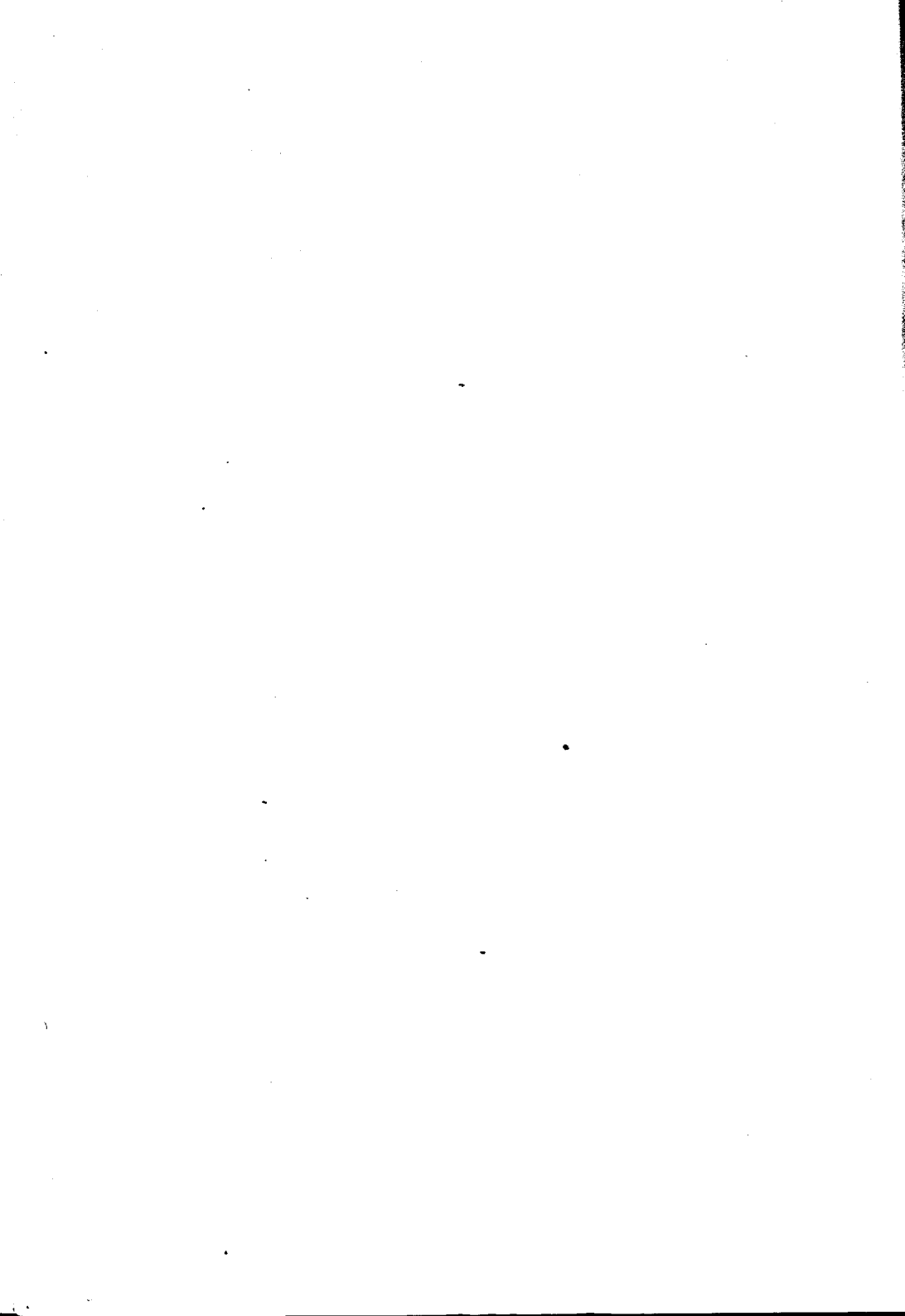
Profesore Honorarios

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



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	„ LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva	„ RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva	„ RICARDO SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva	„ JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	„ PEDRO BELOU
Histología	„ RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	„ ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	„ HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	„ CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica	„ PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	„ RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	} „ GREGORIO ARAOZ ALFARO
	} „ DAVID SIPERONI
Anatomía Topográfica	„ AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	„ Vacante
Materia Médica y Terapéutica	„ JUSTINIANO LEDESMA
atología Externa	„ DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	„ LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica	„ Vacante
„ Génito-Urriarias	„ PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	„ JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica	„ JOSE PENNA
„ Oto-tino-laringológica	„ EDUARDO OBEJERO
Patología interna	„ MARCIAL B. QUIROGA
Clinica Oftalmológica	„ ENRIQUE B. DEMARIA
„ Médica	„ LUIS GUEMES
„ Médica	„ LUIS AGOTE
„ Médica	„ IGNACIO ALLENDE
„ Médica	„ VACANTE
„ Quirúrgica	„ PASCUAL PALMA
„ Quirúrgica	„ DIOGENES DECOUD
„ Quirúrgica	} „ ANTONIO C. GANDOLFO
	} „ MARCELO T. VIÑAS
„ Neurológica	„ JOSE A. ESTEVES
„ Psiquiátrica	„ DOMINGO CABRED
„ Obstétrica	„ ENRIQUE ZARATE
„ Obstétrica	„ SAMUEL MOLINA
„ Pedriatica	„ ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	„ DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica	„ ENRIQUE BAZTERRA



ESCUELA DE MEDICINA

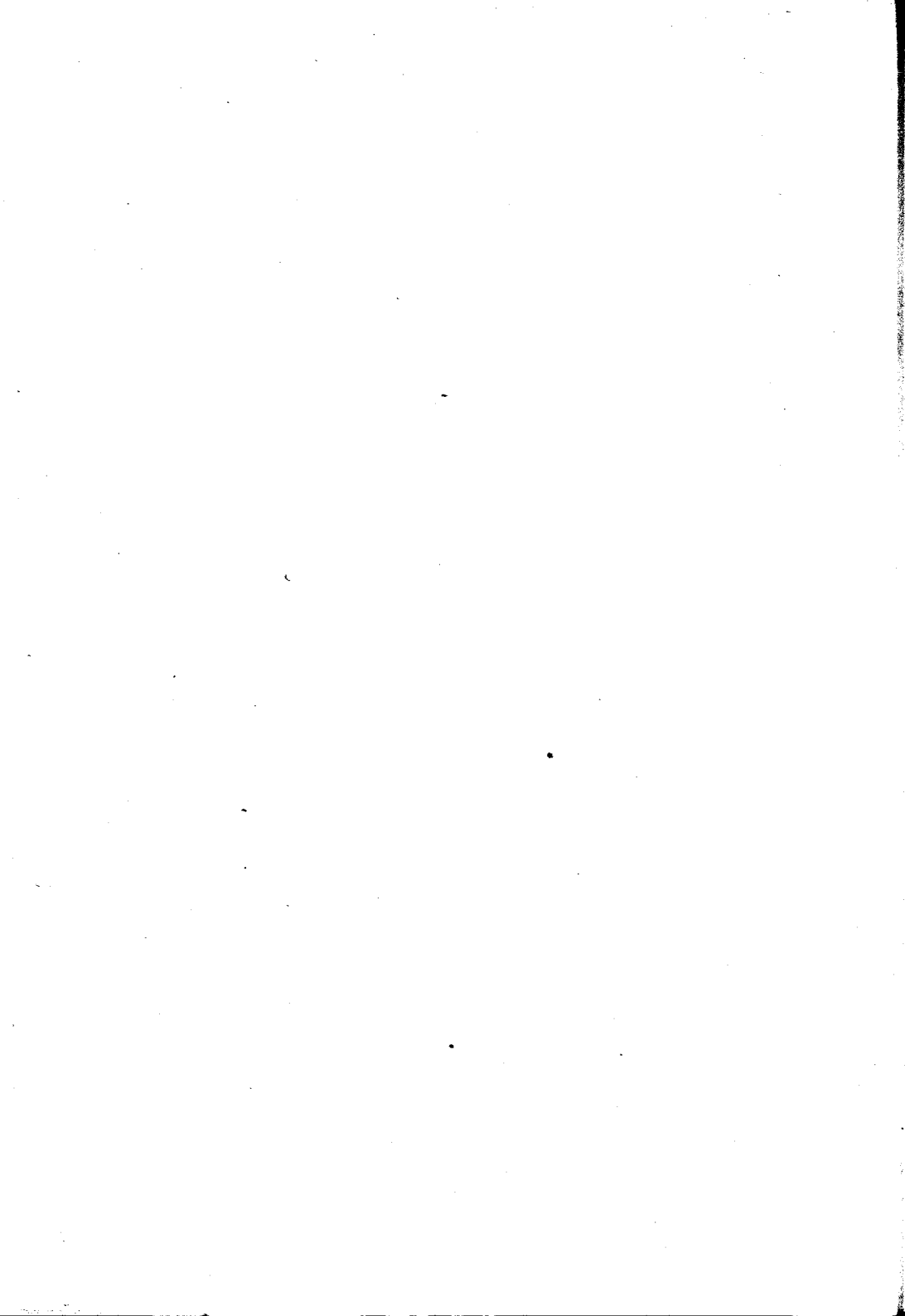
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica	Dr. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica	„ DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	„ JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALOYS BACHMANN
Anatomía Patológica	„ JOSÉ BADIA
Higiene Médica	„ FELIPE A. JUSTO
Clínica Dermato-sifilográfica ...	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Genito urinaria	„ BERNARDINO MARAINI
Patología externa	„ CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología interna	„ RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica..	„ ELISEO V. SEGURA
Clínica Neurológica	(„ MARIANO ALURRALDE
Clínica Pediátrica.....	(„ ANTONIO F. PIÑERO
	(„ MANUEL A. SANTAS
	(„ MAMERTO ACUÑA
Clínica Quirúrgica.....	(„ FRANCISCO LLOBET
	(„ MARCELINO H. VEGAS
	(„ JOSE ARCE
Clínica Psiquiátrica	(„ JOSÉ T. BORDA
	(„ BENJAMIN T. SOLARI
Clínica Obstétrica	(„ ARTURO ENRIQUEZ
	(„ ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Ginecológica	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	„ PATRICIO FLEMING



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología médica	Dr. GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva	„ SILVIO E. PAROL
Fisiología general y humana	„ EUGENIO GALLI
Bacteriología	„ JULIO JOSE SIRIO
Química Biológica	„ FRANCISCO ROPHILLE
Higiene médica	„ FRANK L. SOLER
Semiología y ejercicios clínicos	„ BERNARDO HOUSAY
Anatomía Patológica	„ RODOLFO RIVAROLA
Materia médica y Terapéuticos	„ SALVADOR MAZZA
Medicina Operatoria	„ BENJAMIN GALARCE
Patología externa	„ MANUEL B. CARBONELL
Clinica Dermato-sifilográfica	„ CARLOS BONORINO UDAONDO
„ Génito urinaria	„ ALFRÉDO VITON
„ Epidemiológica	„ PEDRO J. HARDOY
„ Oftalmológica	„ JOAQUÍN LLAMBRAS
„ Oto-rino-laringológica	„ ANGEL H. ROFFO
Patología Interna	„ PEDRO DE ELIZALDE
Clinica Quirúrgica	„ JOSE MORENO
„ Neurológica	„ PEDRO CASTRO ESCALADA
Clinica Médica	„ ENRIQUE FINOCCHIETTO
„ Pediátrica	„ FRANCISCO P. CASTRO
„ Ginecológica	„ CASTELFORT LUGONES
Clinica obstétrica	„ ENRIQUE M. OLIVIERI
Medicina legal	„ ALEJANDRO CEVALLOS
Clinica Psiquiátrica	„ NICOLAS V. GRECO
	„ PEDRO L. BALINA
	„ JOAQUIN CRIVBA
	„ JOAQUIN NIN POSADAS
	„ FERNANDO R. TORRES
	„ FRANCISCO DE STEFANO
	„ ANTONINO MARCO DEL PONT
	„ DANIEL THAMM
	„ ADOLFO NOCETTI
	„ RA. I. ALGANARAZ
	„ JUAN DE LA CRUZ CORREA
	„ MARTIN CASTRO ESCALADA
	„ FELIPE J. BASAVI BASO
	„ ANTONIO R. ZAMBRINI
	„ ENRIQUE FERREIRA
	„ PEDRO LABAQUI
	„ LEONIDAS JORGE FACIO
	„ PABLO M. BARRARO
	„ EDUARDO MARINO
	„ ARMANDO R. MAROTTA
	„ LUIS A. TAMINI
	„ MIGUEL SUSSINI
	„ ROBERTO SOLE
	„ PEDRO CHUTRO
	„ JOSE M. JORGE H.
	„ OSCAR COPELLO
	„ ADOLFO F. LANDIVAR
	„ JORGE LEIRO DIAZ
	„ ANTONIO F. CELESIA
	„ TOMAS B. KENNY
	„ GUILLERMO VILÉZ H.
	„ VICENTE DIMITRI
	„ ROMULO H. CHIAPPORI
	„ JUAN JOSE VITON
	„ PABLO J. MORSALINE
	„ RAFAEL A. BULLRICH
	„ IGNACIO INIAZ
	„ PEDRO ESCUDERO
	„ MARIANO R. CASTEX
	„ PEDRO J. GARCIA
	„ JOSE DESTEFANO
	„ JUAN R. GOYENA
	„ JACOBO SPAGENBERG
	„ JELEO MARINI
	„ CANDIDO PARTINO MAYER
	„ GENARO SISTO
	„ PEDRO DE ELIZALDE
	„ FERNANDO SCHWEIZER
	„ JUAN CARLOS NAVARRO
	„ JAIME SALVADOR
	„ FORBIO PICCARDO
	„ CARLOS R. CIRIO
	„ OSVALDO L. BOTTARO
	„ JULIO IRIBARNE
	„ CARLOS ALBERTO CASTAÑO
	„ FAUSTINO I. TRONCE
	„ JUAN B. GONZALEZ
	„ JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	„ JUAN A. GARASTOU
	„ ENRIQUE A. BOERO
	„ JOSÉ A. BERLUTI
	„ NICANOR PALACIOS COSTA
	„ VICTORIO MONTEVERDE
	„ JOAQUIN V. GNECCO
	„ JAVIER BRANDAN
	„ ANTONIO PODESTA
	„ AMABLE JONES



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc.... DR. JUAN C. LLAMES MASSINI

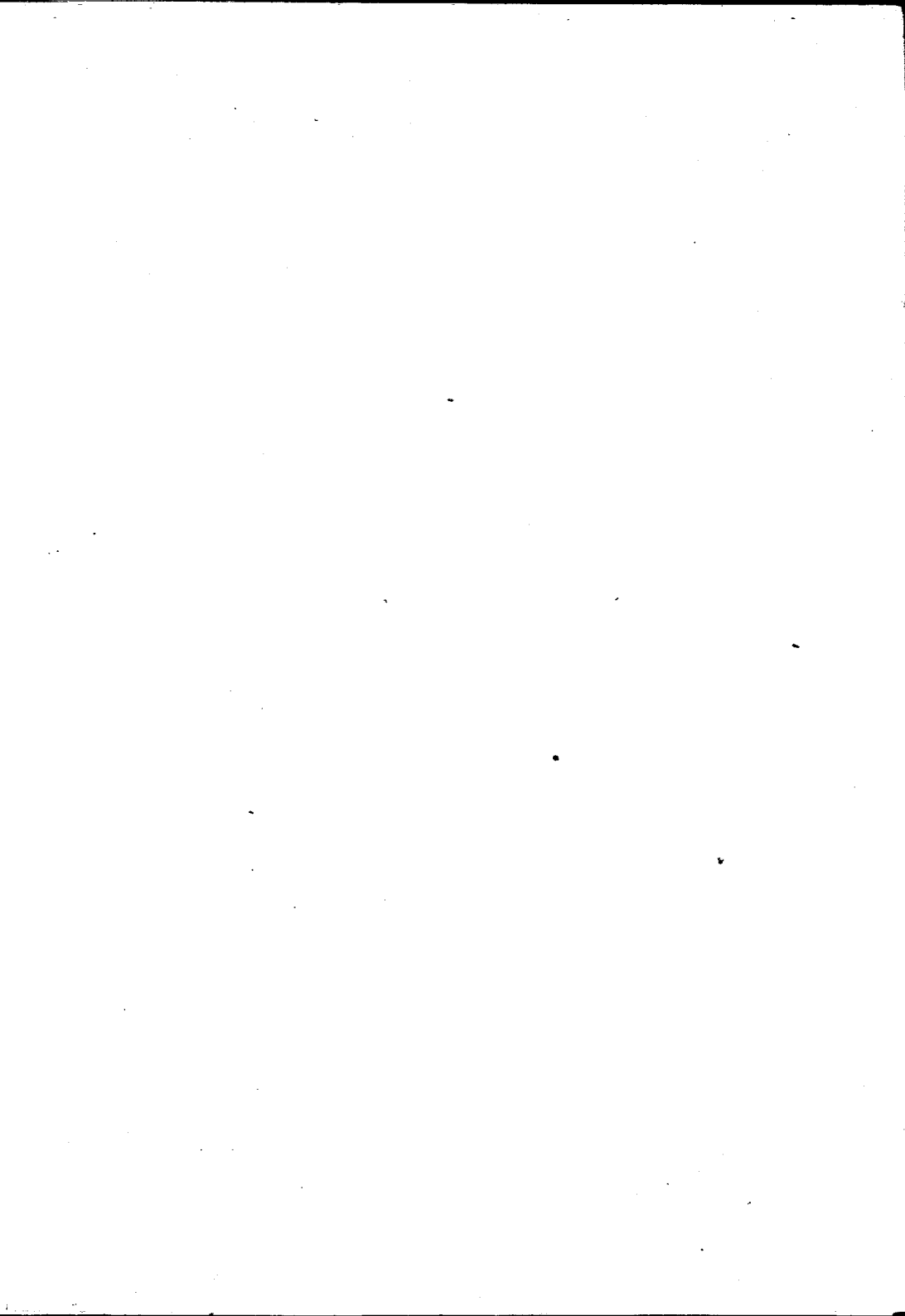
Segundo año:

Parto fisiológico „ MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica „ FANOR VELAQUE

Pericicultura „ 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 (2o. curso)	„ J. Manuel I izar
Higiene, Ética y Legislación...	„ Ricardo Schatz
Química analítica general	„ Francisco P. Lavalle
Farmacognosia especial.....	Sr. Juan A. Domínguez
Técnica farmacéutica (1er. curso)	Dr. J. Manuel Erizar
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general.—Anatomía y Fisiología comparadas.....	Dr. Angel Bianchi Lischetti
Técnica farmacéutica.....	(Sr. Ricardo Rocenttagliata „ Pascual Corti)
Física farmacéutica	Dr. Tomás J. Rumi
Química Farmacéutica inorgánica.....	(„ Angel Sabatini „ Emilio M. Flores)
Botánica y Micrografía vegetal.	„ Hdefonso C. Vattuone
Química farmacéutica orgánica	(„ Pedro J. Mésigos Dr. Luis Guglielmelli)
Técnica farmacéutica.....	(Sr. Ricardo Rocenttagliata „ Pascual Corti „ Cleopé Crocco)
Química analítica general	Dr. Juan A. Sanchez
Farmacognosia especial	Sr. Oscar Mialock

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Complementos de Matemáticas.	— —
Mineralogía y Geología.....	— —
Botánica (3. Curso) Bibliografía botánica argentina.....	— —
Química analítica aplicada (Medicamentos).....	Dr. Juan A. Sánchez (supl. en ejercicio)
Química biológica.....	„ Pedro J. Pando
Química analítica aplicada (Bromatología).....	— —
Física general.....	— —
Bacteriología.....	„ Carlos Malbrán
Toxicología y Química legal...	„ Juan B. Señoráns

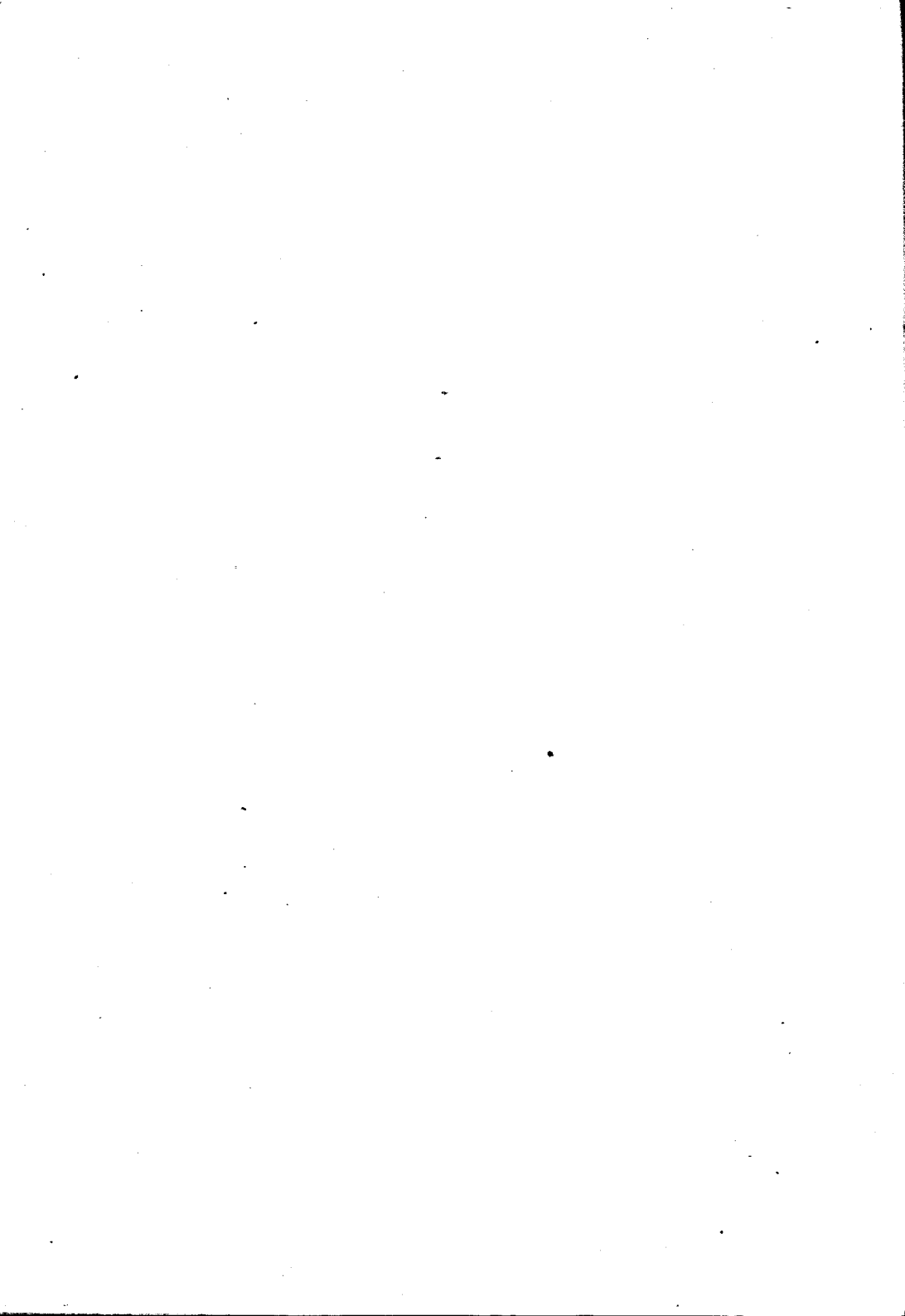


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año	„ LEÓN PEREYRA
3 ^{er} año	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protésis Dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

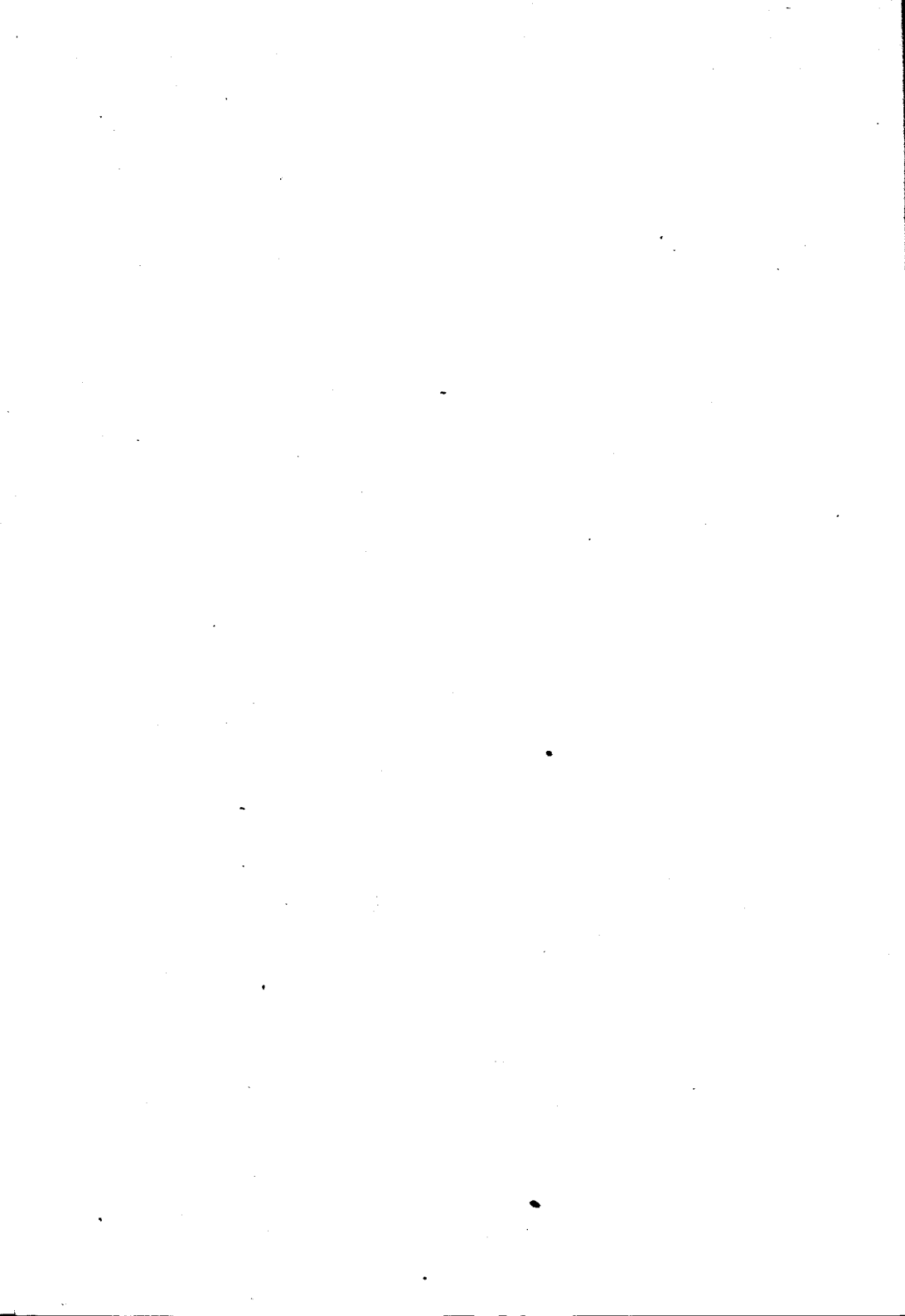
Catedráticos sustitutos

DR. ALEJANDRO ABANNE
„ TOMÁS S VARELA (2^o año)
SR. JUAN U. CARREA (Protésis)
„ CORIOLANO BREA („)
„ CIRO DURANTE AVELLANOL (1^{er}. año)



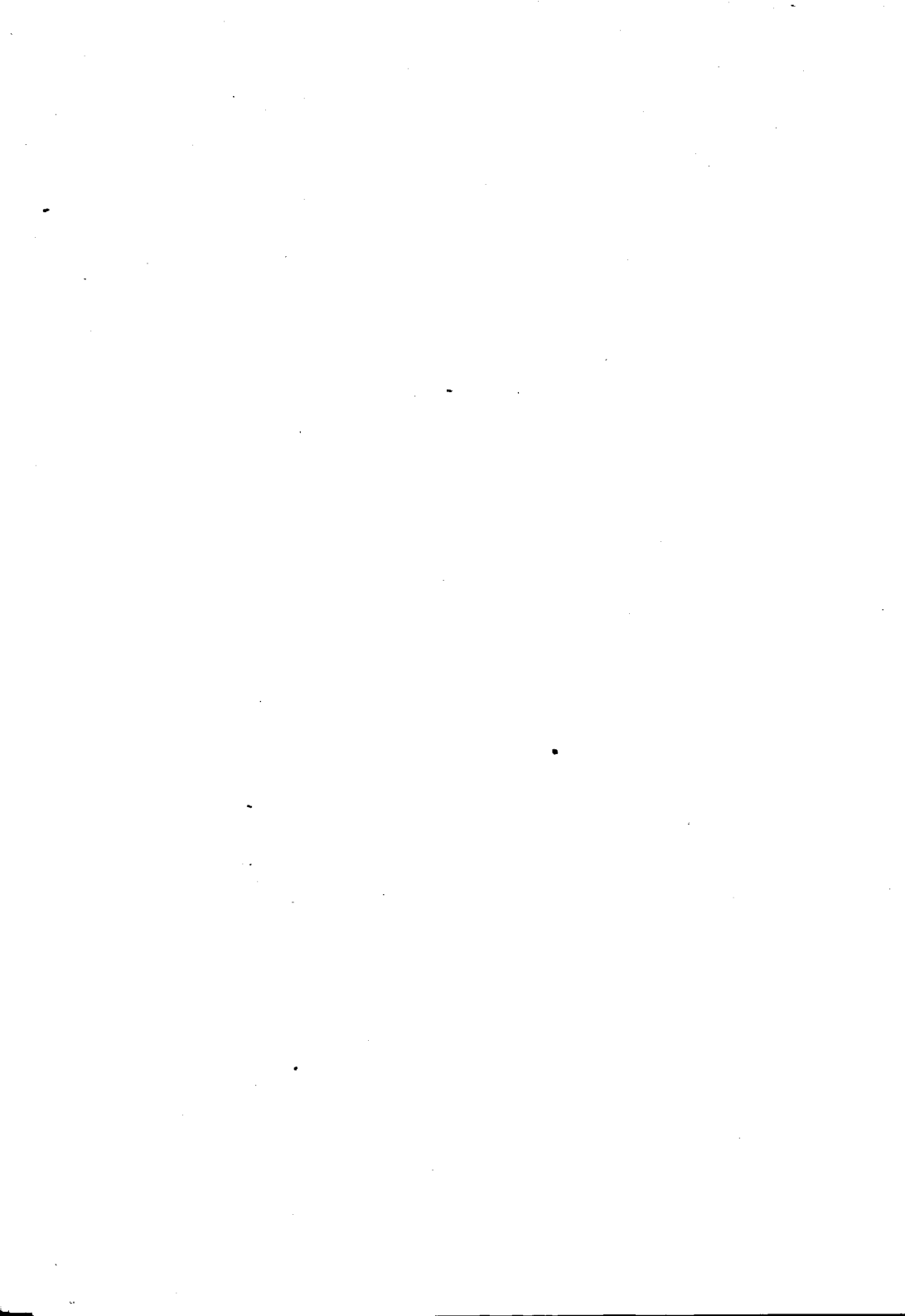
Padrino de Tesis.

Doctor Antonio C. Gandolfo

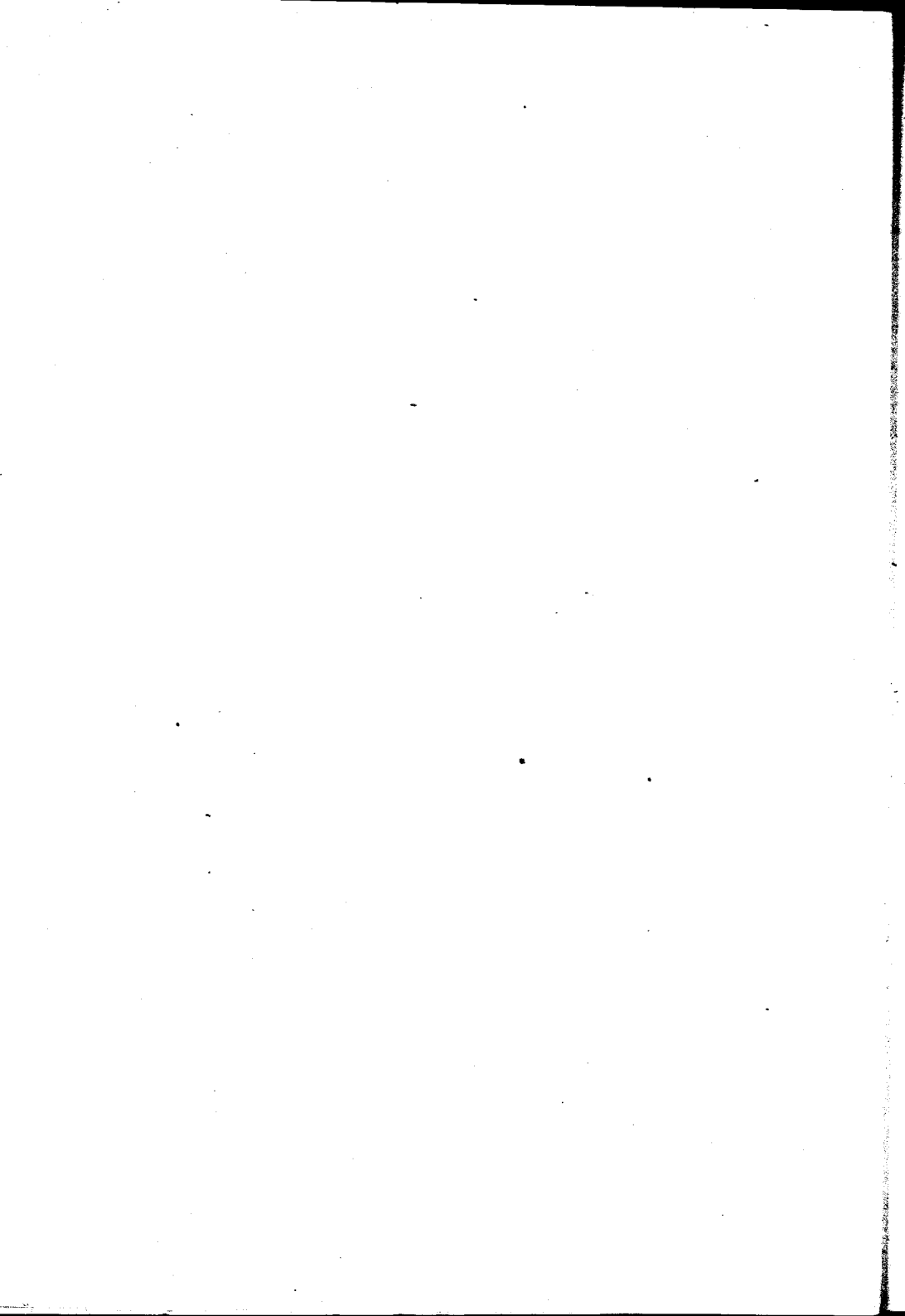


A MIS QUERIDOS PADRES

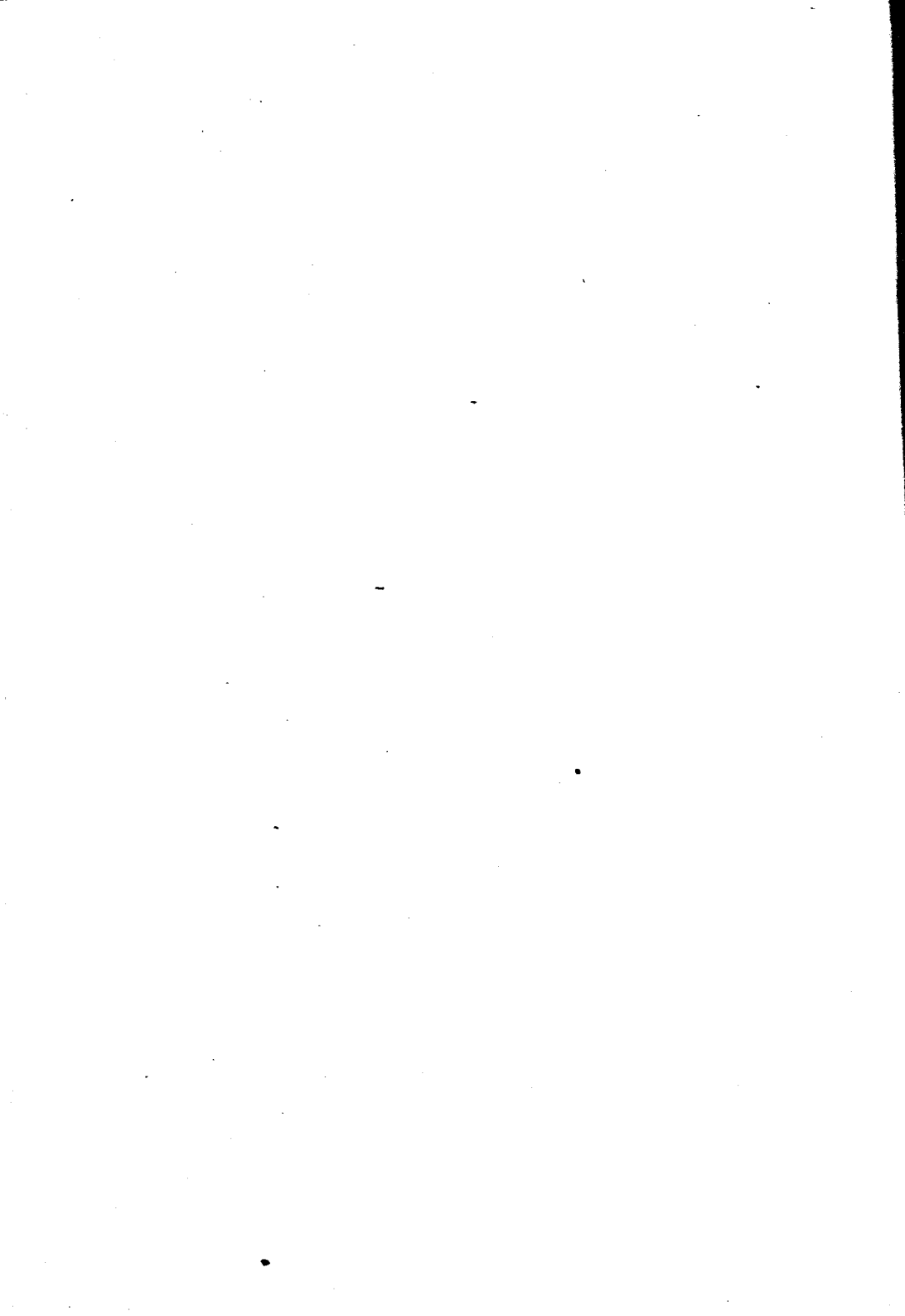
A QUIENES TODO DEBO.



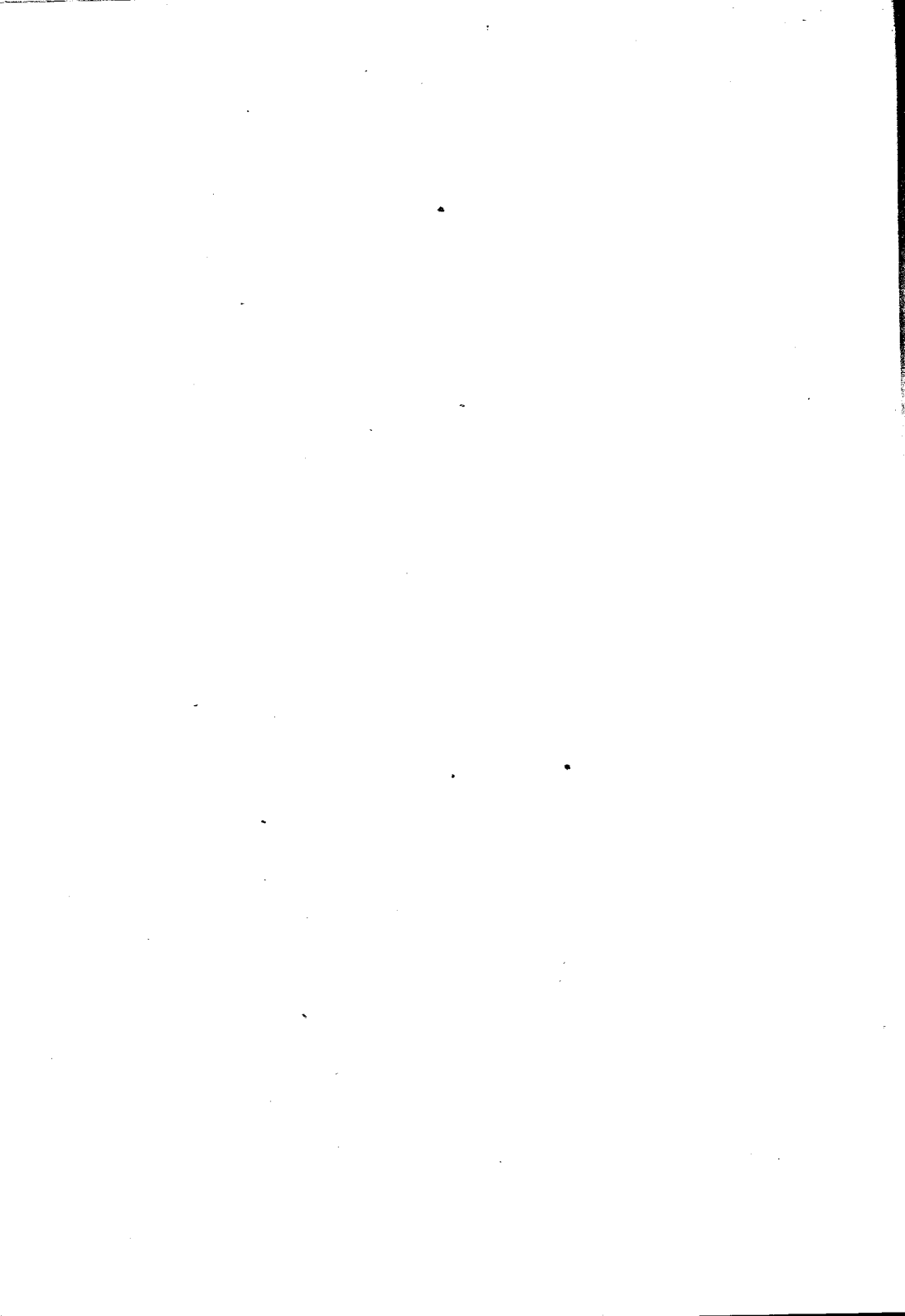
A MIS HERMANOS



A LOS MIOS

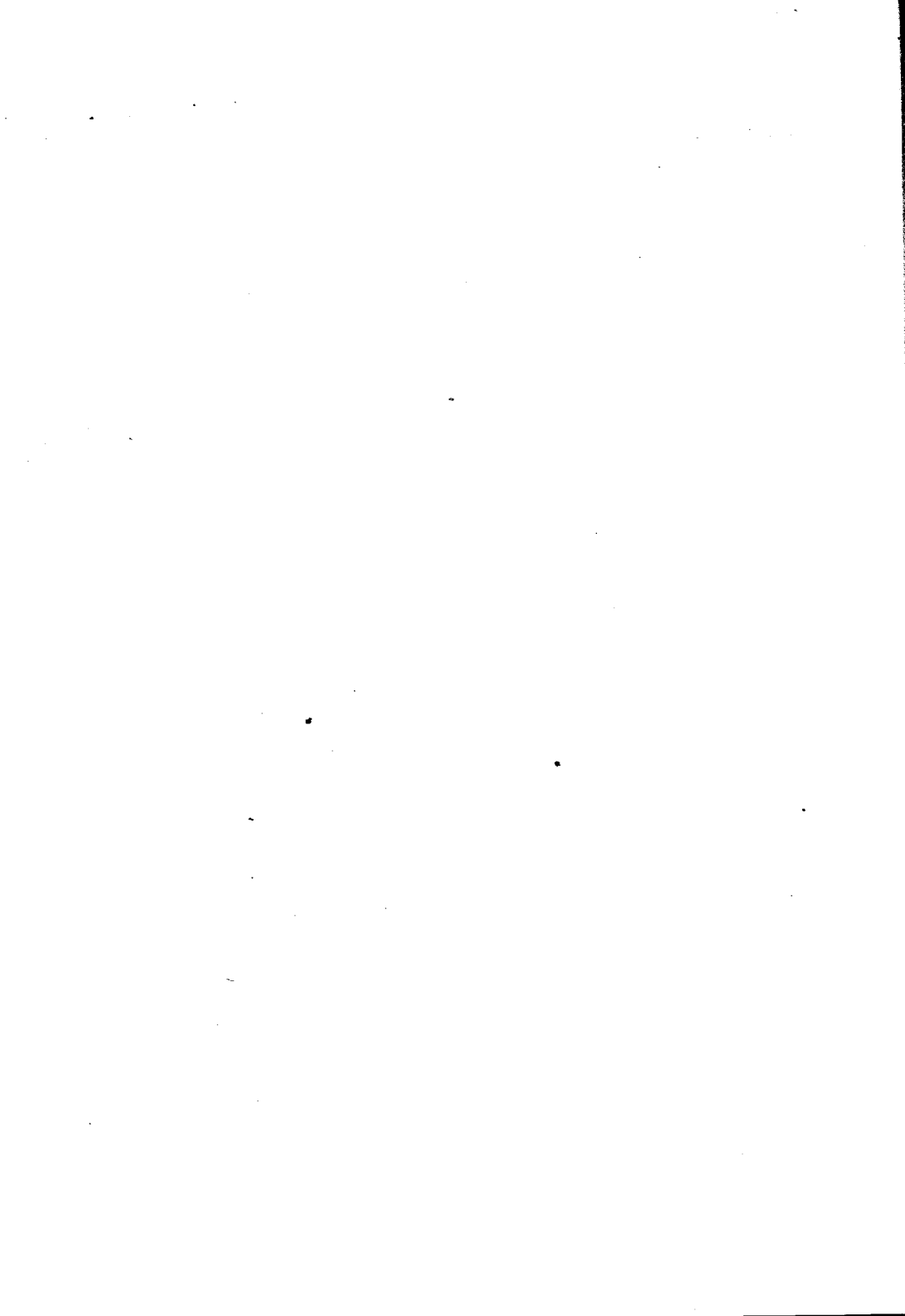


AL DR. R. ARMANDO MAROTTA

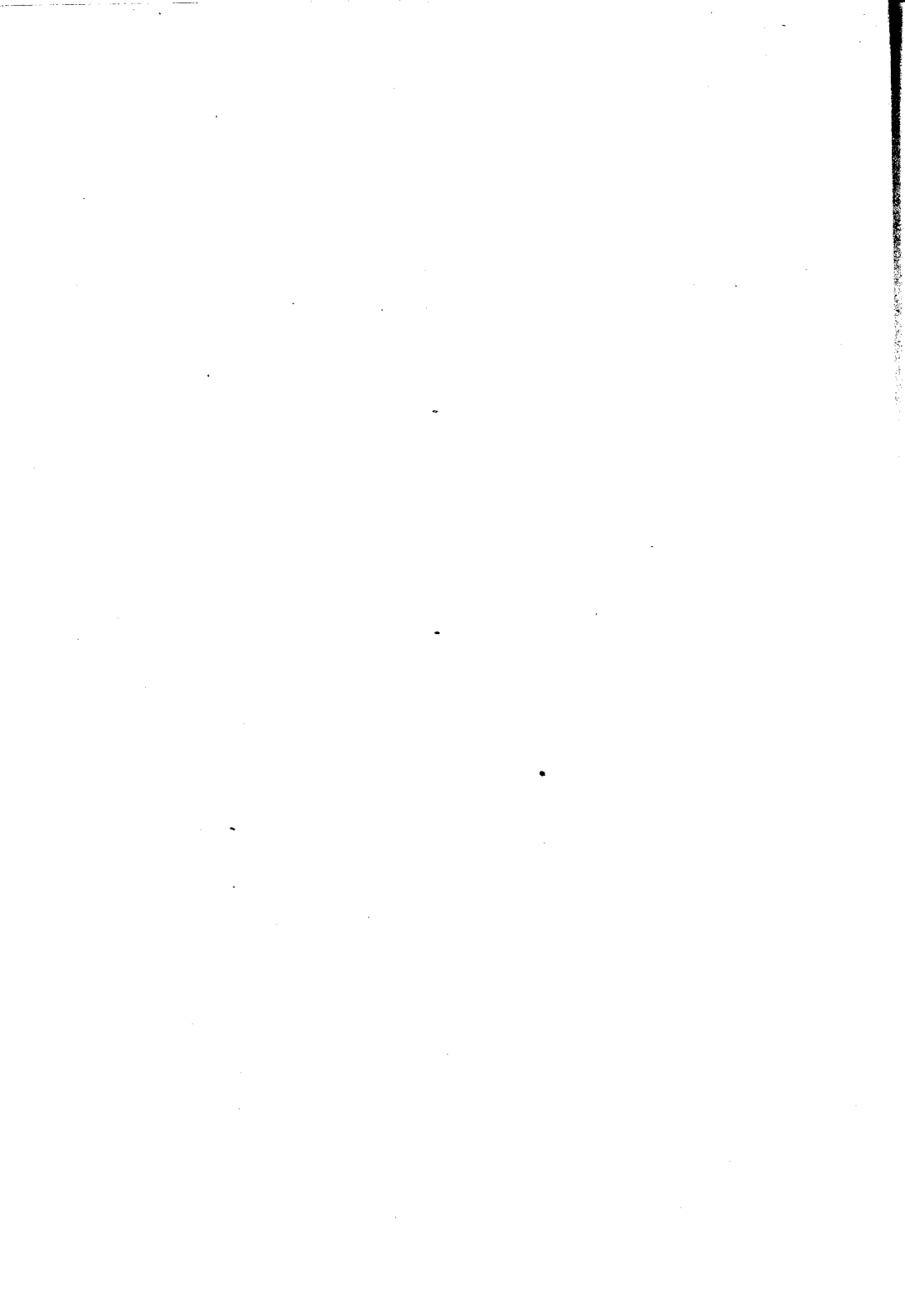


A LOS DOCTORES:

Adolfo Landívar
Jorge Leyro Díaz
Carlos M. Squirru
José Aphalo
Romeo S. Caffera



A mis compañeros de internado
del Hospital de Clinicas



Señores Académicos.

Señores Consejeros.

Señores Profesores:

La frecuencia siempre creciente de la úlcera del estómago, confirmada por las estadísticas de todo el mundo (especialmente por las estadísticas de autopsias), ha hecho de esta enfermedad una de las mejor estudiadas de la Patología, obra a la que han contribuido por igual clínicos y cirujanos, fijando claramente su sintomatología y estableciendo sólidas bases para un diagnóstico cierto.

Pero esta mayor difusión de la úlcera, no es aceptada por todos los autores. Para algunos de ellos se trata de una de las tantas sugerencias del ambiente, de la que no se hallan exentos los mismos médicos y a la que no sería agena la influencia de la moda... Los que creen que entre nosotros se vén úlceras con demasiada facilidad, olvidan las cifras bien elocuentes de las observaciones confirmadas por la intervención o la necropsia, que hacen imposible el error.

Esta contradicción entre la escasez del pasado y la frecuencia actual, es más aparente que real. La úlcera ha existido siempre, pero su diagnóstico no era fácil por la deficiencia de los medios de examen de aquel entonces. Hoy, con los nuevos elementos de investigación que poseemos, nos es fácil despistar primero y asegurar después, de un modo absoluto, la existencia del *ulcus*, en casos donde estábamos muy lejos de sospechar su presencia.

Es infinitamente probable que un gran número de las observaciones publicadas por los antiguos autores bajo el nombre de *cardialgia*, *gastrodinea*, *melena*, *hematesis*, deben ser referidas a la úlcera del estómago; la práctica de las autopsias era muy restringida y no era posible en la mayoría de los casos, superponer los síntomas observados durante la vida, a las lesiones encontradas después de la muerte.

Galeno parece haber conocido la úlcera y Celso preconizaba su tratamiento. Más tarde se describen ulceraciones que han ocasionado la muerte, produciendo sea una perforación del estómago, sea una *gastrorragia* abundante. Grassino en 1695 refiere una observación de perforación estomacal, con pasaje del contenido gástrico al peritoneo.

Litre en 1704, habla de una *hemorragia estomacal* que produce rápidamente la muerte. En 1805

Matthew Baillie en su "Tratado de Anatomía Patológica", consagra un capítulo especial al estudio de la úlcera y en 1830 Abercrombie añade a estas observaciones anatomopatológicas, muchas observaciones clínicas en las cuales los enfermos presentan todos los signos que hoy día se atribuyen a la úlcera.

Entonces no era posible distinguir en todos los casos la parte que correspondía a la úlcera, de la que correspondía al cáncer ulcerado, cuando Cruveilhier separó definitivamente de las ulceraciones cancerosas, la afección que él designó bajo el nombre de úlcera simple del estómago, haciendo de su Anatomía Patológica y sintomatología, una descripción que muy poco ha debido modificarse.

La patogenia que al decir de Chauffar, es lógicamente el camino mejor para llegar al conocimiento de una enfermedad, es un problema fundamental que permanece aún en el misterio, no obstante los numerosos trabajos realizados.

Broussais en su "Histoire des phlegmasies chroniques" (1808) hace residir en la inflamación del estómago la causa de todas las enfermedades.

Virchow, Rokitansky, Pavy, Bruiton, Galliard, Jaworsky, Letulle, Cruveilhier, con su célebre teoría de la gastritis, Dielafoy, etc., se han ocupado de esta cuestión y así han aparecido múltiples teorías explicativas del proceso ulceroso.

Entre los autores modernos merece citarse Mathieu, quien divide las causas provocadoras del ulcú en dos grupos, a saber:

A.—Procesos ulcerativos

B.—Procesos de autodigestión.

A estos dos grupos agrega un tercero constituido por la combinación de ambos y que el autor llama Teoría ecléctica.

Ulcerativo

ULCERACIONES POR
ALTERACIONES DE
LA CIRCULACIÓN
SANGUÍNEA.

Ulceración por alteración neurotrófica

« « gastritis

« « necrosis infecciosa ó toxémica

Por embolia

« trombosis

« estasis venoso ó
infarto

« hemorragia intersticial

« anemia espasmódica

Autodigestivo

Aumento del poder digestivo, hipersecreción y estasis del jugo gástrico.

Disminución de la resistencia de las tunicas del estómago a la autodigestión.

Por disminución de la vitalidad general de los tejidos.

Por modificación de la constitución química de los humores.

Por disminución localizada en ciertos puntos de la resistencia de las paredes del estómago a la acción del jugo gástrico.

Lo más probable es que la explicación se encuentre en la existencia de un proceso general infeccioso, con localización en determinados puntos del tubo gastrointestinal. Y esta teoría infecciosa brillantemente defendida por Dielafoy en sus notables lecciones sobre la exulceratio simplex, es la más aceptada por los autores modernos.

Ultimamente Katzenstein ha querido ver en el proceso ulceroso, la acción de anticuerpos especiales, al constatar la imposibilidad de digerir la albúmina por la pepsina en presencia de un fragmento de mucosa fresca; la ausencia o disminución de la substancia protectora, la antipepsina, explicaría la formación de la úlcera.

El descubrimiento de la sonda gástrica por Kusmaul, las experiencias de Pawlow y la simplificación de los métodos de análisis de jugo gástrico, abrieron nuevos horizontes a la investigación y Riegel, Von den Velden, Ewald, Boas, se dedicaron a determinar el quimismo gástrico en la úlcera del estómago, el poder absorbente de la mucosa, la motricidad de la pared muscular, sacando conclusiones importantes para el diagnóstico.

Por último la contribución eficazísima e inapreciable de los Rayos X, es decir de la radioscopia y de la radiografía combinada, que permiten seguir al través de las paredes del abdomen los fe-

nómenos mecánicos de la indigestión, la motilidad gástrica, etc., ha hecho no solo más fácil el diagnóstico de la úlcera gástrica, sino que ha armonizado dentro de términos más amplios, el examen semeiológico del tubo digestivo.

El tratamiento, variable con las ideas de la época, ha evolucionado sobre todo con las adquisiciones que se hicieran en cirugía. Esencialmente médico al principio, dió en manos de Cruveilhier con su forma: reposo, leche, alcalinos, óptimos resultados y solo se reservaba la intervención para las complicaciones. A medida que se reconocen algunos éxitos, la cirugía va penetrando impulsada por la audacia de muchos cirujanos.

La primera aplicación a la úlcera péptica fué hecha por Rydigier, quien curó con una operación de Wölfler (Marzo 1884) una estenosis duodenal. En Mayo, Billroth operó una estrechez tuberculosa y Rydigier en Junio, interviene una estrechez polórica.

La primera aplicación a las úlceras crónicas se debe a Codivila, que operó dos en 1893 y 1898. Deán salvó en 1894, el primer enfermo de perforación duodenal. Después han venido los trabajos de los autores yankees e ingleses, que han hecho progresar tanto la cuestión del diagnóstico y técnica operatoria. Citaré sobre todo, a los hermanos Mayo,

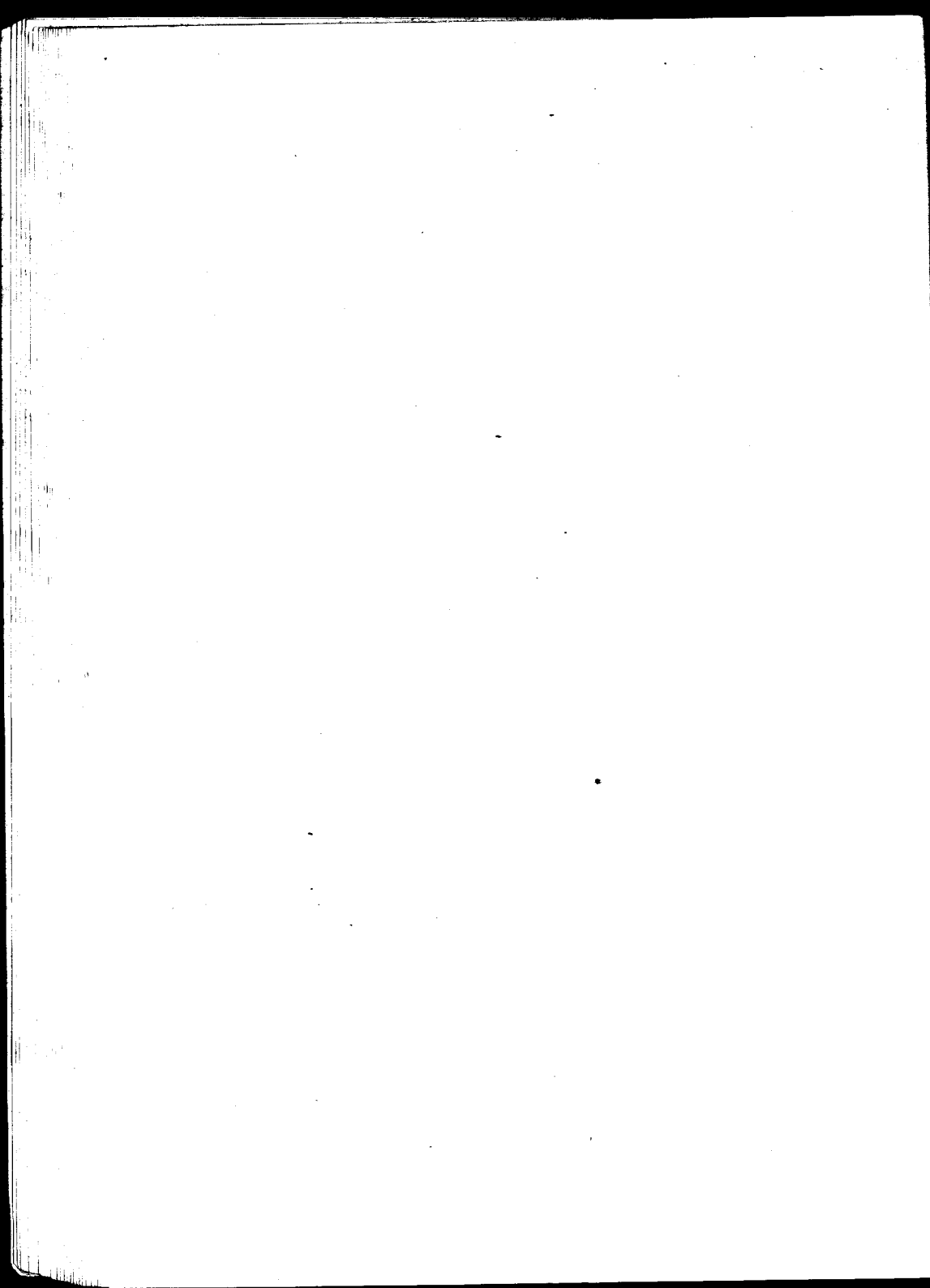
cuya colosal estadística es de importancia capital.

Así, a las ideas abstencionistas del pasado, ha sucedido el entusiasmo intervencionista del presente, que hace decir a los cirujanos que la úlcera no tiene más tratamiento que el quirúrgico y que por lo tanto: úlcera diagnosticada, gastroenterostomía.

Esta fórmula no puede aceptarse; hay muchos enfermos que mejoran y curan exclusivamente con el tratamiento médico bien instituido, como lo atestiguan las observaciones clínicas que presento. Es cierto que hay casos en que no es posible hacer otra cosa y solo la intervención puede curarlos, pero para esos casos hay indicaciones clínicas perfectamente establecidas, como veremos más adelante y que impiden que la fórmula se aplique a todos los enfermos.

Felizmente, hoy se nota ya una reacción y hay cirujanos que han levantado su voz para poner de manifiesto algunos fracasos del tratamiento quirúrgico y las excelencias del tratamiento médico.

Siguiendo esa manera de ver y al solo objeto de presentar los brillantes resultados obtenidos en el tratamiento de la úlcera gástrica con el suero normal de caballo, he emprendido el modesto trabajo que tengo el honor, señores, de someter a vuestra elevada consideración.



CAPITULO I

DIAGNOSTICO CLINICO

El diagnóstico de las enfermedades del estómago, se funda como el de cualquier otra enfermedad, sobre un complejo de elementos deducidos de la anamnesis, del examen físico del órgano enfermo y de su examen funcional.

Estos síntomas que son numerosos, cualquiera que sea su importancia deben ser interpretados con espíritu crítico, para que exista entre ellos la mayor coordinación, teniendo en cuenta que aislados pueden ser el reflejo de una enfermedad bien definida de otra parte del tubo digestivo, sistema nervioso, infecciones, etc.

La anamnesis es de suma importancia; hay que interrogar bien a los enfermos haciéndoles precisar con todos los detalles lo que sienten, repitiendo este interrogatorio varias veces y de distinto modo

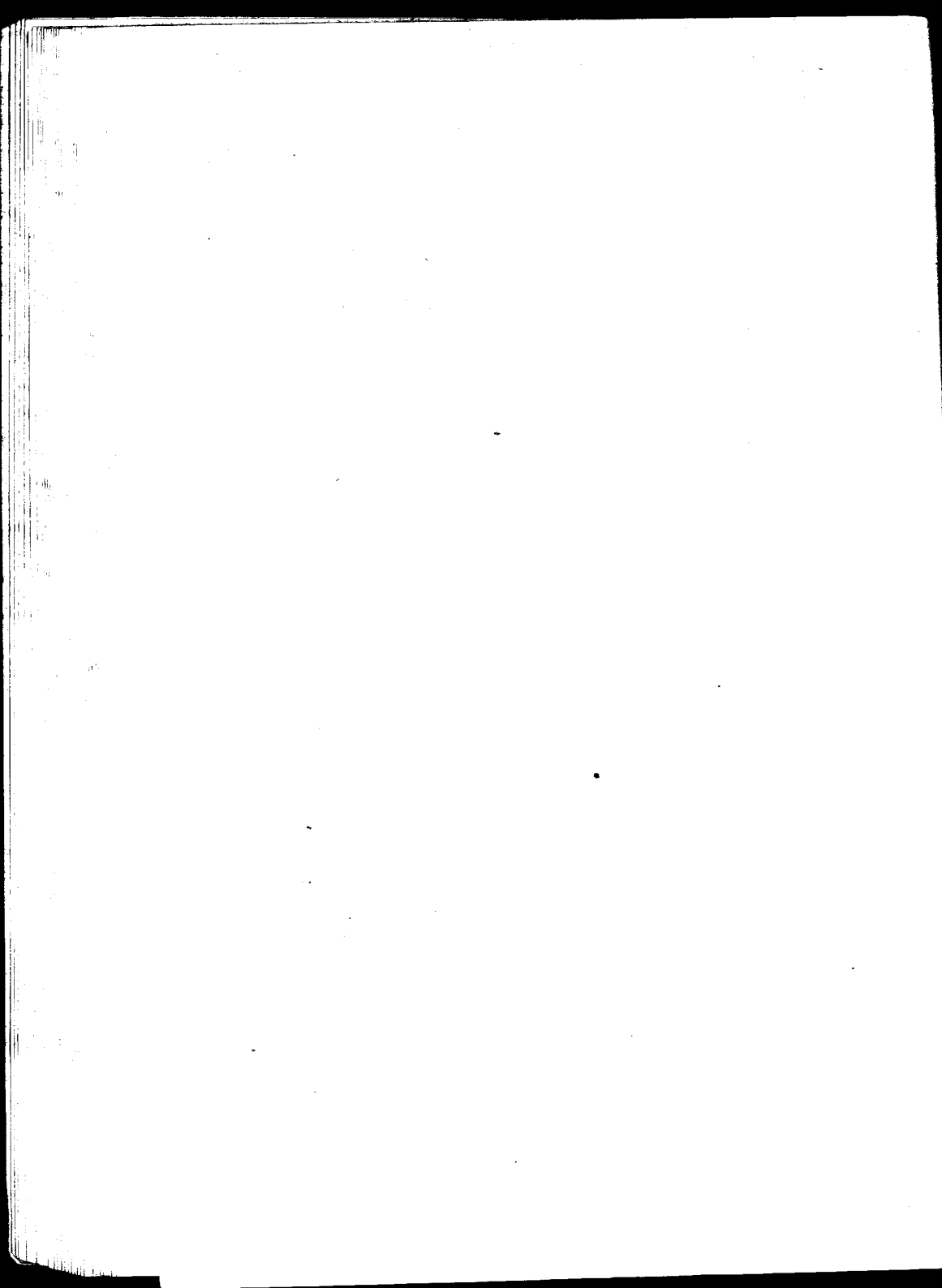
para destruir las contradicciones tan frecuentes en que incurren. La herencia, edad, hábitos neuróticos, regímenes alimenticios, son factores importantes que no deben pasarse por alto, lo mismo que el establecer si han existido traumatismos y abusos de medicamentos. Muchos disturbios gástricos tienen su origen en el abuso del tabaco, arsénico, ioduros, etc.

Cuando se pide la descripción de los síntomas subjetivos, hay que tener mucha paciencia y cuidado pues en muchos casos estamos frente a personas neuróticas que tienden a exagerar sus sufrimientos sin que correspondan a su enfermedad y en otros casos graves de úlcera y cáncer, el síndrome subjetivo puede presentarse bastante simple como para hacer la enfermedad del todo latente.

Muchos enfermos no saben precisar la época en que han comenzado sus males; otros, invitados a describir sus síntomas actuales suelen hacerlo de un modo vivaz y desordenado, dando los datos sin medida, con la intención de poner en evidencia lo que a ellos les parece más importante; contrastan con estos, que son casi siempre gástricos funcionales, los cancerosos, con su relato simple y triste, pobre en palabras; desde un cierto tiempo no digieren, les atormenta un dolor terebrante en el estómago y tienen casi todos los días un vómito borra de café.

Para obtener una relación fiel de la enfermedad, es conveniente obligar al paciente a describir hora por hora su día, comenzando por las sensaciones que experimenta a la mañana al levantarse, la forma en que se alimentan, los fenómenos que le suceden, para terminar por la forma en que transcurre la tarde y la noche.

Frente a un ulceroso, nos damos cuenta perfectamente de hallarnos en presencia de un enfermo verdadero y no de uno de esos sujetos aprehensivos, maniáticos, neurasténicos, falsos cardíacos, o dispépticos a forma sensitiva. Bajo la influencia de la crisis dolorosa, sus facciones expresan un dolor real, indiscutible, dolor violento, desesperante, referido sin vacilaciones a un sitio que es siempre el mismo; nada en ellos de aquella ideación vaga y movable de los dispépticos neurasténicos. Los ulcerosos se expresan con nitidez, diciendo con claridad los síntomas que les aquejan, deseando encontrar pronto alivio, aun a costa de la intervención quirúrgica.



SINTOMATOLOGIA

Desde muy antiguo, todo el cuadro de la enfermedad descansa sobre una triada sintomática: dolor, acidez y hemorragia, verdaderos síntomas cardinales que siguen hoy ocupando el primer puesto y son ellos los que casi siempre nos dan la solución del problema. Para los autores americanos se reducen a dos, dolor y vómito, siendo la hematemesis una complicación.

El espíritu de investigación ha enriquecido mucho este cuadro sintomatológico, considerando no a la enfermedad local sino en sus relaciones con el organismo entero. Así, el profesor Agote considera tres grandes grupos de síntomas.

Corresponden al primero, los síntomas propios de la úlcera, los que tienen lugar en la víscera misma.

El segundo comprende a los originados por la repercusión del *ulcus* sobre determinados elementos, que se engloban bajo el epígrafe de biológicos

y que son del resorte del laboratorio: examen de sangre, presencia de ella en las materias fecales, etc.

Vamos a considerar con Ferrio, al síndrome de la úlcera gástrica, compuesto de cinco elementos: dispepsia, dolores, vómitos, hiperacidez y hemorragias, estudiando sus caracteres, modo de agruparse, importancia diagnóstica, etc.

El tercer grupo de síntomas, ofrece una importancia no menor que los anteriores, pero se diferencia de ellos en que revisten un carácter más subjetivo que objetivo, verdadera repercusión psíquica del proceso sobre la mentalidad del paciente, llevándole a precisar sus sensaciones generales dentro de líneas bien definidas.

Quedan todavía algunos elementos de juicio propios de la evolución de la úlcera o del resultado del tratamiento, que suelen tener importancia y que el Prof. Agote reúne bajo el epígrafe de Sintomatología general de la úlcera.

No se nos escapa la importancia que tiene esta manera de considerar los síntomas de la úlcera, pero si bien hay algunos fundamentales, los mismos que forman el trípode clásico, hay otros que no son más que curiosidades de investigación y que solo pueden servir para robustecer el diagnóstico.

Período dispéptico. — Durante semanas y a

veces meses, el enfermo parece ser un simple dispeptico; experimenta de una manera casi permanente, pero sobre todo después de las comidas, un malestar mal definido, una sensación vaga de pesadés, de plenitud estomacal, que va raramente hasta el dolor. El apetito está comunmente conservado y si el enfermo come poco, si se somete por sí mismo a una dieta rigurosa, es menos por falta de apetito que por temor de tener digestiones difíciles, dilatación estomacal, náuseas, torpeza intelectual que lo inquietan tanto.

Un poco más tarde esos síntomas vagos se acentúan y se definen mejor; los dolores se hacen más vivos, más localizados en el epigastrio y sobrevienen algunos instantes después de las comidas; ellos son seguidos a veces de náuseas, vómitos acuosos o alimenticios, que se hacen pronto frecuentes. El enfermo se anemia, duerme mal, está más nervioso, irritable; el apetito está sin embargo conservado, la lengua buena, no hay elevación de la temperatura.

El médico se pregunta si no está en presencia de una enfermedad más grave que una dispepsia y no puede hacer un diagnóstico preciso hasta el día en que aparecen con sus caracteres particulares, los grandes síntomas: dolor, vómitos, hemorragias.

La dispépsia no afecta en todos los casos el mismo tipo; cuando mucho, los enfermos experi-

mentan una sensación de peso en el estómago, náuseas, pirosis, y eructaciones ácidas, mientras el apetito puede ser normal o exagerado; así, ciertos ataques de hambre imprevista e imperiosa, servirían según Plonies, para diferenciar la enfermedad gástrica de eventuales lesiones de órganos vecinos. La lengua permanece húmeda, rosada y pulida; este estado de la lengua en un individuo que sufre de gastralgia violenta, debe hacer pensar en la existencia de una úlcera.

En algunos casos más raros, los disturbios dispepticos recuerdan el catarro gástrico crónico con anorexia, boca amarga, eructaciones de mal olor y lengua saburral.

Dolor. — En la inmensa mayoría de los casos, el dolor es el elemento predominante en el conjunto sintomático del ulceroso, revistiendo en algunos enfermos, caracteres verdaderamente emocionantes, aunque no revista la intensidad brutal, ni las manifestaciones peritoneales del cólico hepático o renal.

Es un dolor que surge y cesa rápidamente y por todo el tiempo que dura, suele mantenerse netamente localizado en un breve espacio del tamaño de una moneda de dos centavos.

Una úlcera pequeña puede originar sufrimientos intensísimos y continuos, mientras que otras grandes, enormes, ocupando gran parte del estóma-

go, solo determinan molestias insignificantes, intensidad que por lo demás, varía en cada enfermo durante el día y en cada crisis.

A los casos extremos en que el enfermo se re-
tuerce en el lecho, comprimiéndose el abdomen con
las manos, se oponen los otros en que permanecien-
do tranquilos, revelan el dolor en sus facies convul-
sas, recorridas por abundantes lágrimas.

A diferencia de los dolores cólicos, la compre-
sión generalmente exacerba el dolor; las bebidas
muy calientes o frías lo provocan o aumentan; lo
mismo ocurre con la carne y el vino. Los cambios
de posición lo mitigan o aumentan, por lo que cada
enfermo conoce cuál es la posición en que sufre me-
nos; en el decúbito lateral derecho el dolor es casi
constante.

La clase de dolor es también muy variable, aun-
que siempre la misma para cada enfermo. Uno se
queja de ardores intensos, de una verdadera que-
madura; otros de un desgarramiento; este de pun-
tadas atroces que le atraviesan de delante atrás, co-
mo si fuese una puñalada; aquel de una contric-
ción; muchos, de tirones, sensación de peso, etc. Se
nota un predominio por las sensaciones de ardor o
quemadura.

El sitio en que aparece este dolor, es siempre
el mismo para cada enfermo, pero varía mucho de

uno a otro. La zona comprendida desde el ombligo hasta la apofisis xifoides, es la más interesante en cuanto a sensibilidad gástrica, pues como dice Loeper, es allí donde se encuentran los plexos más importantes: plexo mesentérico superior, solar, mesentérico inferior, lumboaórtico; las conexiones de estos plexos con los secundarios que inerven todo el abdomen, explican la variedad de puntos dolorosos y sus irradiaciones. Tanto el dolor espontáneo como el provocado, ofrecen estas irradiaciones hacia distintas partes de la economía: hombro derecho e izquierdo, hacia los flancos, atrás, al costado izquierdo o derecho de la columna vertebral, etc. El mismo hecho se observa con menos frecuencia hacia las fosas iliacas y muslo, como también su localización siguiendo la distribución de los nervios dorsales. En todos los casos conserva sus caracteres primitivos de quemadura, desgarramiento, etc.

Esta irradiación dolorosa ha sido utilizada con un fin diagnóstico. Mathieu dice, por ejemplo, que en los casos típicos de úlcera duodenal que él ha observado, ha notado el predominio de las irradiaciones dolorosas hacia la derecha, en la región suprahepática y aún hacia la base del tórax y el predominio del dolor a la palpación a derecha de la línea media de la región pilórica y duodenal.

Las irradiaciones más frecuentes en la úlcera gástrica, son: la dorsal que atraviesa como puñala-

da y la que se hace por el flanco izquierdo, dolor en cintura.

Existe una relación entre el sitio del dolor, tanto espontáneo como provocado y el de la úlcera en el trazo gastroduodenal? Muchos autores están por la afirmativa; Devobe y Achard, dicen que el dolor umbilical responde al *ulcus* de la gran curvadura; el hipocondrio y hombro izquierdo, parecen indicar al del *cardias* o región vecina; la del hipocondrio derecho y hombro del mismo lado, a una úlcera de la región pilórica y si la lesión está localizada sobre la pequeña curvadura, el dolor aparece en el epigastrio.

Mathieu, Pel, Ricard y Charrier, Paterson, Mackenzie, señalan puntos dolorosos en relación con el sitio de la úlcera. Lidl y Oppenhowsky, citados por Bonorino Udaondo, se expresan así: Úlceras del píloro o región duodenal. 11° y 12° vértebras dorsales, 1°, 2° y 3° lumbares, más dolorosas a la derecha de la línea media; variedades del *cardias*, 7° a 10° dorsales; pequeña curvadura, 7. a 12° dorsales y 1° a 3° lumbares; cara posterior, toda la extensión comprendida entre la tercera dorsal y la 5° lumbar a la izquierda.

Esta relación topográfica del punto doloroso con el *ulcus*, compartida como hemos visto por muchos autores, no es lo común; no hay regla fija en la ubicación del dolor; este se presenta a la dere-

cha, a la izquierda de la línea media, arriba, abajo, al costado de la cicatriz umbilical, trátase de úlcera duodenal, pilórica, de la pequeña o gran curvatura, sean estas múltiples o únicas.

Existe en cambio, una relación estrecha entre el dolor espontáneo y la ingestión de alimentos y si hay algunos ulcerosos que acusan sufrimientos teniendo el estómago vacío, son verdaderas excepciones que algunos autores atribuyen al interrogatorio deficiente.

Es un dolor que cada enfermo experimenta en un sitio determinado, que puede variar de sujeto a sujeto, pero de ninguna manera en el mismo enfermo, caracteres que dan al síntoma, valor fundamental en su diferenciación con los dolores ambulatorios del dispeptico o colítico. Las variaciones que puedan observarse en el mismo enfermo, se deben a la clase de alimento, siendo los sólidos y especialmente la carne los que determinan las mayores molestias; estas se atenúan con los líquidos, la leche por ejemplo, tal vez porque diluyen la secreción gástrica haciéndola menos irritante. mera vez en 1830 por Jhon Abercromie y, después

Hay una variedad de dolor, descrito por primero Lockwood y Moyniham, llamado hunger-pain, o sea hambre dolorosa. Algunos enfermos manifiestan que en ciertos momentos, sienten hambre acompañado de un dolor más que de hambre, de una ver-

dadera ansiedad por comer, una sensación de vacío que les lleva a ingerir inmediatamente, pan, leche, etc., que les produce rápido alivio; como ese dolor puede sorprenderles durante sus ocupaciones o en la noche, tienen la precaución de llevar siempre algunos alimentos en sus bolsillos, o los colocan en su mesa de luz.

Como vemos, es un hambre irresistible, que se experimenta lejos de las comidas cuando el estómago está vacío o casi vacío.

No hay que confundirlo con la ingestión sedante, otro síntoma que se observa en la mayoría de los enfermos y que consiste en el alivio que experimentan con la ingestión de nuevos alimentos, en el momento que tienen su estómago lleno, en plena digestión. Aquí los alimentos obran probablemente diluyendo la acidez del jugo gástrico.

El tiempo de aparición de los dolores después de las comidas, es sensiblemente el mismo para cada enfermo, pero varía mucho entre ellos. Así, desde los que sobrevienen a las últimas degluciones hasta los que aparecen a las 5 o 6 horas de la ingestión, se ven todos los intermediarios; lo más frecuente es que aparezcan a las dos o tres horas.

Su duración es también variable, dependiendo del momento en que sobrevenga el vómito, que como sabemos, calma el dolor.

Se ha querido ver en esta variedad de aparición, una relación con la variedad de localización de la úlcera. Jacoud decía: ocupa seguramente la porción cardiaca, si se hace sentir enseguida después de las comidas; es vecina del píloro, si tarda dos o tres horas y si el retardo es mayor, se puede pensar en la úlcera duodenal.

Moynihan dice que lo común es que el dolor se observe dentro de las dos horas después de las comidas y cuando se observa después de 3 o 4 horas, la úlcera es adherida posteriormente.

Para Mathieu, la localización del dolor en el tiempo, no tiene nada de característico, aunque pertenecerían a la úlcera pilórica y yuxtapilórica, los dolores de las 3 o 4 horas.

En algunos enfermos no es igual el grado de dolor después de las comidas; las crisis diurnas son más fuertes que las nocturnas o viceversa, no pudiendo en este último caso, conciliar el sueño.

La mayoría de los ulcerosos registra una larga historia de sufrimientos, con dolores tardíos que se modifican o no, con la alimentación o el vómito, pero que merced a factores diversos ven mejorar su sintomatología durante largos períodos, meses y aún años, hasta que una nueva crisis hace su estallido. Esta periodicidad dolorosa, con intervalos digestivos normales, debe siempre orientar nuestros exámenes a buscar el *ulcus*.

Vómitos. — El vómito forma parte de un grupo de síntomas que se llama sindroma ácido-sensitivo, no teniendo por lo tanto gran valor aislado. Por lo demás aunque muy frecuentes, faltan en algunos casos.

Como el enfermo se impresiona más por el dolor que por el vómito, no precisa bien cuando se le interroga en ese sentido y de ahí la necesidad de insistir sobre su pasado gástrico. En esta forma se puede ver que en muchos pacientes se inicia la enfermedad con desórdenes gástricos difusos; pesadez, ligeros dolores, retardo en la digestión, eructaciones, todo lo cual acentúase cada vez más, para tomar un carácter sensitivo y acompañarse de acidez. El vómito aparece entonces, por lo general, en el último momento cuando el proceso ya es avanzado y se establece como síntoma constante; el enfermo aleccionado con la experiencia de su martirio cotidiano, recurre a él cada vez que su sufrimiento se hace intolerable.

El vómito puede ser alimenticio o secretorio. En el primer caso, el momento de su aparición y naturaleza, se halla sometido a la intensidad de la crisis y al tiempo de permanencia de los alimentos en el estómago. Cuando aquella es muy intensa, los vómitos se suceden dentro de un breve tiempo, pero por lo general dentro de las 3 a 4 horas después de las comidas.

El alimento puede estar más o menos digerido y si la luz del píloro está algo obstruída, se encuentran restos alimenticios del día anterior.

El vómito no alimenticio está compuesto por una secreción abundante de un líquido filante, claro y muy ácido, al decir de los enfermos, aunque el análisis no compruebe esta acidez en todos los casos.

Tanto secretorio como alimenticio, el vómito puede ser espontáneo o provocado, interviniendo aquí el factor individual; sabiendo que el vómito le alivia el dolor, se lo provoca, observándose en ciertos enfermos un verdadero vicio emetizante.

Las substancias expulsadas, se dividen al depositarse, en dos estratos: el superior líquido, no espumoso, casi límpido; el inferior finamente granuloso, constituido de residuos amiláceos o elementos vegetales, mientras faltan las fibras musculares o restos de carne. Frecuentemente se encuentra sangre a veces visible a la inspección, o solo demostrable con la reacción de Weber.

Hiperacidez. — Es noción de largo tiempo vulgarizada y reconocida como importante elemento de diagnóstico, de que a la úlcera gástrica se asocia un aumento de la acidez total y respectivamente del ClH libre, con o sin hipersecreción; la cifra de 80 % de acidez total y de 3-4 % de ClH libre después de la comida de prueba, son cifras comunes;

pero esta relación que se creyó un aforisma, ha sufrido los golpes de una crítica severa.

La acidez es en cierto modo sensitiva; el grado de esta por el CIH, es a veces muy bajo y sin embargo el enfermo acusa ardores horribles; son manifestaciones sensitivo-sensoriales, que no marchan a la par con la composición del jugo gástrico.

Parkinson y Rheiwald, citados por Ferrio, encontraron que faltaba en cerca de un tercio de los casos. Ewald, encontró una acidez normal en más de la mitad de los casos y solo en un tercio hiperacidez; este mismo autor cita casos de acidez total menor a la normal, en los cuales la operación ha revelado la existencia de una úlcera, sin trazos de carcinoma.

El valor de la acidez puede variar también de un examen al otro y tanto más, si se modifica la dieta; la leche sobre todo la hace descender.

En nuestro país se ha observado lo mismo; al lado de enfermos que acusan poca acidez, están los hiperácidos que son la mayoría, como puede verse en los análisis que acompañan a las historias clínicas.

Hay que tener en cuenta que muchos de los enfermos con hipoacidez, son anémicos, enflaquecidos, o afectos de complicaciones graves; que en algunos casos el diagnóstico entre la úlcera péptica y simples erosiones hemorrágicas con hematem-

sis, no es hecho con seguridad (caso de Soupault); que no siempre es posible excluir con un examen directo en la operación, la existencia del cáncer o la transformación de la úlcera en cáncer.

Sea lo que fuere, el hecho real es la existencia de este síndrome ácido-sensitivo en el úlcus, constituido por pesadez gástrica, eructaciones ácidas, sialorrea, pirosis, vómitos, sensación de ardor en la garganta y hueco epigástrico, etc., que nos lleva naturalmente al análisis del jugo gástrico, y su tenor en ácido clorhídrico.

Este, entonces, puede representar un elemento de juicio valioso, pero sujeto como todos al criterio soberano de la clínica y nunca servirá por sí solo para establecer el diagnóstico, como si al decir de Bunge, la patología estuviese en los tubos de laboratorio.

Así, en los casos de duda, la exaltación de la secreción clorhídrica, decidirá en favor de la úlcera péptica; la hipo y anaclorhidria, en sentido contrario; en los casos en que se piensa más o menos seguramente en la úlcera gástrica, mientras el examen del quimismo indica una insuficiencia de la secreción ácida y de la digestión péptica, estamos autorizados para admitir la transformación carcinomatosa de la úlcera.

De las perturbaciones secretorias, las que realmente ofrecen datos para el reconocimiento de las

ulceraciones de la mucosa, son las hipersecreciones continuas o periódicas.

Es conocido que la inmensa mayoría de las hipersecreciones continuas a tipo síndrome de Reichman, dependen de un *ulcus pilórico* o *yuxtapilórico*. El tubaje en ayunas extrae abundante cantidad de líquido ácido, con residuos alimenticios en cantidad.

Bonorino Udaondo manifiesta haber constatado la presencia de pequeñas cantidades de líquido ácido con o sin residuos, con mayor frecuencia que la gran gastrosucorrea aun en procesos alejados del píloro.

Si la hipersecreción sin estagnación no es dependencia del *ulcus*, la acompaña con gran frecuencia.

En ciertas formas de úlcera de la pequeña curvatura, en las vecindades del antro, suelen presentarse crisis de hipersecreción temporarias, correspondientes a las formas subjetivas paroxísticas. Se caracterizan por líquido residual y *clapoteo* en ayunas, vómitos ácidos, sin *detriectus* alimenticios, etc.; su duración es de días y tienden a desaparecer, atenuados, los fenómenos dolorosos (Mathieu).

La hipersecreción digestiva, aislada por Zweig y Calvo, Strauss, que se caracteriza por una hipersecreción de jugo al estímulo digestivo, estando el estómago vacío, en ayunas, se observa con frecuen-

cia en la úlcera del estómago, sin que ella sea su causa determinante o necesaria; Bonorino Udaondo la considera como una verdadera neurosis secretoria.

El sitio de implantación del ulcus, es el factor determinante de la defectuosa motilidad. Las localizadas en el píloro o en el antro, originan graves insuficiencias motrices con retenciones considerables.

Los procesos alejados del píloro pueden comportarse diferentemente: o no presentan perturbaciones motrices y el tubaje en ayunas es negativo, o retira pequeñas cantidades de líquido sin éxtasis, o existen por el contrario pequeñas retenciones de líquido con residuos microscópicos.

Las estadísticas de Faulhaber y Bonorino Udaondo, acusan esta retención en las úlceras alejadas del píloro; esto se explica por el espasmo pilórico que se origina, o por la hiperacidez, o, como lo indica Bergmann, por excitaciones del vago.

Las grandes retenciones en las úlceras no orbitales, responden a adherencias perigástricas con tironeamientos del píloro; se las tiene de preferencia en las situadas en la pequeña curvadura.

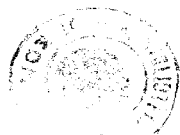
No hay que dar un valor diagnóstico absoluto a estos vicios de la motilidad gástrica, dado que no son patrimonio exclusivo de las úlceras y pueden

observarse en otras gastropatías. Förgensen, en un estudio sobre la cuestión, si encuentra retenciones microscópicas en el 61 % de los ulcerosos, las anota en el 44 % de sus gastropatías funcionales.

Gastrorragia. — La gastrorragia figura entre los síntomas cardinales del uleus, pues cuando aparece confirma plenamente el diagnóstico. Pero además de ser inconstante, hay que tener presente que una de las formas de manifestarse, la hematemesis, es síntoma también de otras enfermedades como ser: varices esofágicas (frecuentes en la cirrosis atrófica de Laennec), apendicitis, cáncer del estómago, etc. La confusión ha sido mayor con la hemoptisis de la tuberculosis, especialmente con la forma hemoptoica de Morton, asociada a trastornos gástricos que no es el caso de diferenciar aquí.

La amplia vascularización del estómago, explica la abundancia de algunas gastrorragias, como también la ingurgitación de los períodos digestivos mientras el órgano trabaja, explica la mayor frecuencia de éstas durante la función digestiva; la cantidad de sangre como es lógico, está supeditada al calibre del vaso abierto y a su obturación por los medios naturales de que dispone el organismo.

La gastrorragia puede manifestarse de tres maneras: hematemesis, melena y hemorragias ocultas.



La hematemesis ofrece casi siempre relaciones con el proceso digestivo, apareciendo la sangre mezclada con los alimentos, pero se las observa también en un momento impensado y como primer y único síntoma de la enfermedad; en estos casos los enfermos son sorprendidos por una hemorragia intensa, sin que recuerden trastornos gástricos anteriores; tales son los casos referidos por Dieulafoy, en sus lecciones sobre la exulceratio simplex y los casos de úlcera latente.

Cuando la hematemesis sigue a la hemorragia, la sangre es roja, no aireada, pero si se ha detenido algún tiempo en el estómago, sufre un principio de digestión que la vuelve oscura. Pasando al intestino, aparecen las materias fecales muy oscuras, recordando a una morcilla o al alquitrán.

Puede existir la hemorragia sin producirse la hematemesis; la sangre se acumula en el estómago, manifestando el enfermo todos los signos de una hemorragia interna: pesadez, desfallecimiento, estado lipotímico, pulso pequeño y frecuente; más tarde recién se produce el vómito.

Algunas veces se inicia por un dolor agudísimo, quizá originado por la perforación vascular. Otras, la hematemesis es la continuación de un vómito ordinario o de nauseas repetidas; los esfuerzos que hace el enfermo al vomitar, producirían la ruptu-

ra de los vasos ingurgitados y de paredes frágiles.

Esta forma a gran hemorragia es más propia de las ulceraciones agudas, en la que derivan de la ruptura de gruesas arterias (coronaria estomáquica, gastro epiploica, esplénica, etc.). En estos casos la muerte puede sobrevenir rápidamente en el colapso propio de las grandes hemorragias internas, aún cuando no haya hematemesis o sea escasa; de una única hematemesis el enfermo suele reponerse pronto y este es uno de los caracteres notables de la gastrorragia de la úlcera, frente a la del cáncer.

Ciertos enfermos repiten su vómito de sangre varias veces por día, pero si la hemorragia no es súbitamente letal, suele cesar después de un día con la inmovilización y los otros recursos (reposo absoluto, hielo, hemostáticos, etc.)

Puede ser única en todo el curso de la úlcera o repetirse a intervalos un cierto número de veces.

La alteración de la crisis sanguínea depende de la frecuencia de estas pérdidas; a una gran frecuencia sucederá una anemia considerable.

Aunque la sangre sea expulsada en su mayor parte con el vómito, siempre pasa al intestino una cierta cantidad que aparece bajo la forma de melena. Las heces son entonces de color oscuro, de aspecto viscoso que recuerda el alquitrán. Cuando la

sangre es escasa, forma conglomerados o pequeños grumos parduzcos, más o menos íntimamente mezclados con las heces.

Debe recordarse que un aspecto parecido presentan las heces de los enfermos que han ingerido sales de bismuto.

Pueden observarse también finas estriaciones de sangre sobre las heces.

Las hemorragias ocultas, de las que Moyniham ha querido hacer un signo exclusivo de la úlcera duodenal, comprenden a las pequeñas pérdidas de sangre que se eliminan conjuntamente con las materias fecales y que solo un examen químico puede descubrirlas. Aquí las heces aparecen con sus caracteres normales y no hay signo visible que permita suponer la hemorragia; sin embargo en algunos enfermos se traducen por anemias intensas y estados lipotímicos.

Esta forma de hemorragia se hace a intervalos, por lo que conviene multiplicar los exámenes. Las reacciones más empleadas son la de Weber, Van Deen, a la bencidina, Boas, etc.

Moyniham, sostiene que solo se observan en las úlceras duodenales, pero todas las estadísticas demuestran que corresponden igualmente a las gástricas, cualquiera que sea su localización.

Estas dos últimas formas, melena y hemorra-

gia oculta, son patrimonio de los procesos crónicos, con antecedentes gástricos antiguos, en los que por razón de su misma cronicidad, los síntomas son más benignos, sin excluir por cierto, la posibilidad de una hemorragia abundante.

No haremos más que mencionar la *gastrostaxis* de los cirujanos norteamericanos, que consiste en una intensa congestión de la mucosa gástrica, la cual sangraría sin la existencia de úlcera alguna.

Otros síntomas. —Mencionaremos aquí un grupo de signos de menor importancia, que agrandan el cuadro sintomático prestando ayuda para el diagnóstico, sobre todo cuando faltan algunos de los que hemos llamado cardinales.

La evolución de la úlcera, nos permitirá sacar algunas conclusiones diagnósticas; esta no es una enfermedad a marcha cíclica; sus comienzos suelen ser bruscos, desapareciendo del mismo modo bajo la influencia de un simple tratamiento. En ella son muy característicos los períodos de crisis que ofrece; estos períodos de duración variable, se ven interrumpidos por otros de acalmia que pueden durar varios años.

Los períodos de reposo se acortan a medida que el tiempo transcurre, mientras los de crisis se hacen más intensos y largos, llegando en un momento dado, a hacerse tan intensos y violentos que

el mismo enfermo solicita la intervención quirúrgica.

La eficacia del tratamiento cualquiera que sea el número y la intensidad de las crisis, es otra cosa que debe tenerse en cuenta, especialmente en los adultos, en los que el factor edad, presiona la balanza en el sentido del cáncer.

El reposo en el lecho, el régimen lacteo, el bicarbonato de soda y el bismuto, etc., calman muy pronto las crisis y mejoran a los enfermos.

La nutrición general del ulceroso es casi siempre normal, por lo menos al principio; conserva su apetito, tiene hambre y si adelgaza, es porque come sus alimentos. No se trata aquí de un síntoma de el proceso mismo, como ocurre en el cáncer, sino de la consecuencia lógica de la disminución del aporte alimenticio: alimentado, recuperaría sus fuerzas porque no hay una causa orgánica que pueda impedir el restablecimiento.

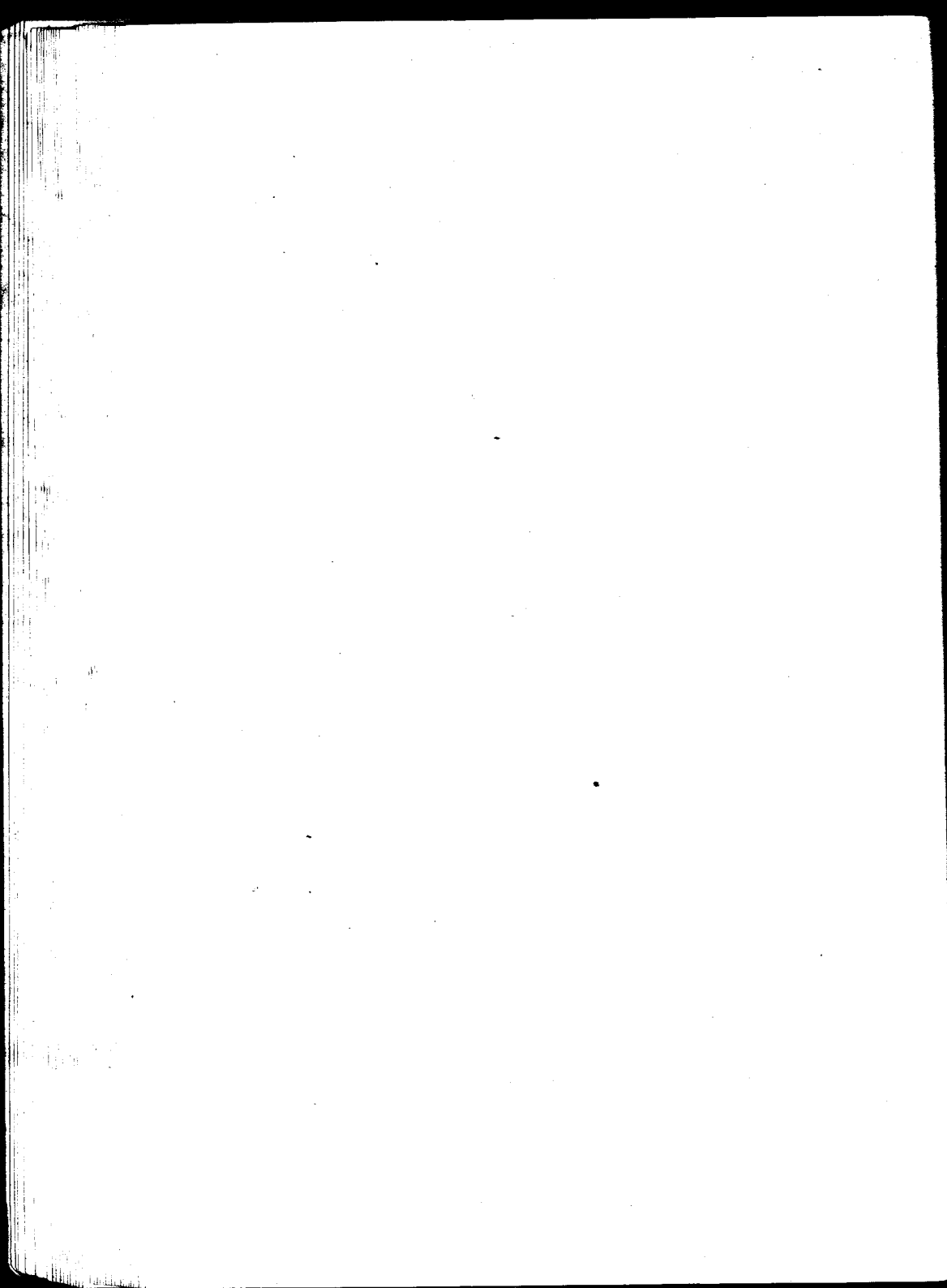
La constipación es un síntoma que las estadísticas hacen aparecer en el 90 % de los ulcerosos; éstos no le dan importancia, impresionados por los otros signos más ruidosos; en oposición de los colíticos que hacen girar sobre ella todos sus males. Hay que tener presente siempre a los constipados dispépticos, comprendidos en el grupo de los vagotónicos de Loeper.

En ciertos enfermos se palpa un tumor en el área gástrica, que depende de la callosidad producida en torno de la úlcera, o de un foco de perigastritis adhesiva anterior.

La dilatación de estómago comprobable por el examen radioscópico, cefalalgias, psicopatías, dispepsia coexistente con el *ulcus*, son otras tantas manifestaciones de la úlcera, a las que se pueden agregar los signos de Mendel, Grinsburg, Einhorn, etc.

Por último citaremos los síntomas biológicos de Loeper: signo de Secchi, del ácido acético, signo de Volhard, reflejo bilio-pancreático, digestibilidad mayor de la albúmina, etc.

El citodiagnóstico de los líquidos de lavaje estomacal, según la técnica de Mariani o de Loeper y Binet, solo tiene interés para el diagnóstico diferencial entre *ulcus* y cáncer, al reconocer las células específicas de la neoplasia.



CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS

Un síndrome clínico que comprenda todos los elementos descriptos, demuestra del modo más seguro la existencia de la úlcera péptica, diagnóstico que se comprueba cuando en los casos afortunadamente raros, sobreviene todavía la perforación con su peritonitis consecutiva.

Esta sintomatología completa de la úlcera, no es el caso más frecuente en la práctica y la falta de uno o más de los elementos diagnósticos, es casi habitual.

El dolor es el síntoma que falta más raramente. La dispepsia como se ha dicho, no tiene nada de característico; sin embargo, Palasse y Delorme relatan en el *Lyon Médical*, un caso de úlcera del estómago a forma puramente dispéptica y hemorrágica. La hiperacidez es un buen síntoma, pero inconstante; el vómito falta en muchísimos casos, o existe en ciertos períodos de la enfermedad y falta

en otros. La hematemesis tiene una frecuencia variable según las estadísticas. del 20 al 80 %.

Es fácil distinguir entonces, estas cuatro modalidades de curso clínico: *casos latentes*, en los que falta el dolor y los otros síntomas, hasta que la enfermedad se revela imprevistamente por una complicación (peritonitis por perforación) o con una hematemesis más o menos grave; o sino, llega a cicatrizar, pero se acompaña en seguida de reliquias (estenosis del píloro, etc.) *Casos representados solo por dolores. Casos representados por dolores y hemorragias y casos en que predomina el vómito.*

En estos tipos clínicos el síntoma que los caracteriza, es predominante pero no exclusivo y se puede ver suceder más de una vez en el mismo enfermo, los distintos tipos unos a otros, sin perjuicio de que quede mejor caracterizado el tipo primitivo.

La posibilidad de una latencia completa de la úlcera gástrica, es ampliamente demostrada por el hallazgo de úlceras en la autopsia de individuos muertos de otra enfermedad o por la aparición insólita de hematemesis o perforación, en sujetos precedentemente exentos de síntomas gástricos.

De gran interés práctico son los casos en que el síndrome doloroso resume todas las manifestaciones de la enfermedad y estos, digámoslo ya, son los más frecuentemente observados.

El diagnóstico se acercará tanto más a la verdad, cuanto los dolores correspondan más al cuadro clásico, aunque la sospecha de la úlcera deba dominar siempre en nuestra mente, frente a dolores gástricos intensos, accesionales, periódicos, que no se puedan clasificar como simple gastralgia de índole neurótica o refleja.

En estas circunstancias el efecto de la cura clásica (reposo, régimen lacteo, alcalinos, etc.), tiene un verdadero significado diagnóstico. Pero la diferencia diagnóstica entre la úlcera péptica con síndrome doloroso y gastralgia simple u otra neuralgia, posee otros resortes de orden sintomatológico que será útil recordar.

Es la palpación profunda del hueco epigástrico, que suscita el dolor propio del *ulcus*; si este hecho no se verifica y se constata en cambio una hiperalgesia exclusivamente cutánea, es lícito pensar en una neuralgia, tanto más si existen puntos dolorosos a lo largo de los espacios intercostales. Además indican la gastralgia, el carácter irregular de los dolores, su independencia de las comidas, el modo variable y no fijo con que son descriptos por los enfermos, su suspensión por largos períodos, su desaparición con una fuerte presión sobre el vientre, los síntomas neuróticos generales, la aerofagia, etc.

Es digno de tenerse en cuenta que así como la forma secretoria sufre variantes considerables en las diversas regiones y con la dietética empleada, lo mismo acontece con los fenómenos subjetivos. Así, se tiene que tomando las estadísticas alemanas se ve que mientras en Prusia los casos de ulcus provocan dolores intensos con hiperacidez, los de Munich e Insbruck, evolucionan con quimo hipo o anaácido.

En nuestro país, esencialmente carnívoro, existe predominio de fenómenos dolorosos con fórmulas hiperclorídricas.

Algunos autores siguiendo a Bönnigier, aconsejan en las formas gastrálgicas sospechosas, introducir por la sonda en ayunas, 100 a 200 gr. de una solución décimo normal de ClH; en los ulcerosos se provoca de inmediato un vivísimo dolor, que se consigue calmar con un poco de leche. Es un procedimiento poco recomendable, por los sufrimientos que ocasiona.

El síndrome hemorrágico puede manifestarse como hemos visto, en la forma a grandes hemorragias o hemorragias ocultas y nunca se encuentra completamente individualizado (salvo los casos latentes), como para formar un tipo clínico bien definido. En estos casos el síntoma aislado, hemorragia oculta, tiene verdadera importancia diagnóstica y se le debe buscar repetidas veces.

Por último en el tipo emetizante, siempre se encuentran los síntomas que forman el síndrome ácidosensitivo. Si el vómito como elemento aislado ofrece muy relativo valor, su concordancia con el tipo doloroso lo hacen un factor interesante de diagnóstico. Se le encuentra en los ulcus de cualquier localización, aunque con cierta preferencia en las orificiales o yuxtapilóricas.

El síndrome ácido-sensitivo y la dispepsia hiperclorhídrica son dos entidades distintas, o son la misma cosa?

Es de hacer esta pregunta, ante el parecido innegable de la hipercloridria clásica y esta forma clínica del ulcus.

Roux, en su tratado de las enfermedades del estómago y esófago, al hablar de la hiperclorhídria se expresa así: Ciertos enfermos no sufren de su digestión sino muchas horas después de la ingestión de los alimentos. Inmediatamente después se encuentran perfectamente y este bienestar se prolonga 2 a 4 horas después de la comida del medio día y 3 a 5 después de la de la noche. Pero entonces aparecen dolores de gran agudeza y se hacen a veces atroces, acompañándose a menudo de un vómito alimenticio.

Estos dolores retardados desaparecen inmediatamente, con la ingestión de alimentos, para vol-

ver después de un tiempo que depende de la cantidad de alimentos ingeridos.

En ciertos sujetos la crisis es menos neta; a veces existe un ligero dolor durante casi todo el día, pero sobre el cual resalta siempre el paroxismo doloroso tardío. En otros el dolor gástrico falta o es más atenuado; el paciente solo sufre de cefalea, vértigos, palpitaciones, o un flujo abundante de saliva que sobreviene en el momento de los dolores tardíos habituales.

Como vemos la coincidencia sintomática entre los dos cuadros es completa, coincidencia que ha sido confirmada por la constatación de úlceras en los hiperclorídricos crónicos operados.

Úlcera e hiperclorhidria, son entonces la misma cosa, como ya lo concibiera Soupault, años atrás.

LOCALIZACIÓN

Aceptada la posibilidad de una úlcera, es necesario tratar de localizarla. Las úlceras orificiales son de una localización relativamente fácil, pero no sucede lo mismo con las que se sitúan en las otras regiones del órgano, donde solo por su conjunto somático y el relativo valor de algunos signos, hay probabilidad de localizar.

Vamos a considerar las úlceras del cardias, del píloro, de la pequeña curvatura y del cuerpo.

Las úlceras del cardias dan análogas exteriorizaciones que las de la porción inferior del esófago y como ellas pueden llevar a la estenosis total. Provocan dolores inmediatos después de las comidas, dolores que se localizan debajo del apéndice xifoideos y que es difícil puntualizar por medio de la palpación. A la larga la disfagia se presenta, progresa y concluye por hacerse total, debido más que a la

estrechez orgánica, al espasmo del orificio exacerbado por la hiperestesia de contacto.

En las úlceras de las vecindades del cardias, el horario del dolor no es tan inmediato; existe dificultad en el paso alimenticio, pero no disfagia absoluta.

El cardio-espasmo, muy constante, se revela por la dificultad y aprisionamiento de la sonda a su pasaje. Completan el cuadro un quimo hiperácido y las hemorragias ocultas.

El Dr. Bonorino Udaondo al referirse a las úlceras pilóricas, engloba en una misma sintomatología las situadas en el orificio mismo, como las situadas en ambas vertientes y cree que la distinción entre las úlceras duodenales o gástricas, solo es posible cuando están más alejadas de la esfera de acción del píloro.

Deben mencionarse también como productoras de estrecheces pilóricas, la hipertrofia muscular del píloro, la gastritis tóxica, las compresiones de origen hepático, el cáncer del páncreas, hipertrofias ganglionares, etc, que al comprometer el funcionamiento pilórico en forma permanente, traerán como consecuencia natural, el estancamiento de las materias alimenticias, la dilatación gástrica, los vómitos, etc. El análisis de los elementos componentes del síndrome úlcero-pilórico, nos permitirá separar este de aquellos.

En el síndrome úlcero-pilórico, los fenómenos predominantes son los de éxtasis con hipersecreción. Variable en cantidad y sobresaliendo algunos de estos factores, ellos son de constancia casi absoluta. Los líquidos son a elevada acidez y los residuos alimenticios abundantes, aún microscópicamente.

El grado mínimo de la retención o, si se quiere, la diferenciación entre los líquidos residuales y la simple estagnación, es difícil por los procedimientos habituales, ofreciendo un interés real y valor clínico la precisión del hecho.

La concentración molecular según el método de Winter, es de indudable utilidad en estos casos particulares, sabiendo que la cifra de concentración de un jugo puro es de 0,012 y que los valores por encima se originan por el éxtasis.

El horario del dolor es a predominio tardío, 2 a 4 horas después de la ingestión de alimento; originado por el espasmo del píloro, guarda relación directa con el grado de hiperacidez y de hipersecreción.

Enríquez y Durand, han constatado en ocasiones la reacción dolorosa predominando en úlceras yuxta-pilóricas a pobre sintomatología.

Agote presenta los siguientes elementos como componentes del síndrome:

1.° — Retardo manifiesto de la evacuación gástrica y peristaltismo exagerado.

2.° — Hipersecreción en ayunas (líquido de éxtasis).

3.° — Hiperclorhidria en el líquido de retención y en el jugo gástrico.

4.° — Vómitos secretorios y alimenticios.

5.° — Posible ausencia del dolor espontáneo y provocado.

Disminuída la luz del orificio pilórico, por la persistencia del espasmo o por la retracción cicatricial de una úlcera antigua o en plena evolución, el estómago se ve obligado para vencer el obstáculo, a aumentar sus contracciones (peristaltismo exagerado), con lo cual consigue o nó, pasar su contenido al duodeno.

Cuando la estenosis no es muy marcada, es fácil el paso, pero a la larga aumentando aquella, quedan en el estómago restos de los alimentos ingeridos la víspera (evacuación retardada). Este resto al mezclarse durante la noche, con los líquidos hipersecretados por las glándulas continuamente irritadas por el *ulcus*, se encontrará por la mañana en ayunas en cantidades variables, pero siempre superiores a la normal (hipersecreción gástrica).

El análisis del jugo gástrico luego de la comida de prueba, denuncia generalmente a más de la hi-

perclorhidria, una hiperacidez por los ácidos de fermentación (láctico, acético, butírico), todo ello mezclado con restos de alimentos mal digeridos (éxtasis gástrica).

Sometido el estómago en estas condiciones, a la doble influencia de la úlcera y a la persistencia del contenido, cede poco a poco, sus paredes pierden la tonicidad muscular, se dilatan, convirtiéndose en una bolsa inerte donde se hallan los alimentos ingeridos desde varios días anteriores, que son expulsados de tiempo en tiempo por medio de vómitos fétidos y ácidos.

Es en el cáncer donde se encuentra el verdadero tipo de estenosis pilórica, en que el factor mecánico llega a cerrar completamente el orificio. En el ulcus es difícil llegar a ese extremo, donde ni el tejido cicatricial, ni el espasmo que supone tonicidad gástrica, son capaces de determinar una obturación completa.

La existencia de líquido en ayunas es muy importante para caracterizar la estenosis; su cantidad varía mucho de un enfermo a otro, pudiendo llegar a 200,300 c. c. y más.

Siendo este líquido de éxtasis un síntoma más común en todas las úlceras cualquiera que sea su localización, se ha tratado de precisar sus caracteres, cuando proviene del síndrome pilórico.

Winter ha estudiado su concentración molecular y según sea el grado de esta ha formado ciertos esquemas.

Mathieu ha formado tres grupos de síntomas primarios, para el síndrome úlcero-pilórico: 1.º En los casos en que la estenosis no es muy pronunciada, *la éxtasis desborda la hipersecreción*. 2.º Cuando la estenosis es completa, *la hipersecreción desborda la éxtasis*. 3.º Los dolores tardíos.

Son divisiones completamente artificiales que no nos van a detener.

Como vemos la localización pilórica de la úlcera, es una de las formas más positivas y mejor estudiadas de esta enfermedad, tal vez la única realmente diagnosticada por la clínica, aun sin contar con la eficaz ayuda de los rayos.

La localización del úlcus en la pequeña curvatura, es posible hacerla en ciertos casos clínicamente, aun cuando la mayoría necesita el control radioscópico. El dolor es variable y nada característico; en los casos del Dr. Bónorino Udaondo el dolor tiene su mayor intensidad, entre 1 y 2 horas después de la alimentación.

La localización no es constante ni precisa; generalmente es alta: región epigástrica superior y aun torácica; en casos en que la presión provoca dolores atribuibles a la zona de proyección de la pe-

queña curvatura, el reparo operatorio muestra un *ulcus pilórico*.

Las sensaciones dolorosas son en general muy intensas, sobre todo en las formas a larga evolución, hecho explicable como lo indica Mathieu, por la relación estrecha del plexo solar y sus emanaciones.

El aumento local de tensión del recto izquierdo, es frecuente.

La mayoría de los enfermos dan fenómenos de hipervagotonismo, cuyas exteriorizaciones clínicas son el espasmo pilórico, pequeñas retenciones, bradicardia que llega a 50 y 60 pulsaciones y miosis, pero se distingue del *ulcus pilórico*, por la ausencia de éxtasis y de dilatación gástrica, lo que muestra la radioscopia que además permite constatar una sombra gris, o una deformación ligera sobre la pequeña curvatura.

Los vómitos son poco característicos, pero la náusea, el estado nauseoso mismo es muy frecuente y tendría para Loeper y Schulmann un valor importante. La sialorrea precoz como horario es también bastante constante; al contrario se encuentra la sangre en las heces y líquidos gástricos, con menos frecuencia que en el *ulcus pilórico*.

Bonorino Udaondo, ha notado en ulcerosos con fenómenos adhesivos perigástricos, la anisocoria, en sujetos que nada permitía sospechar una infec-

ción específica.

Loeper y Schulmann atribuyen con justa razón, una gran importancia a la prueba terapéutica. En efecto el ulcus de la pequeña curvadura es particularmente rebelde a la medicación habitual y no es calmado por el bismuto, salvo a veces si se coloca al enfermo en la posición de Trendelenburg, lo que es característico.

Hay un punto nuevo sobre el que insisten los autores mencionados: los desórdenes circulatorios. Primero, la hipotensión bastante banal en el ulcus, enseguida la bradicardia más especial en el ulcus de la pequeña curvadura, en fin y sobre todo, el reflejo óculo-cardíaco que en todos los casos es muy neto.

Ciertos de estos síntomas se explican por la posición elevada del ulcus, pero hay otros cuya patogenia los autores atribuyen a lesiones del pneumogástrico: espasmo del cardias, náuseas, salivación, desórdenes circulatorios. Ellos dan a esta opinión un substratum anatómico, en las lesiones de neuritis esclerosante que constatan en el examen histológico de la pieza obtenida por gastrectomía, sobre uno de sus enfermos operado por ulcus crónico de la pequeña curvadura.

Se concibe que las úlceras cuanto más se acercan a los esfínteres cardíaco o pilórico, tienden a

aunar su sintomatología con la propia de esas regiones.

Las *úlceras del cuerpo* del estómago, escapan en general a la localización. Es indudable que las de la cara posterior tienen tendencia a provocar exagerados paroxismos dolorosos a predominio dorso-lumbar, que en ciertos casos parecen calmarse en el decúbito ventral.

Sin ser absolutos puede aún aceptarse, que los *ulcus* de la cara anterior dan a la palpación el dolor circunscripto, que falta en la mayoría de las otras localizaciones.

Hemos visto que el síndrome de Reichmann, cuando sus factores constitutivos son netamente acusados, parece ser un signo casi patognomónico del *ulcus pilórico* o *yuxta-pilórico*. Cuando la hemorragia se añade actualmente, es característica de un *ulcus* en actividad; cuando ha sido observada anteriormente, se puede ver una presunción de *ulcus* antiguo y por consiguiente de estenosis pilórica consecutiva.

Como veremos en el diagnóstico diferencial con el cáncer, es difícil decidir en clínica, si se trata de un *ulcus* inveterado, de un *ulcus* calloso, o de una

úlceras que ha sufrido la transformación epitelio-
matosa.

Cuando falta la constatación de una hemorra-
gia reciente o el recuerdo de una hemorragia anti-
gua, el síndrome de Reichmann por sí solo debe to-
davía constituir una presunción suficiente de úlcus
pilórico, yuxta-pilórico, o de estenosis de origen ul-
ceroso.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Rara es la afección que directa o indirectamente no repercute sobre la función digestiva y se exteriorice por algún síntoma que a un examen superficial pueda simular un ulcus. Pero hay un grupo de afecciones con las que se confunde más comúnmente, de las que vamos a hacer un somero diagnóstico diferencial; estas son: la dispepsia dolorosa, las neurosis gástricas y la histeria, las crisis tabéticas, gastritis ulcerosas y erosiones hemorrágicas, exulceratio simplex, litiasis biliar, cáncer de estómago y úlcera de duodeno.

Ciertas dispepsias sin ulceración pueden caracterizarse por dolores bastante intensos y por el contrario, el ulcus latente puede no manifestarse más que por fenómenos de dispepsia banal; de ahí causas de error a veces invencibles.

En los casos de atonía o ptosis gástrica, puede aun haber momentaneamente por lo menos, un po-

co de líquido en ayunas. Sin embargo, en estas dispepsias hiperesténicas los dolores tardíos calmados por la alimentación son menos netos, hay comunemente hiperclorhidria y jamás hemorragias, aun hemorragias ocultas.

En cuanto a las dispepsias hiperclorhídricas con síndrome ácido sensitivo, hemos dicho antes que hoy se catalogan como úlceras.

El dispéptico es un enfermo mal definido, con modalidades tan curiosas como extrañas, que bien pronto llama la atención. Transcribo un párrafo del Prof. Agote, quien presenta así al dispéptico: "Todos Uds. lo conocen perfectamente, por más que se le observa con mayor frecuencia y en su forma más típica en la clientela civil. Por regla general no se interna en los hospitales; su habitual rebeldía a toda disciplina lo hace preferir la libertad del consultorio, a donde acude con verdadero entusiasmo los primeros días, formulando desde que cruza sus umbrales una crítica severa contra los médicos a quienes anteriormente visitara, a los que acusa de incapaces por no haber conocido su enfermedad. Esto no le impide que, a su vez, hable de nosotros en igual forma en el nuevo consultorio que visita, atraído por la recomendación del primer venido, un aviso de diario, etc., etc. Esta forma de expresión, de mentalidad de ambos sujetos no se refiere única-

mente a un síntoma tan llamativo como el dolor, sinó que en general, constituye el substratum psíquico del dispéptico sensitivo, en quien no existe el contralor dominante de un espíritu equilibrado”.

Las neurosis gástricas sensitivas, con facilidad pueden confundirse con la úlcera tanto por la intensidad de las crisis, como por el horario del dolor, la intolerancia gástrica, los vómitos, etc. Solo el ciclo evolutivo del proceso muchas veces permite orientar el diagnóstico, dada la caprichosidad de las reacciones subjetivas, el fracaso de la terapéutica lógica y el efecto de la sugestión medicamentosa. Añádase el complemento casi constante de estigmas neuropáticos y el acmé sintomático en los períodos de excitación psíquica.

En los histéricos, los dolores pueden tomar una intensidad muy grande; puede haber vómitos, intolerancia gástrica y según ciertos autores, las hemorragias serían relativamente frecuentes. Lo que caracteriza mejor las crisis dolorosas histéricas es no solo el hecho de que ellas sobrevienen en histéricos averiguados, sinó también que ellas acompañan o preceden a crisis convulsivas, que la sugestión directa o la sugestión medicamentosa tienen sobre ellas una acción marcada y que comunmente en los enfermos que las presentan se puede observar o crear a voluntad, zonas y puntos dolorosos histerógenos en el epigastrio.

En cuanto a las hemorragias histéricas son raras y aun con el conjunto esbozado ellas deberán siempre hacer temer la existencia de un ulcus.

La distinción entre las crisis gástricas de los tabéticos y el ulcus es comunmente fácil, teniendo en cuenta para los primeros, el comienzo de las crisis, los largos períodos de remisión completa que los separan, la intensidad de los dolores, la intolerancia absoluta del estómago, los vómitos, el fin brusco de las crisis y la existencia de signos de tabes.

Sin embargo, en ols nerviosos, el dolor de origen ulceroso puede tomar una gran intensidad, los vómitos pueden aproximarse y la intolerancia estomacal hacerse muy marcada; pero entonces no se observan ni los signos concomitantes del tabes inicial, ni el comienzo y el fin brusco de las crisis. Charcot y Mathieu sostienen la existencia de hemorragias, sin otro signo de presunción de ulcus en los tabéticos considerándolas raras y siempre sospechosas.

La exulceratio simplex de Dieulafoy. ha sido observada en individuos jóvenes, sin pasado gástrico y en los cuales una hematemesis abundante, sobreviniendo de una manera imprevista, ha sido la primera manifestación de la enfermedad. En casi todos los casos hay fiebre (38°-39°); la frecuencia de

la fiebre en estos casos, aproxima la exulceratio simple y su hemorragia a las erosiones y gastrorragias que han sido señaladas en el curso de enfermedades infecciosas, fiebre toroidea, fiebre puerperal, apendicitis, etc.

En la gastritis crónica atrófica (Aquila gástrica y Leudet, han descrito ulceraciones desiguales, muy diferentes por su aspecto del *ulcus* típico. Sin embargo en presencia de una hemorragia estomacal en un etílico crónico, es al *ulcus* al que debe referirse, a menos que haya signos de cirrosis hepática, con bazo grande y posibilidad de várices esofágicas.

En la gastritis crónica atrófica (Aquila gástrica de los alemanes) se han observado a veces hemorragias, pero estas se producen exclusivamente a propósito de un lavaje estomacal y la característica sería encontrar anaclorhidria y restos de mucosa en el agua teñida de rosa del lavaje.

Las erosiones hemorrágicas se encuentran sobre todo en los enfermos atacados de una enfermedad del corazón o en tuberculosos llegados a un período avanzado, o en el curso de una afección hepática habiendo determinado la producción de várices en el dominio de las venas esplénicas, gástricas, o esofágicas.

Estas hemorragias tienen por carácter producirse por crisis a intervalos a veces muy alejados,

sin dolores, sin accidentes marcados de dispépsias.

En el mal de Brigh, pueden haber también hemorragias gastro-intestinales de origen alceroso, pero es un hecho raro.

Muchas de las afecciones del aparato digestivo y de sus glándulas anexas, tienen su primera expresión clínica en el estómago, que al decir de Moynihan, es el primero que da el grito de dolor; la litiasis biliar es una de estas enfermedades que hace su inauguración sintomatológica en el estómago. Por eso del diagnóstico suele ser difícil mientras no se haya observado el síndrome de la obstrucción del colédoco; en este caso el problema está escrito en el color amarillo de la piel. La icteria simple puede observarse en el úlcus pero, dato importante, casi siempre falta el dolor.

Son los enfermos con colecistitis crónicas, con pericolecistitis, con adherencias gastro-císticas, duodeno-císticas, los que ofrecen verdaderas dificultades. La frecuencia de los dolores tardíos y en relación con las comidas, el sitio del dolor provocado por fuera de la línea media, debajo del reborde costal derecho, en la zona de Chauffar, o en pleno hueco epigástrico, la constatación del síndrome ácido-sensitivo, cuando las crisis son muy intensas, los dolores espontáneos nocturnos, etc., todo, contribuye a hacer más difícil el diagnóstico. Y cuando las ad-

herencias comprenden al pancreas, principalmente a la cabeza de esta víscera, entonces las perturbaciones digestivas nos ocultan la verdadera causa, atribuyéndola no solo al *ulcus* sino al *cáncer* mismo.

En la forma típica del cólico biliar no hay lugar a dudas, pues entonces se asocian síntomas característicos, como tumefacción del hígado y de la vesícula, a veces ictericia, fiebre hepatálgica, etc. El dolor de la úlcera gástrica es casi siempre un síntoma cotidiano, con las relaciones con la alimentación y los demás caracteres que le conocemos, mientras que el cólico biliar es un hecho episódico intercalado, con períodos de *acalmia* de uno o muchos días. Muy rara vez en el *ulcus* llega a la agudeza desesperante de la crisis biliar para hacer necesario el empleo de la morfina. Cuando llega a este grado, no tiene la persistencia del ataque biliar, el cual dura por lo general muchas horas, comenzando en forma brusca y no paulatina como en el *ulcus*. Hay que agregar también las manifestaciones peritoneales constantes en la litiasis, raras en el *ulcus*.

En cuanto a la hiperacidez de las substancias expulsadas con el vómito, es por sí solo un buen indicio para creer en la úlcera y no en la *coletitis*.

El diagnóstico entre la úlcera gástrica y el *cáncer* del estómago, reclama un gran número de consideraciones. No obstante las excepciones confirma-

torias de la regla, no se debe olvidar que la úlcera es una enfermedad de la edad joven y que tres cuartos de los casos por lo menos, conciernen a individuos de edad menor de 40 años, mientras los tres cuartos de enfermos de cáncer han ultrapasado esa edad o se encuentran entre los 50 y 60 años.

Los fenómenos dispépticos y los dolores tienen caracteres un tanto diferentes en las dos enfermedades. Los enfermos de úlcera tienen un apetito normal en el intervalo de las comidas, que es generalmente el período de una calma completa o casi completa de sus sufrimientos; no se quejan de gusto amargo en la boca y presentan una lengua rosada y húmeda o apenas saburral; en los enfermos de cáncer es de regla una anorexia completa y aun una aversión precoz por la carne; se quejan de boca amarga y presentan una lengua pálida, saburral; sufren de regurgitaciones, de olor y gusto repugnante, mientras en la úlcera faltan las regurgitaciones o son raras y fuertemente ácidas (pirosis).

Los dolores, que en la úlcera son temporarios y casi constantemente con el período digestivo, son menos agudos en el cáncer, sordos, obtusos, persistentes, exacerbados a períodos o apenas calmados de cuando en cuando; casi jamás se interrumpen completamente.

El vómito, además de ser mucho más frecuente

en el cáncer que en la úlcera y en el cáncer más obstinado, sobreviene en éste en ayunas y se compone de restos estancados de alimentos mal digeridos; cuando las materias expulsadas reaccionan ácidamente, la acidez es debida a los ácidos orgánicos.

Al examen del contenido gástrico después de la comida de prueba. la hiperclorhidria con rápida digestión de los albuminoides y escasa digestión de los amilaceos, es el hallazgo clásico de la úlcera gástrica; la ausencia de ácido clorhídrico libre con fermentación y descomposición anormal de los alimentos, corresponde al cáncer. Estos dos casos extremos tienen un significado diagnóstico decisivo, no así las cifras intermedias del ácido clorhídrico libre, por la razón de que la úlcera inveterada y múltiple se asocia a veces a una gastritis crónica anaclorhídrica, mientras un cáncer derivado de una úlcera puede en un primer período de la enfermedad haber coincidido con la hiperacidez.

Las gastrorragias se verifican tanto en la úlcera como en el cáncer y para ambas tiene importancia diagnóstica la hemorragia oculta; la hematemesis de sangre reciente, roja, única o a grandes intervalos, es propia de la úlcera; la hematemesis escasa, de sangre negra, que se repite comunmente y no cesa de presentarse a breves intervalos, después de aparecida la primera vez, es propia del cáncer.

Como se comprende, la presencia de un tumor epigástrico acompañado de otros síntomas de la enfermedad es un indicio casi seguro de cáncer, aunque, se debe tener presente que en casos de úlcera se llega en circunstancias especiales a palpar tumor en el epigastrio, atribuible a espesamientos callosos, o masas de adherencias peritoneales, o hipertrofia del píloro.

Son los enfermos con colecistitis crónicas, con temporaria mejoría del estado general, de regla adelgazan progresivamente y no tardan en caer en el típico estado de la caquexia cancerosa; las hemorragias gástricas precipitan la decadencia y no permiten al paciente reponerse. En vez, los enfermos de úlcera, son cuando mucho anémicos por graves hemorragias recientes y de estas pérdidas se reponen rápidamente, manteniéndose no obstante sus sufrimientos en buen estado general por mucho tiempo. Son más bien neuróticos e hipocondríacos que reaccionan al mal, mientras los cancerosos suelen ser más tristes, apáticos, más faltos de energía física y moral.

La fiebre caracteriza los períodos terminales del carcinoma y a veces es precoz y tenaz y traduce la existencia de un neoplasma latente, mientras en la úlcera la fiebre constituye un raro episodio que encuentra su causa en una anemia aguda de hema-

temesis reciente o en la reacción peritoneal de una perforación lenta de la úlcera.

Finalmente una complicación que puede ser precoz, la perforación, es un hecho tardío en el cáncer, que se ha manifestado ya casi siempre con una larga escuela de síntomas gástricos, cuando pasa a invadir las partes vecinas.

Pero la casuística clínica no mantiene siempre así netamente distintas la úlcera péptica y el cáncer del estómago; las dos lesiones pueden coexistir y es sabido que el neoplasmo puede ingertarse sobre la úlcera y que el mismo cuadro clínico puede responder a la transformación de la úlcera en cáncer.

Que un cáncer del estómago se desarrolle sobre la cicatriz de una antigua úlcera gástrica, es un hecho bastante común que comprueba la anamnesis al registrar los síntomas de una úlcera sufrida y curada muchos años atrás.

La úlcera que vá transformándose en cáncer, reside en el mayor número de los casos en la sección pilórica (úlcera-cáncer prepilórica de Hayem) y la degeneración cancerosa procede de los bordes hacia el centro de la ulceración.

El estudio de la sintomatología de estos casos, hecho por Oettinger, demuestra que es bien raro que se sucedan en dos períodos distintos, primero los síntomas clásicos de la úlcera y después los del

cáncer; casi siempre persisten y predominan los síntomas de la úlcera, modificándose del siguiente modo:

Los dolores de la úlcera que, como se ha dicho, coinciden con el período de la digestión gástrica para cesar con el estómago vacío, se hacen continuos y no se mitigan ni con la cura dietética, ni con el cambio de posición, ni con la administración de alcalinos o de otros medicamentos, conservando una violencia desesperante como no se encuentra casi en los dolores ansiosos y persistentes del carcinoma gástrico.

La inapetencia es absoluta, como suele ser en el cáncer y solo excepcionalmente en la úlcera. El vómito es frecuente pero no expulsa substancias féticas, porque la gran intolerancia del estómago no permite a los alimentos una larga estacionación; por la misma razón faltan o son apenas acentuados los signos de la gastrectasia.

La hematemesis no es rara y de sangre roja como en la úlcera, sino que se hace continua y poco abundante, de sangre negra como ocurre en el cáncer; en las heces hay luego pasaje continuo pero escaso de sangre.

El examen de la región epigástrica es doloroso, pero raramente llega a revelar la presencia de un tumor. La anorexia, el vómito y la hemorragia ex-

treman la debilidad del paciente y lo anemizan más que la verdadera caquexia cancerosa.

Las condiciones del paciente y las continuas hemorragias proscriben en absoluto el uso de la sonda; pero la prueba del quimismo gástrico (que se puede seguir eventualmente en las substancias emitidas con el vómito) no da un resultado constante: se dan casos en que van desapareciendo la acidez clorhídrica y el poder péptico del jugo gástrico, pero no es raro que persista la hiperclorhidria hasta el último día de la vida.

Gluzinski ha propuesto un método de investigación que según él, serviría para diferenciar la úlcera simple de la úlcera que se va transformando en cáncer. El método consiste en sondar tres veces seguidas a breve distancia: la primera vez en ayunas; la segunda 45 minutos después de una comida de prueba y la tercera 4 horas después de la comida de prueba. En la úlcera pilórica no complicada, se encuentra CLH libre en cantidad normal o exagerada, pero igual después de la comida de prueba, mientras una fuerte disminución del CLH en una de las pruebas sería indicio de una deficiencia secretoria de la mucosa en vías de degeneración cancerosa y valdría para el diagnóstico de cáncer, tanto más si coexistiese con el hallazgo de bacilos filiformes.

No parece que el método haya sido experimentado ampliamente como para poder decir cual es su valor; según Siegel eso no rebaja su importancia, pero es infiel y en muchos casos poco práctico por los muchos lavajes que reclama.

La úlcera simple del duodeno se puede considerar como una variedad de la úlcera redonda del estómago, por lo menos clínicamente, tantas son las afinidades etiológicas y sintomáticas que tiene la úlcera de la región pilórica.

En la actualidad, el diagnóstico de úlcera de duodeno ha entrado de lleno en la práctica y es posible en algunos casos diferenciarla de la del estómago. Voy a presentar un resumen de las conclusiones a que se llegó, en la sesión extraordinaria de la Asociación Médica Argentina en Septiembre de 1915.

El interrogatorio revela antecedentes gástricos e intestinales constantes, hiperclorhidria, ardores, digestiones laboriosas, regurgitaciones ácidas, constipación, etc.

El dolor intenso, aparece dos o tres horas después de las comidas localizado en una zona que corresponde al flanco derecho, en la línea mamilar y por debajo del borde de las costillas, razón por la cual sin duda, son tomados con cierta frecuencia como litiásicos biliares. Bien buscado, se localiza

sobre el borde externo del recto anterior derecho, dos traveses de dedo por debajo del borde costal, punto conocido como de Medel. Suele irradiarse hacia la región lumbo renal derecha y a veces hacia la fosa ilíaca y el canal inguinal, como siguiendo el trayecto del abdómino genital mayor.

Existe también el hambre dolorosa, *hunger-pain* de los anglo-americanos, que obliga al paciente a llenarse de nuevo con alimentos y al que Moynihan ha dado singular importancia.

La ingestión sedante actúa a los 12 ó 15 minutos, coincidiendo la sensación de alivio, por lo general, con un gran eructo.

La hematemesis es rara; en cambio la melena y las hemorragias ocultas son constantes: ya hemos dicho que Moynihan quiso hacer de estas un signo exclusivo de *ulcus duodenal*.

El sondaje del estómago en ayunas, revela casi siempre retención de líquido hiperácido; el dosaje de jugo gástrico después de la comida de prueba, da aumento notable del ácido clorhídrico y del cloro orgánico, al cual Paterson asigna mucha importancia.

Sé observa el mismo estado general y los períodos de *acalmia* de la úlcera estomacal. El examen radioscópico proporciona datos muy interesantes (véase más adelante).

El Dr. Bonorino Udaondo da gran valor diagnóstico al reflujo duodenal, que se produce en la gran mayoría de los sujetos con úlceras duodenales, sobre todo con úlceras no bien alejadas del píloro. El signo se refiere al líquido extraído del estómago en ayunas. El líquido sale de color verde y es rico en fermento trípico.

El Dr. Martini considera un signo diferencial importante entre las úlceras gástricas y duodenales, los resultados que suministra el método de Winter sobre la concentración del contenido gástrico extraído por la mañana en ayunas; la determinación del síndrome gastroconorreico de Hayem (concentración menor de 0.01 por c. c.), corresponde a la úlcera del duodeno y la determinación del síndrome gastrosucorreico de Reichmann (concentración mayor de 0.01 por c. c.), a la úlcera gástrica.

CAPITULO II

DIAGNOSTICO RADIOLÓGICO

De todos los métodos empleados hasta la fecha para realizar el examen del tubo digestivo, ninguno ha dado lugar a mayores esperanzas que el de los rayos X y en el entusiasmo de los primeros momentos, se quiso ver allí la clave de la patología gástrica, como en otro tiempo veíanse en las modificaciones del quimismo gástrico, las causas de las enfermedades del tubo digestivo.

Pero pretender en el momento actual, que la observación radiológica exclusiva, basta y sobra para establecer el diagnóstico de todas las ulceraciones del estómago y duodeno, es evidentemente un error. Existen numerosos casos en que una úlcera perfectamente comprobada en el acto operatorio o en la necropsia, ha escapado a la observación, aún hecha por radiólogos expertos... Cualquiera que sea su importancia, el grado de su al-

ance y el valor de sus indicaciones, la radiología debe estar sujeta, como todos los métodos de investigación, al juicio de la clínica. La pantalla agregará en estas condiciones, por la justa interpretación de la imagen obtenida, un nuevo elemento confirmativo o nó, de los exámenes clínicos.

La primera adquisición en materia de radiología gástrica, es la que se refiere a la posición del estómago que difiere esencialmente del cadáver al vivo. Sabido es que hasta estos últimos años, se le ha considerado en posición transversa, demostrando los rayos que es vertical, con las cuatro variaciones que nos dá el esquema de Schlessinger: Estómago hipertónico, ortotónico, hipotónico, atónico.

Esta noción no fué más que el prelude de lo que había de obtenerse con los rayos X en el diagnóstico de las afecciones gástricas, especialmente de la úlcera del estómago. I si esta enfermedad ha beneficiado mucho de este recurso, no por eso hay que caer en la exageración de pensar que se baste por sí solo para establecer el diagnóstico del ulcus, sin el auxilio de la clínica y el laboratorio, como pretenden algunos autores.

Entremos en materia: La elección del vehículo en la preparación de la comida bismutada no puede sernos indiferente, por cuanto si la mezcla no es.

bien homogénea, la sal se deposita en el fondo de la bolsa gástrica, con perjuicio de la nitidez de su parte superior.

El agua es un mal vehículo; lo mismo la leche; el jarabe de goma puro o mezclado con agua y la sopa de sémola, son los mejores.

Una buena fórmula es la siguiente:

Agua	50 gr.
Jarabe de goma	200 "
Carbonato de Bismuto	40 "

a lo que se agregan unas cuantas gotas de esencia de anís, para hacerla agradable.

Los radiólogos dividen las preferencias entre las comidas de Riedel y la de Enríquez.

El examen será hecho de pie y después de una rápida revista general del tórax y órganos propios de esta región, después de comprobar o nó, la existencia de residuos gástricos o líquidos de retención, se hará beber al enfermo la mezcla elegida colocándole algo oblicuamente para apreciar su pasaje a través del esófago. Colocado de frente antes de terminar su ingestión, se apreciará su entrada al estómago al través del cardias y las características de su repleción.

La observación debe ser radioscópica y de excepción radiográfica. Se puede en ciertos casos utilizar la radiografía para fijar algunos datos que

deban ser comparados más tarde, o para obtener algún mayor detalle en un punto oscuro de la imagen, pero el examen radioscópico en este, como en todo órgano susceptible de movimientos y cambios que tienen su importancia, debe ser siempre utilizado de preferencia.

Para observar la evacuación gástrica, se sigue generalmente la práctica establecida por Riedel, dando 6 horas antes del examen una comida bismutada, formada por 300 a 400 gramos de una sopa de sémola espesa o la misma cantidad de arroz con leche, adicionada de 40 gramos de carbonato de bismuto.

Procediendo de este modo se puede observar en el momento del examen y antes de la nueva ingestión opaca, la forma del estómago y también en muchos casos de úlcera penetrante, la persistencia de una mancha bismutada en un divertículo gástrico o duodenal.

Después de la observación del residuo, si él existe, se procede a hacer tomar al enfermo una nueva cantidad de substancia opaca. Para esto se utiliza una simple lechada gomosa formada por 350 gramos de agua o leche, goma arábica, azúcar y 50 gramos de carbonato de bismuto. La lechada bien hecha mantiene bastante tiempo al bismuto en suspensión y como es fluída, insinúa rápidamente en

todos los repliegues o divertículos que pudiera tener el estómago, llenando por completo el órgano aún en casos de espasmos mesogástricos muy acentuados.

La existencia o nó, de una úlcera se puede deducir con aproximación, de las modificaciones del perímetro gástrico o de la integridad de las paredes viscerales, de la existencia de manchas o superficies claras, del grado de intensidad de la peristáltica y peristólica, de su variable desplazamiento o fijeza, etc.

Lanari y De Nucci dividen los signos radioscópicos del *ulcus*, en dos grandes grupos: uno que sería la expresión inmediata de los cambios orgánicos producidos por la úlcera misma y otro, que acompaña tan frecuentemente a las úlceras, que podrán servir para diagnosticarlas, aún en los casos en que ella no sea visible.

Los signos del primer grupo dependen de la extensión y profundidad del proceso ulceroso; si este es superficial, limitado a la mucosa, la posibilidad de recoger los signos es casi nula, pero son muy visibles cuando el proceso alcanza a las capas profundas y especialmente en las llamadas *úlceras penetrantes*, que comunican con la cavidad gástrica o duodenal, por un estrecho canal. Es fácil darse cuenta del mecanismo de estos nichos de Haudeck;

el bismuto al penetrar por el canal, ocupa la parte inferior desalojando el aire que es llevado hacia arriba y para tener seguridad de su naturaleza ulcerosa, hay que comprobar su sitio del lado interno del estómago, su implantación casi siempre pediculada, la línea de separación bien neta entre la capa de líquido y de aire, duración mayor de su contenido en relación al del estómago y su fijeza a pesar del desplazamiento visceral y provocado, haciendo presión sobre las mismas. En los movimientos respiratorios el nicho permanece inmóvil cuando ha hecho cuerpo con el páncreas, lo que no se observa en el caso del hígado.

Las úlceras llamadas *perforantes*, es decir, aquellas que habiendo alcanzado las capas profundas y teniendo una base ancha y protegida por perivisceritis bastante gruesa y muy resistente, no penetran en los órganos vecinos, también se distinguen por la misma mancha oscura sobre el borde del órgano. En este caso la imagen radioscópica en oposición de la de la úlcera penetrante, que se observa siempre sobre el borde interno del estómago, puede verse en cualquier parte del perímetro visceral, pero menos nítido.

Se distingue de una neoplasia, por ejemplo, en que en esta el límite de la víscera se hace difuso, franjeado, invadiendo el cuerpo en extensión va-

riable, a más de otros signos diferenciales.

En resumen, según Haudeck, el síndrome de estas úlceras *perforantes* y *penetrantes*, está constituido de este modo, más acentuado para la primera variedad:

1.° — Saliencia o divertículo de la sombra gástrica habitualmente sobre la pequeña curvatura.

2.° — Movilidad de la maza de bismuto por la palpación.

3.° — Persistencia de una sombra de bismuto sobre ese punto.

4.° — Una colección de gas a forma hemisférica por encima de la sombra de bismuto.

5.° — La contracción persistente y marcada de la gran curvatura del estómago en su punto opuesto a la sombra, dándole al órgano la forma de ampolleta.

6.° — Desplazamiento a izquierda de la porción pilórica del estómago, especialmente apreciable en el hombre como una línea exterior perpendicular al borde derecho de la gran curvatura.

7.° — Retardo de la motilidad de modo que a las seis horas quedan restos en el estómago. Este residuo está colocado a la izquierda de la línea media, cuando la úlcera está situada alta.

8.° — Antiperistaltismo.

9.° — La presencia de un punto fijo sensitivo

acompañado de cierta resistencia a la presión en el epigástrico, sobre el recto izquierdo (observable también en la úlcera del cuerpo del estómago).

Cuando la úlcera no se manifiesta en la forma

Cuando la úlcera no se manifiesta en la forma descripta, hay que guiarse para el diagnóstico por una serie de signos cuya interpretación suele ser difícil. Así, por ejemplo, el espasmo pilórico visible a la pantalla, puede ser causado por procesos radicados en el píloro, en la pequeña curvatura, en el cuerpo, cerca del cardias; puede ser producido por una úlcera o un carcinoma reciente, sin que sea posible señalar la más mínima diferencia entre los dos procesos.

El síndrome carece entonces de la precisión ofrecida por las úlceras en nicho, pero siempre podrá utilizarse como coadyuvante de la clínica, sin basarse únicamente en ellos para formular el diagnóstico. Los elementos de este síndrome de valor distinto y que pueden encontrarse formando grupos, son los siguientes:

Elementos deducidos de per-
baciones de la motilidad.

Peristaltismo exagerado
Interferencia con peristal-
tismo.
Antiperistaltismo.
Corea gástrica.
Atonía.

Perturbaciones de forma.	{ Dilatación. Ptosis. Gastrectasia. Reloj de arena. Pequeña escotadura con retracción del píloro a izquierda.
Perturbaciones de la sensibilidad.	{ Sensación dolorosa en puntos determinados, permanentes, acompañando o nó, al desplazamiento del estómago o duodeno.
Perturbaciones de la innervación.	{ Espasmo pilórico
Pert. de la secreción.	{ Gastrectasia.
Pert. funcionales.	{ Estenosis pilórica. Retardo en la evacuación. Incontinencia o rigidez pilórica.
Pert. inflamatorias.	{ Gastritis. Duodenitis. Adherencias con los órganos vecinos, etc.

El dolor en un sitio determinado y permanente, ha sido utilizado por los radiólogos para diferenciar los dolores propios de la úlcera, de los de el plexo solar; bastaba para ello anotar en la pantalla si el punto doloroso acompañaba los desplazamientos del órgano; si se desplazaba, úlcera; sino, plexo solar. Pero se ha comprobado que la sensibilidad local es independiente de la localización ulcerosa y úlceras de la vecindad del cardias pueden dar puntos dolorosos cerca del píloro.

La oclusión del píloro, apreciable no solo directamente sino también por los signos secundarios, tiene muy distinto significado si se la observa en un joven de veinte años o en un adulto de cincuenta; en éste hay que pensar inmediatamente en un carcinoma del píloro o su vecindad y en aquél se tratará de una úlcera inmediata, o, a distancia, que produce una obstrucción espasmódica del píloro, fenómeno debido a perturbaciones de la inervación.

Del mismo origen es la biloculación gástrica que se observa en las úlceras situadas de preferencia en la pequeña curvadura. Bajo la influencia de esta contracción permanente de las fibras circulares, el estómago se divide en dos bolsas de distinto tamaño, haciéndose la depresión sobre la gran curvadura y en las vecindades de la úlcera, transformando al estómago en algunos casos en un verdade-

ro reloj de arena.

Por medio de la atropina podemos darnos cuenta si se trata de una lesión orgánica o de un simple espasmo, en cuyo caso desaparece. Pero de cualquier naturaleza que sea, siempre se traduce a la pantalla por la ausencia de pasaje de la comida bismutada, por el ensanchamiento del antro, el aumento de la motilidad estomacal, particularmente por el retardo en la evacuación gástrica.

En vez del espasmo pilórico se observa en algunos casos su incontinencia. El alimento penetra en el duodeno bajo la influencia directa de la onda gástrica, sin que en un solo momento se perciba la oclusión temporaria del píloro. Puede invocarse para que esto se produzca, la existencia de úlceras cicatrizadas o de carcinomas que hayan invadido el tejido muscular, a punto de hacer imposible su contracción funcional.

La hipersecreción continua o intermitente, es uno de los fenómenos interesantes que acompañan a las úlceras; se la observa más especialmente, en las yuxta-pilóricas.

Se puede reconocer la hiperacidez utilizando el procedimiento de digestión de cápsulas bismutadas, preconizado por Schwartz, Sohn y Schlessinger; la hipersecreción se la reconoce por la observación directa del líquido gástrico, fácil de ver si se

da una pequeña cantidad de bismuto y licopodio, o por la gruesa capa semitransparente que se estratifica encima de la comida bismutada en el momento del examen.

En cuanto a las adherencias viscerales, reproducimos para reconocerlas el síndrome de Quervain de Bale: 1.º Situación anormal del píloro, presentando el estómago una reflexión normal. 2.º Disminución de la motilidad del píloro cuando se examina al enfermo en distintas posiciones. 3.º Anomalías de la función del estómago cuando no es posible señalar otra causa.

Las adherencias de la cara posterior del estómago, son imposibles de reconocer y en ese caso suele tener importancia la provocación de un fuerte dolor al presionar el cuerpo del estómago.

Todos estos síntomas han sido agrupados en síndromes por Holznecht, quien ha formado doce grupos conocidos con el nombre de Síndromes de Holznecht, de verdadera utilidad en materia de diagnóstico radiológico y que no es de nuestro resorte reproducir aquí.

El examen radiológico puede permitir reconocer y afirmar de un modo casi absoluto, la existencia de una úlcera duodenal. En semejante caso hay una motricidad exagerada del estómago que evacua muy rápidamente su contenido, del cual la mayor

parte es expulsado al cabo de una media hora. La contracción estomacal tiene su forma normal y no hay ningún esbozo de estómago en visae.

Se constata por otra parte, una contracción exagerada del duodeno con formación de una *aire vide*, del cual el asiento permanece fijo y se encuentra el mismo en todos los exámenes. Friedenwald y Baetjer, se inclinan a pensar que este *aire vide* señala el asiento de la úlcera de la cual la superficie rugosa e irregular, impide que el bismuto se adhiera a la pared.

El diagnóstico de úlcera de estómago no es posible por la radiografía, más que si la úlcera ocupa ciertos puntos del órgano: cara anterior, vertiente anterior de las pequeña y gran curvatura. Se constata entonces una motricidad estomacal exagerada, pero con espasmo pilórico, si bien que toda evacuación estomacal es imposible durante un tiempo más o menos largo; no comienza más que cuando el espasmo cesa.

Por otra parte el estómago muestra frecuentemente un esbozo de biloculación; en fin, se ve algunas veces, tal vez en casos de úlceras de píloro, un *aire vide* al nivel del píloro. El examen radiológico puede dar otras reseñas de importancia muy grande sobre el grado de curación de las úlceras. Cuando los síntomas funcionales, dolores u otros, han de-

aparecido, el clínico se encuentra muy impedido de saber si hay simple acalmia o curación verdadera y solo la reaparición o no de los síntomas, desde que el enfermo ha vuelto a tomar la alimentación normal, deja terminada la cuestión.

Es un medio de control singularmente defectuoso. Mientras que el examen radiológico constante los mismos signos de motricidad exagerada, etc., se puede afirmar que la úlcera no se ha curado y que la vuelta a una alimentación normal constituiría una imprudencia susceptible de hacer reaparecer los accidentes a breve término.

Algunas veces hay dificultades para diferenciar la úlcera con la indigestión gastro-intestinal y el píloro espasmo, dificultades sobre las que ha insistido C. G. Mixer.

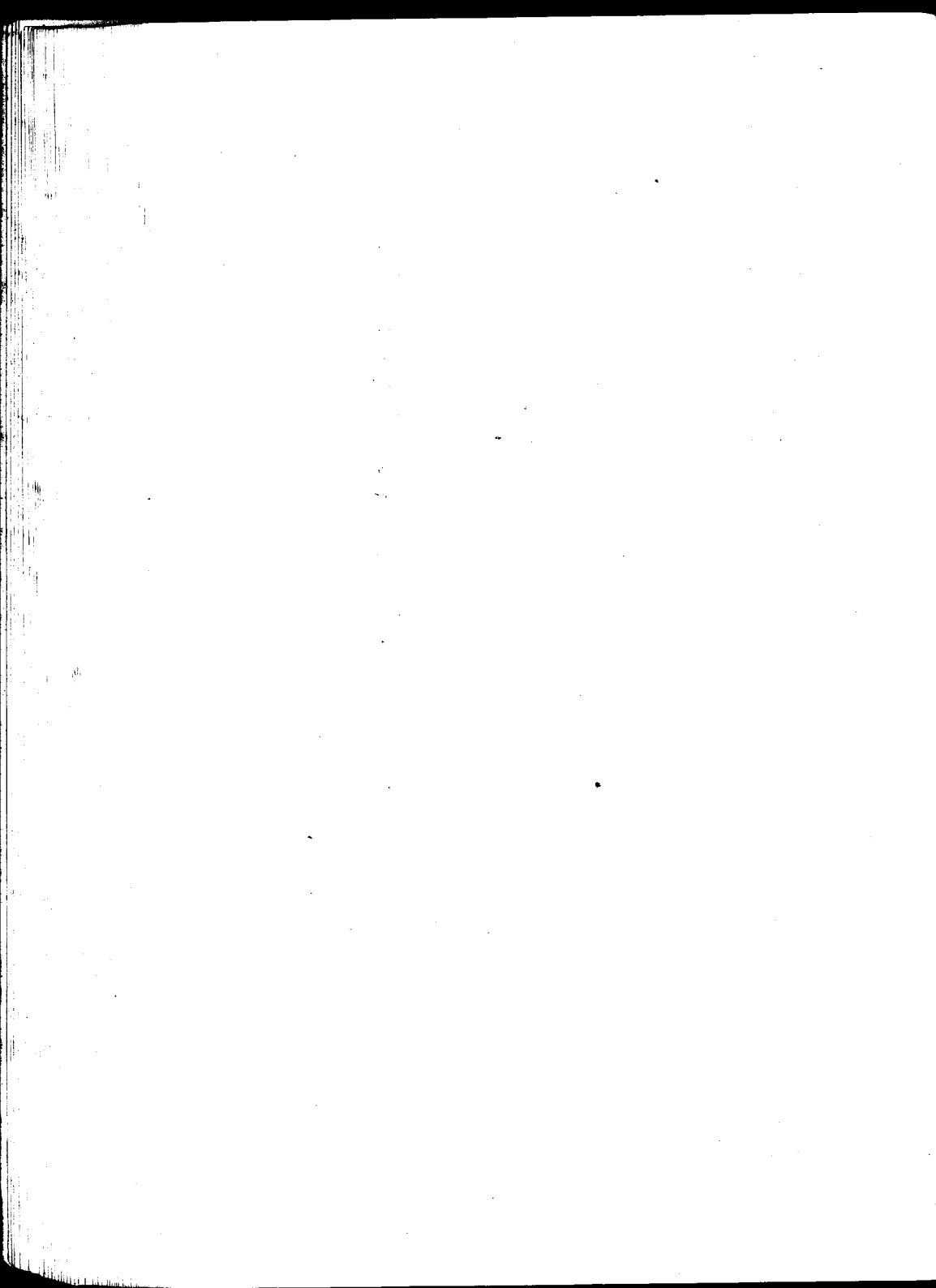
En el primer caso, el peristaltismo es ausente o extremadamente raro y el vómito no tiene el carácter explosivo que hay en la estenosis. Un régimen apropiado cura. En caso de píloro-espasmo, la obstrucción es intermitente, por períodos, pudiendo durar varios días; el enfermo no vomita más y vacía bien su estómago. No hay peristaltismo, pero un régimen apropiado no suprime los vómitos como en caso de indigestión gastro-intestinal. En ningún caso se ha constatado tumor.

La radiografía ha simplificado mucho esta

cuestión del diagnóstico. En casos de indigestión crónica, la imagen obtenida después de la ingestión de la comida bismutada, es la de un estómago normal, vaciándose sin retardo. Por el contrario, si se trata de píloro-espasmo o de una estenosis hipertrofica, la imagen siendo a poco muy semejante que cuando se trata de una estenosis funcional u orgánica, las materias vienen a amasarse cerca del píloro y no es más que después de un tiempo, variable con el grado de estenosis, que algunas partículas bismutadas aparecen poco a poco.

El diagnóstico radiográfico con el píloro espasmo, resulta muy difícil tanto más que es posible para Mixer, que ciertos píloro-espasmos sean en realidad estenosis largas dejando pasar una cantidad notable de quimo, que poco a poco dilatará el píloro a un grado tal, que permitirá un desenvolvimiento normal del enfermo.

Lanari refiere 4 observaciones de niños de 3 semanas y media, 5 y 6 semanas, que presentaban el síndrome clásico: vómitos, peristaltismo, adelgazamiento y constatación de un tumor a la palpación. Se hizo a cada uno de ellos una gastroenterostomía posterior y la curación fué obtenida completamente.



CAPITULO III

TRATAMIENTO MÉDICO

Desde que Cruveilhier sentó las bases del tratamiento médico de la úlcera gástrica, se ha considerado a este capítulo como a uno de los mejor estudiado de la medicina interna. Pero en el último decenio, clínicos y cirujanos sometieron a una crítica minuciosa los ya casi dogmas terapéuticos y vieron que ellos descansaban sobre el más craso empirismo y no sobre hechos científicos incontrovertibles, como se creía.

Dentro del dominio de la medicina interna, fué Lenhartz quien intentó derrocar sino todos, una gran parte de los dogmas reinantes hasta entonces. Simultáneamente comenzaron los cirujanos a interesarse más y más de las úlceras gástricas, hasta esa época excluidas, salvo en las formas complicadas, de su esfera de acción, incluyéndolas en el dominio

límitrofe de la medicina y la cirugía.

Las cosas no se detuvieron allí; el empuje benéfico dado por los cirujanos, hizo alejar cada vez más a las úlceras del terreno de la medicina, para hacerlas incluir casi en absoluto en el dominio quirúrgico, tendencia que prevalece aún.

No puede hacerse discusión sobre si es mejor el tratamiento quirúrgico o el médico, puesto que ambos se complementan y se reemplazan. Al defender este último, solo queremos mostrar a quienes no consideran más tratamiento que el quirúrgico, que hay muchísimos casos que no exigen la intervención para curar, bastando para ello una terapéutica menos peligrosa, como es el tratamiento médico bien instituído. Eso sí. desde ya se debe declarar, que es largo, dada la imposibilidad en que nos hallamos de comprobar la curabilidad del úlcus. Enfermedad tórpida por excelencia, caracterizada por crisis interrumpidas por periodos de acalmia, es difícil señalar a breve plazo los elementos diferenciales entre la curabilidad definitiva de la úlcera o la existencia de uno de esos periodos de sedación completa. Por eso el enfermo debe mantenerse bajo un régimen terapéutico durante un tiempo prudencial. el cual nunca podrá ser muy corto.

Vamos a indicar la conducta a seguir frente a un ulceroso, para pasar después revista a los distintos tratamientos propuestos por múltiples autores y llegar a considerar el tratamiento por el suero normal de caballo.

Todo tratamiento tiende a resolver dos propósitos principales: combatir eficazmente la causa y restablecer el estado de salud anterior a la enfermedad. Si esto es posible en líneas general, no lo es en el terreno de la práctica y especialmente en aquellos procesos de naturaleza compleja, en los cuales la causa inicial puede haber desaparecido u ocupar un sitio secundario, pero dejando una secuela de fenómenos capaces de actuar por cuenta propia. Tal sucede con la úlcera. Su causa inicial nos es desconocida, debiendo emplearse forzosamente un tratamiento sintomático. Sus indicaciones se refieren a determinados síntomas, pretendiendo que suprimirlos o atenuarlos, es favorecer el proceso cicatricial de la úlcera.

Es en verdad mucho pedir a un tratamiento, si se considera el número de los elementos contra los cuales hay que combatir. Reconociendo que la marcha progresiva de la úlcera depende de la infiltración intersticial inflamatoria y de la acción del jugo gástrico, las indicaciones de este tratamiento deben tender a su corrección, sin perjuicio de conti-

nuar la alimentación del enfermo en las mejores condiciones posibles por un buen régimen dietético.

Casi todos los autores se han apoyado desde Cruveilhier en los principios fundamentales que él ha sentado en su obra clásica, a saber: que el enfermo debe ayunar primero completamente; después seguir durante algunos días un régimen exclusivamente lacteo, luego pasar poco a poco a una alimentación más sólida.

En realidad Cruveilhier no impone una alimentación exclusiva de leche de un modo repetido como se ha dicho comúnmente, sino que permite numerosas modificaciones, según el gusto del enfermo. Completan el tratamiento de Cruveilhier los alcalinos y el reposo. Este último factor es de importancia muy grande y es la verdadera base del tratamiento médico de la úlcera simple, aguda o subaguda, no complicada; debe ser tan completo como sea posible.

El reposo en cama en decúbito dorsal de preferencia, durante varias semanas si es posible, está plenamente indicado en los sujetos que por primera vez presentan los síntomas de una úlcera gástrica.

Después de Cruveilhier es a Leube, a quien se debe citar en la historia del tratamiento del *ulcus*; su contribución más importante, aparte de la siste-

matización de la cura, es la aplicación del calor y una estadía rigurosa y prolongada en el lecho. La aplicación continua o sostenida de calor, en cualquier forma, sobre el epigastria, influye indiscutiblemente de un modo favorable sobre la evolución del proceso coadyuvando a la cicatrización.

Leube preconizaba las cataplasmas calientes hasta quemar, pero es indiferente la forma de aplicar el calor; la temperatura elevada es la que ejerce la acción benéfica, sea cual sea la fuente de origen: fomentos, bolsa de agua, termóforos eléctricos, etc.

Estos dos autores en lo que concierne al régimen alimenticio, tenían por fin evitar en el tratamiento del úlcus, todo alimento que exigiese un gran trabajo mecánico. Las investigaciones de estos últimos veinte años, nos han dado un nuevo principio para el establecimiento del régimen, a saber: que la alimentación debe ser tal, que exite lo menos posible la secreción del ácido clorhídrico. En fin, una última regla es que no se debe reducir la alimentación de un enfermo, de una manera más rigurosa ni más prolongada que lo necesario.

Conociendo estas reglas, vamos a considerar siguiendo al Prof. Castex, primero el tratamiento dietético y luego el tratamiento medicamentoso de la úlcera simple, no complicada.

Tratamiento dietético. — Es preferible hacer la alimentación por vía bucal, reservando la rectal para los enfermos particularmente debilitados, cuando la hemorragia u otras circunstancias imponen un ayuno prolongado. Antes no se empleaban para esta alimentación los alimentos conteniendo mucha grasa, porque las investigaciones habían demostrado que las grasas introducidas en el recto en las circunstancias ordinarias, no son absorbidas o lo son en un grado muy débil.

Luego Meyer ha mostrado que las grasas a las cuales se añade pancreatina, puede ser reabsorbidas en una proporción de 50 a 80 %. Petren entonces emplea casi exclusivamente para la alimentación rectal, la crema adicionada de pancreatina, generalmente 300 cc. de crema y 5 gr. de pancreatina, yendo a veces hasta 500. gr. de crema y 10 de pancreatina.

Petren manifiesta que aun después de un tiempo prolongado de estos enemas, no se encuentran rastros de crema en un enema evacuador, lo que equivale a decir que la grasa se absorbe en su mayor parte. Es ventajoso dar la crema introduciendo el enema gota a gota, por ejemplo dos gotas por segundo.

Estos enemas de crema adicionados de pancreatina, según el autor citado, constituyen una re-

volución en la alimentación por la vía rectal, alcanzándose un valor calórico bien superior, si se puede hacer absorber 600 cc. de crema, de una tensión en grasa de 15 a 18 %, (1002 a 1164 calorías), que cuando se introduce glucosa, prozona, o alguna preparación análoga.

En la alimentación bucal debe tenerse en cuenta, a más de no irritar el órgano, suministrar el número de calorías necesarias, teniendo presente el peso corporal y el trabajo rendido en las 24 horas. Por lo que se refiere a este último punto, se puede calcular alrededor de 30 calorías por kilo, puesto que el enfermo debe mantenerse en cama, en el mayor reposo posible, lo cual reduce grandemente la energía gastada con el ejercicio y el movimiento.

Para irritar lo menos posible el órgano, tenemos que componer la dieta incorporando alimentos que no sean excitantes. térmicos, mecánicos o químicos del estómago, o sea de la secreción y de la motilidad gástrica. Cuanto mayor es la hiperacidez, menos fácil es la curación, hecho demostrado experimentalmente por Litthauer y clínicamente por Wirsing.

Las excitaciones térmicas pueden evitarse impidiendo al enfermo que ingiera líquidos o sustancias a temperaturas extremas, muy frías o muy calientes, aconsejándole la ingestión de los alimentos

a una temperatura mediana.

Las excitaciones mecánicas son el resultado de la ingestión de sustancias, que por su consistencia (corteza de pan) o por su estructura, (hojas vegetales) obran en el estómago como cuerpos extraños, excitando la pared gástrica, para provocar jugos que los digerirían, o movimientos peristálticos que los propulsaran hacia otro medio donde existan fermentos capaces de transformarlos. Entonces, es indispensable la supresión de estos alimentos o de lo contrario, recomendar su prolija masticación, pues con ella va la buena insalivación y con ambas va involucrado un alivio mecánico y químico para el estómago.

Para evitar los excitantes químicos, es indispensable conocer la acción que ejercen los diversos alimentos sobre la secreción y la motilidad gástrica, acción que se conoce en parte debido a las investigaciones de la escuela de fisiología experimental de Pawlow, cuyas conclusiones pueden resumirse así: a cantidades iguales, la carne provoca una mayor secreción que el pan, el pan que la leche, la leche que la crema.

El extracto de Liebig como comida de prueba, produce también según Mintz, una acidez más elevada que la comida ordinaria. El caldo común del puchero tiene la misma acción que la carne, por lo

que debe rechazarse de la manera más formal una parte de la cura clásica de Leube, el empleo absoluto de caldo de buey.

Las grasas en general, disminuyen la secreción clorhídrica y la motilidad gástrica. Los trabajos de Pawlow han mostrado que el aceite disminuye en el perro la secreción gástrica; diversas investigaciones en el hombre han comprobado este hecho. Ya en 1886 Ewald y Boas habían mostrado que las materias grasas y el almidón dados en conjunto, producían una acidez menor que el almidón solo. Moore y Fergusson, han mostrado que 30 cc. de aceite, reducen en dos tercios la acidez obtenida por una comida de prueba.

Hay quien ve en este resultado, una acción específica de las grasas sobre las glándulas pépticas, mientras que Boldireff, Volhard, Faubel y otros, creen que ello se deba al reflujo duodenal, por medio del cual a través del píloro relajado, penetra bilis y jugo pancreático (que lleva carbonato sódico), al estómago.

Según Strauss, solo la manteca y las grasas vegetales que funden a baja temperatura, tienen la propiedad de disminuir la acidez sin alterar intensamente la motilidad gástrica, pues no sucede lo mismo con las grasas cuyo punto de fusión es elevado.

La leche, la manteca, la crema de leche, el tocino, ejercen igual acción inhibido-depresora sobre la secreción y motilidad gástrica, pero no provocarían según Conheim, como las demás grasas, el reflujo duodenal. El mismo autor ha demostrado que las albúminas ingeridas conjuntamente con grasas, son peptonizadas muy lentamente y en forma mucho menos activa, que en ausencia de grasas.

Los albuminoideos estimulan la secreción gástrica y entre ellos la caseína es más fácilmente digerida que las ovo-albúminas o que las albúminas de la carne, pero con pequeñas diferencias. Debido a esta acción se ha rechazado durante años, todo el grupo de las albúminas carneas de la alimentación de los ulcerosos. Hoy la fisiopatología experimental nos demuestra que esta conducta no tiene razón de ser, pues las albúminas muy divididas, además de provocar escasa secreción gástrica, posee la propiedad de combinar el CIH libre del medio gástrico, haciéndolo desaparecer. Lo mismo es para las albúminas vegetales contenidas en los cereales (trigo, maíz).

Sê comprende que todas las albúminas de difícil o imposible digestión, keratina, amiloidea, etc., deben ser eliminadas del régimen alimenticio. La preparación de estos alimentos no es indiferente; las carnes cocidas, crudas o semicrudas, se toleran

relativamete bien, pero no cuando son asadas o muy condimentadas. A este respecto hay controversias; si bien muchos autores condenan enérgicamente el empleo de las albúminas en general y de la carne en particular, vemos que Lenhartz basa su método en el empleo de estas albúminas.

Los hidratos de carbono son bien tolerados por los ulcerosos y Meyer ha demostrado que provocan menor secreción que las albúminas. El hecho se debe en parte al mecanismo digestivo de estos alimentos, cuya principal parte se realiza en la boca e intestino delgado.

Entendemos por hidratos de carbono, principalmente a los farinaceos, excluyendo a las verduras y legumbres de grandes hojas, así como a la fruta con envolturas celulósicas gruesas que son factores de excitación mecánica que las hacen proscribir. Todos los farinaceos bajo forma de sopas con leche o crema, o de pastas y las legumbres bajo igual forma, llenan el desiderátum como alimentos, pues contienen de por sí hidratos de carbono y albúminas fácilmente digeribles, que no excitan con violencia, ni mecánica ni químicamente, la motilidad y secreción gástrica y las cuales llevan en ese modo de preparación, las mejores de las grasas (mantequilla, crema, leche), con sus ventajas.

Es claro que no todos los enfermos toleran las

grasas e hidratos de carbono, debido a particulares idiosincrasias.

Con estos datos proporcionados por el análisis de los distintos alimentos, puede combinarse fácilmente un menú al que debe someterse el enfermo por semanas o meses. Para su confección se tendrá en cuenta el desgaste energético de las 24 horas, a fin de calcular de 30 a 35 calorías por kilo y precisado el número total de calorías necesarias, se determina el minimum albuminoideo, a razón de 0.50 ó 0.70 gr. de albúmina por kilo de peso corporal, cubriendo el resto con los hidratos de carbono y las grasas.

Entre las grasas merecen la preferencia la crema de leche fresca y la manteca fresca. La leche tiene la ventaja, cuando es bien tolerada y aceptada por el enfermo, de suministrar junto con las grasas, albúminas muy fácilmente digeribles e hidratos de carbono que casi no requieren trabajo digestivo. Puede tomarse cruda o cocida, a temperatura mediana, observando una cierta regularidad en su administración; cada dos horas 200 gr.

Después de un ataque se debe empezar muy paulatinamente, por cucharadas; se aumentará gradualmente la cantidad de un cuarto litro por día, cuando el estado del enfermo lo permita, hasta tomar tres o cuatro litros en las 24 horas. Cuando

hay vómitos y dolores y la leche es mal tolerada, conviene añadir a cada taza una cucharadita de la siguiente fórmula, preconizada por Dieulafoy:

Agua de cal 100 gr.

Cl. de cocaina 0.03 gr.

Morfina 0.01 gr.

De los hidratos de carbono merecen la preferencia el arroz, en sopa o arroz con leche, las harinas de cereales (maíz, trigo), bajo forma de sopas o como agrade más al enfermo, las papas y patatas en puré, etc.

Entre las proteínas, los huevos en todas formas y carnes rojas o blancas muy frescas, picadas y crudas o semicrudas.

Es bueno reglamentar la hora de las comidas, para no fatigar el estómago; por ejemplo, cuatro comidas al día, dos livianas (a la mañana y a la tarde) y dos consistentes (a medio día y a la noche). También es ventajoso el reposo durante algún tiempo después de las comidas, con aplicaciones de calor.

Quedan prohibidos todos los alimentos difícilmente digeribles que excitan intensamente el estómago, tales como conservas, carnes faisandeas, alimentos condimentados, picantes. Todos los dulces y postres, con almíbares espesos, ejercen una acción maléfica sobre los ulcerosos, determinando la aparición de vinagreras y dolores; es difícil expli-

car el por qué de esto, pero el hecho empírico existe. Sin embargo, Loeper sostiene que el azúcar es sedante y preconiza un régimen azucarado para el tratamiento del úlcus intolerante.

El café y el té son nocivos por los efectos locales sobre el estómago y por su acción a distancia sobre el sistema nervioso; el mate debe también prohibirse, pues aumenta grandemente la acidez del jugo gástrico.

Las bebidas alcohólicas deben ser seriamente prohibidas, todas ellas ejercen una acción evidente sobre la secreción, aumentando ésta y favoreciendo la hiperclorhidria. Solo estando ya el enfermo en franca mejoría, se le puede permitir la ingestión de pequeñas cantidades de vinos tintos o cerveza, pero no champagne u otras bebidas efervescentes.

Brunton ha demostrado experimentalmente que la nicotina es un poderoso excitante de la secreción gástrica y esta influencia perniciosa se manifiesta sobre los dipépticos en general y sobre los úlcerosos en particular, sobre todo cuando fuman con el estómago vacío. Según Elsner, es imposible hacer desaparecer los trastornos de la hiperacidez, mientras el enfermo no renuncie a fumar.

Tratamiento medicamentoso. — Hay una serie de medicamentos de gran valor en el tratamiento del úlcus; se contribuye con ellos a acelerar su cic-

trización o a abreviar la asistencia del paciente y sobre todo se hacen indispensables, cuando hay intensos fenómenos objetivos (espasmos pilóricos, contracciones hiperkinéticas, gastrosucorrea), o subjetivos (grandes dolores, ardores, etc.)

El tratamiento medicamentoso es entonces un complemento del dietético; analizaremos la acción de la atropina, bismuto, alcalinos, opiáceos, etc.

Von Tabora ha obtenido brillantes resultados tratando con atropina, ulcerosos crónicos con hipersecreción digestiva o continua y con insuficiencia motriz; empleaba un régimen dietético estricto, al que añadía sulfato de atropina por vía hipodérmica en dosis de 1 a 3 miligramos diarios durante varias semanas. En esta forma la atropina produce con frecuencia parálisis de la acomodación y sequedad de la boca y de la faringe, trastornos que son pasajeros. Sin embargo, hay sujetos tan sensibles a la atropina, que no toleran más de medio milígramo por vez, siendo necesaria la repetición de la dosis varias veces al día.

La belladona bajo forma de tintura, extracto o polvos, puede reemplazar a la atropina incorporada por vía gástrica o rectal y a dosis elevada para que sea eficaz.

Con la atropina se obstaculizan las contracciones de la musculatura gástrica, tranquilizándose la

hiperkinesia y cesando el espasmo reflejo del píloro, disminuyendo también la hipersecreción digestiva o continua. En los casos de úlcera con constipación espástica, obra bien, pues origina la relajación del espasmo intestinal. En las gastralgias fuertes suele dar resultado asociada a la codeína.

El bismuto, preconizado por Odier hace más de un siglo como excelente medio para combatir los espasmos gástricos, ha sido generalizado por Kussmaul y Flenier, en el tratamiento del uleus. Estos autores recomendaban la introducción en el estómago por medio de la sonda, previo lavaje, de 10 a 20 gr. de bismuto suspendido en el agua, procedimiento que ha sido sustituido por el más sencillo de ingerir el bismuto en un vaso de agua caliente o tibia todas las mañanas en ayunas, aconsejando al enfermo ponerse durante algunos minutos boca arriba y luego boca abajo.

Es preferible el carbonato al subnitrito de bismuto, por ser aquel menos tóxico. La influencia benéfica ejercida por este medicamento, parece deberse según las investigaciones de Matthis, a que provoca en el estómago una abundante secreción de mucus que se mezcla con el bismuto formando una especie de capa aisladora de la mucosa y las ulceraciones.

La bismutosa, combinación de albúmina con

bismuto al 21 % da también buenos resultados, pero tiene el inconveniente de su precio elevado.

El bismuto es un recurso terapéutico de mucho valor, pero que empleado en dosis elevada suele ocasionar muy desagradables trastornos de orden tóxico; hoy que se emplea tanto en radiología gástrica se ha tenido oportunidad de observar muchos de estos casos. (1). Para salvar este inconveniente, Pariser ha propuesto reemplazarlo por una mezcla de creta blanca preparada y talco veneciano en partes iguales, con la mitad de magnesia calcinada, de la que da una cucharada de café o de postre en medio vaso de agua, después de las comidas. Esta preparación tiene la ventaja de obrar como anti-ácido y laxante, sirviendo entonces para combatir en los ulcerosas, las gastralgias violentas, las pirosis intensas y la constipación.

La saturación del jugo gástrico, ya bastante disminuía en cantidad por el régimen dietético, se buscará con la ingestión de los alcalinos ya mencionados, a los que hay que agregar el bicarbonato de soda, que es el más empleado. Este medicamento al neutralizar la acidez, calma los ardores inmediatamente y por ende tiene acción analgésica; se le emplea sistemáticamente después de las comidas, o bien se reserva solo para el momento en que el síndrome ácido-sensitivo es más manifiesto. En estos

casos, sabemos que la evacuación rápida del estómago es un medio paliativo sumamente eficaz para disminuir las crisis dolorosas; lo sabe también el enfermo cuando se provoca el vómito, pero este no puede ser un medio terapéutico, como tampoco puede serlo el lavaje del estómago preconizado para sustituir al vómito provocado, pues en los dos casos el paciente no puede alimentarse. Entonces lo mejor es excitar las contracciones peristálticas sin aumentar la acidez del jugo gástrico, para lo cual se aconseja la ingestión de varias cucharadas de aceite de olivas o de almendras, o sino manteca o crema de leche, varias veces al día.

Para combatir los vómitos da buen resultado el agua cloroformada, o la fórmula de Dieulafoy con agua de cal, morfina y cocaina.

Cuando las crisis dolorosas son muy intensas y el régimen dietético y la belladona fallan, es necesario recurrir a los opiáceos, asociados a esta o solos. Una fórmula que aconseja el Prof. Agote, es administrar 10 ó 20 gotas de las dos tinturas en un poco de agua, fórmula que tiene la ventaja de permitir la graduación del medicamento. Lo mismo puede decirse del láudano de Sydenham. En ciertos casos extremadamente dolorosos, las inyecciones hipodérmicas de morfina están perfectamente indicadas.

En las formas hiperclorhídricas, con ardores y dolores intensos después de la ingestión de alimentos, puede aconsejarse este temperamento: dar cinco minutos antes de las comidas. X a XII gotas de la fórmula siguiente:

Tintura de belladona		
„ beleño	aa	
„ tebaica		

Si después de las comidas se siente ardor o pesadez. a la primera sensación tomar un paquete de:

Hidrato de magnesia	1.50 gr.
Bicarbonato de soda	1 „
Codeina	0.10 „
Subnitrate de bismuto	aa „
Carbonato de cal pp	0.80 „
Azúcar blanco	2 „

Si el dolor no se calma, tomar media hora después otro paquete. Si la crisis persiste, tomar una cucharada de sopa de la siguiente preparación:

Clorhidrato de cocaina	aa
Codeina	0.10 gr.
Agua de cal	160 „
Agua cloroformada ..	40 „

Quedan aún una serie de medicamentos que facilitan la cicatrización de la úlcera: el nitrato de plata, preconizado por Gerhardt hace 30 años, que puede administrarse en píldoras de 0.01 gr., en la-

vaje, o soluciones muy extendidas; la cura con ferruginosos recomendada por Ewald, el empleo del perloruro de hierro aconsejado por Bourget, el agua oxigenada al 0.50 % utilizada por Petri, que da a tomar 300 gr. en ayunas, día por medio, cinco veces interrumpiendo otras cinco, para comenzar una segunda vez si el análisis de jugo gástrico lo indica; el iodoformo en píldoras de 0.05 gr. a 0.10 gr., la escalina de Klemperer, el neutralón, etc.

Finalmente, el suero glicerinado de caballo por vía gástrica, utilizado por primera vez por el doctor Marotta, al que le reservamos un capítulo especial.

Tratamiento de las gastrorragias. — La presencia de gastrorragias en cualquiera de sus formas, hematemesis o melena, no impiden estos métodos generales que hemos esbozado, pero reclaman algunas indicaciones especiales.

En Francia, fieles a las indicaciones terapéuticas de Cruveilhier, se les somete al régimen lacteo exclusivo, después de un intervalo de 24, 48 ó 72 horas, en el que el enfermo ha permanecido en el mayor reposo posible, tomando trocitos de hielo y haciendo toda la medicación aconsejada para las grandes hemorragias (ergotina, adrenalina, cloruro de cal, suero de caballo, bolsa de hielo, etc.)

En Alemania, se les somete a los regímenes de realimentación rápida, siendo el más aceptado el

régimen de Lenhartz, del cual es entusiasta partidario entre nosotros, el doctor Castex. Lenhartz comienza a alimentar al enfermo de úlcera, a las pocas horas de la hematemesis; a la hora o dos les dá leche helada solo o con huevos desleídos, por cucharadas de sopa, agregando todos los días una mayor cantidad de alimento, de acuerdo con el siguiente cuadro, presentado por el autor al Congreso Alemán de Medicina en 1901.

No todos los clínicos que emplean sistemáticamente este régimen, siguen a Lenhartz en lo de la alimentación tan precoz después de la hemorragia, esperando la mayoría a que pasen las 24 ó 48 horas de la hematemesis para instituirlo, como así también agregan o suprimen a su criterio, alimentos del cuadro, como lo aconseja el mismo Lenhartz.

Los enfermos deben guardar cama por lo menos durante las primeras tres semanas y en ciertos casos, hace prolongar la estadía en cama, una o dos semanas más, conservando siempre una bolsa de hielo sobre el epigastrio.

El doctor Castex manifiesta haber obtenido con este régimen resultados muy satisfactorios, viendo aumentar el peso de los enfermos muy rápidamente (4, 6, 8 y más kilos en la veintena de días que dura la cura).

Karl Petren objeta a Lenhartz, que siendo la

Días después de la última Hematemesis	Huevos Batidos	Azúcar con el huevo	Leche helada	Carne de va- ca picada	Bixocchío	Arroz con Leche	Crudo	Manteca	Calorías
1	2	—	200	—	—	—	—	—	280
2	3	—	300	—	—	—	—	—	420
3	4	20	400	—	—	—	—	—	637
4	5	20	500	—	—	—	—	—	777
5	6	30	600	—	—	—	—	—	955
6	7	30	700	35	—	—	—	—	1135
7	8	40	800	70	—	100	—	—	1588
8	8	40	900	70	20	100	—	—	1721
9	8	50	1000	70	40	200	—	—	2138
10	8	50	1000	70	40	200	50	20	2478
11	8	50	1000	70	60	300	50	20	2941
12	8	50	1000	70	60	300	50	20	2941
13	8	50	1000	70	80	300	50	20	3007
14	8	50	1000	70	100	450	50	20	3035

úlceras una enfermedad crónica y en la mayoría de los casos susceptible de recidivar, el fin del tratamiento debe ser no solo hacer desaparecer los síntomas, sino crear condiciones las más favorables para evitar una recidiva, condiciones que no posee el régimen citado.

Por su parte Senator preconiza un método en el que predominan las sustancias grasas y la gelatina, interviniendo esta última como antihemorrágica y alimento azoado, mientras que las primeras ofrecen la doble ventaja de ser una fuente de calorías y un calmante del dolor y la secreción.

Aún en plena hemorragia, Senator hace tomar a sus enfermos en intervalos que varían de un cuarto de hora a dos horas, una cucharada de la mezcla siguiente: gelatina, 15 gr., agua 150 gr., oleosacaro de limón 50 gr. Terminada la hemorragia el enfermo recibe 50 gr. de manteca dividida en píldoras heladas y un cuarto litro de crema azucarada o no, con un valor de 900 a 1000 calorías. Pronto se suprime la gelatina y se agrega al régimen, leche, huevos, carne, etc.

Desde el punto de vista teórico este régimen es bueno, salvo la gelatina que puede irritar el estómago.

Ewald y Minkowski, ante las gastrorragias recurrentes a los lavajes gástricos con agua helada, procedimiento que es peligroso.

En general las hemorragias graves en la úlcera gástrica ceden al tratamiento médico. Payr considera que se detienen en el 93 al 97 % de los casos; sin embargo si no cedieran a este tratamiento, es necesario acudir a la intervención quirúrgica.

TRATAMIENTOS DIVERSOS

Conocidos los elementos con que puede organizarse un tratamiento dietético y medicamentoso a la vez, veamos las distintas formas en que los agrupan los autores al preconizar sus respectivas maneras de proceder.

Einhorn considera los dos casos extremos: benignos y graves. En los primeros regla un tratamiento ambulatorio consistente en un régimen de leche, huevos, harinas y manteca en gran cantidad y en la administración de bismuto. Si el dolor es muy fuerte añade la atropina durante un período bastante corto.

En los casos graves, por ejemplo, en el momento de las hemorragias, aconseja el reposo en el lecho, bolsa de hielo en el epigastrio y dieta absoluta. Administra adrenalina y gelatina, emetina y suero artificial subcutáneo; si hay dolores vivos, emplea el opio y la belladona.

Al principio alimenta por el recto comenzando por instilaciones a la Murphy, de suero glucosado

y en seguida enemas alimenticios; sabiendo que estos medios alimentan poco a los pacientes, pasa tanto más ligero a una alimentación más substancial. Al cabo de cinco días comienza la alimentación bucal por cucharadas de sopa, agua de cebada a todas horas, leche cortada. Después aumenta progresivamente las cantidades y por último añade los huevos crudos a la leche.

En los casos en que los enfermos están muy deprimidos, Einhorn preconiza la alimentación duodenal, sobre todo si no osportan la rectal. La alimentación dudenal la hace por medio de una sonda que va más allá del píloro; no duda usar este procedimiento dos días después de la hemorragia y sin accidentes.

En los casos intermediarios, Einhorn deja sus enfermos quince días en la cama, a dieta líquida, con aplicaciones calientes; progresivamente añade los caldos, etc. No es partidario del régimen de Lenz. Según los casos usa nitrato de plata, aceite, alcalinos, etc.

Glaesner dice que la mayor parte de los medios terapéuticos empleados, tienden sea a neutralizar la acidez, sea a obstaculizar la secreción (atropina, aceite). El autor no se da cuenta exacta del modo de actuar del aceite y hace notar que la presencia de éste en el estómago, provoca un reflujo del conteni-

do duodenal por el píloro, como lo ha mostrado Boldyreff. Por otra parte, muchos autores piensan que el reflujo de la bilis en el estómago, después de la gastroenterostomía, es uno de los elementos de su acción terapéutica.

Glaessner se pregunta entonces, si los buenos efectos obtenidos en la cura por el aceite, no son debidos a la presencia de bilis en el estómago, lo que lo conduce a estudiar la acción de los diversos elementos biliares sobre la digestión gástrica. Encuentra que el jugo gástrico natural y artificial pierde muy poco su acidez en contacto de la bilis, pero que la pepsina no tiene más actividad. Es a los ácidos biliares que hay que atribuir esta acción destructora de la actividad péptica. Una solución de ácido colálico añadida a un jugo gástrico activo, lo hace inactivo.

El autor ensaya entonces de estudiar la acción de estos ácidos biliares en el hombre después de la ingestión. Emplea sea 2 a 5 cápsulas de 0.10 gr. de ácido colálico, ó 0.20 gr. de colato de soda, por día. A dos enfermos hace ingerir los ácidos biliares en seguida de haber tomado la comida de Ewald y ve que el contenido gástrico era entonces más abundante, pero menos ácido y de un temor más débil en pepsina.

Glaessner trata una serie de enfermos durante

10 ó 20 días y analiza su estado subjetivo y su quimismo gástrico. En un primer grupo comprendiendo enfermos a dolores tardíos, sin hiperacidez, no puede notar variación en las cifras de la acidez, ni de la actividad péptica, pero los enfermos fueron mejorados y curados de sus malestares.

En un segundo grupo comprende los enfermos hiperácidos, pero sin úlcus antiguo; las cifras descendieron o quedaron tales, pero los malestares desaparecieron.

El tercer grupo, de úlcus crónicos, muestra una disminución general de la acidez y de la pepsina y una mejoría neta.

En los hipoácidos, no se obtiene ningún resultado favorable.

Loeper emplea el régimen azucarado en la úlcera intolerante del estómago. El azúcar no excita la secreción gástrica y el autor apoyándose en las investigaciones de Pawlow sobre este punto especial, ha podido darse cuenta que una misma comida de prueba a pan y huevos duros, provocaba cuando se le adicionaba 60 gr. de jarabe de glucosa, una secreción clorhídrica a la vez más tardía y débil.

Por otra parte, la evacuación del azúcar o de los alimentos azucarados introducidos en el estómago, es más rápida que la de la mayor parte de las preparaciones alimenticias empleadas en semejante caso. Por último el azúcar es un sedante. Ade-

más, dice Loeper, es un alimento de primer orden, fácilmente absorbible y asimilable, dialisando rápidamente, cuyo valor energético pasa notablemente el de las albúminas para alcanzar casi el de las grasas. Nada de extraño que se pueda constatar entonces, bajo la influencia de su uso, aumento sensible de peso, cosa de importancia capital en enfermos que están en la necesidad de alimentarse en pequeño volumen.

Loeper cita el caso de un enfermo sometido a un régimen de leche y farináceos, cuyo valor nutritivo representaba 448 calorías y que adelgazaba 800 gr. por día. Este mismo enfermo puesto a un régimen de jarabes y jaleas, no aportando más que 400 calorías cotidianas, vió elevarse su peso a partir del tercer día; cuando cesó el régimen azucarado para reemplazarlo por 750 gr. de leche pura, cortada con 300 de agua, la curva de peso bajó de nuevo y continuó lo mismo, no obstante el aumento progresivo de leche, a 1200 y 1500 gr.

En fin la pérdida de albúminas constatada en los exámenes de orina, es menor con los azúcares que con las harinas.

Estos argumentos de principio y prácticos, se encuentran corroborados por el hecho de que los enfermos no aceptan más que a precio de dolores violentos, cantidades aún débiles de leche aún citrata-

da, soportando el agua fuertemente azucarada o adicionada de jarabe.

El único punto delicado consiste en vigilar por el examen de las orinas, si el pasaje del azúcar no se produce; la glicosuria, no constituiría por lo demás, un accidente grave, dada la integridad habitual del hígado en los ulcerosos. No obstante esto, el régimen azucarado no debe prolongarse más de 5 o 6 días; no puede en efecto ser considerado más que como un combustible de urgencia, incapaz de realizar una alimentación completa.

Se compondrá el régimen azucarado, primero con jarabes perfumados con todos los aromas, jaleas, confituras poco ácidas, tisanas de frutas. Luego desde que el estómago lo permita, se disminuirá la dosis de azúcar para introducir algunos alimentos ligeros y continuar así la realimentación, siguiendo el régimen de Lenhartz.

el Prof. Harley pone sus enfermos a un régimen más severo y discute la posibilidad de emplear el alcohol en los ulcerosos debilitados.

En Inglaterra, el tratamiento difiere poco del que se hace en Francia. Dawson tiende a alimentar ligero a sus enfermos, siguiendo el régimen de Lenhartz. Por el contrario, el Prof. Harley pone sus enfermos a un régimen más severo y discute la posibilidad de emplear el alcohol en los ulcerosos debilitados.

Richartz ha tenido algunos éxitos, empleando el régimen de declorurado en el tratamiento de la hipersecreción.

Walko es partidario del aceite y propone añadirlo a la leche y eventualmente a todo otro alimento en la cantidad de 200 a 300 c. c. Teóricamente este procedimiento es perfecto, pero bastante desagradable para los enfermos e innecesario, pues que se puede tratar la úlcera sin emplear tales cantidades de aceite.

Strauss ha preconizado un régimen consistente en crema, leche, caldo de harina, manteca y huevos. Este régimen llena las condiciones que pueden exigirse en el tratamiento del úlcus.

Petren emplea un régimen casi semejante al que recomienda Strauss. En las formas habituales de úlcera sin complicación, hace durar la estadía en el lecho alrededor de tres semanas y salvo los últimos días, el reposo es escrupulosamente observado. El enfermo conserva estrictamente la posición horizontal, no sentándose ni siquiera para comer o beber; solo se permiten algunos movimientos, para la evacuación del vientre.

Según el método de Leube, Petren emplea las cataplasmas calientes continuas sobre el epigastrio a lo que da gran importancia. Las hemorragias ocultas, que solo se reconocen por la reacción de

Weber positiva, no tienen contraindicación en el empleo del calor, no así las hemorragias abundantes, que exigen la bolsa de hielo sobre el epigastrio.

Al comienzo del tratamiento deja ayunar el enfermo en general 24 horas. Enseguida comienza la alimentación por una mezcla de leche y crema (una parte de crema y tres de leche); de esta mezcla da, el segundo día de la cura, una cucharada de boca cada hora, o cada media hora. Aumenta esa cantidad para llegar al cuarto día, a dos cucharadas cada media hora, lo que hace 600 a 700 c. c. por día. Los tres días siguientes permite un litro, litro y medio, a dos, de esta mezcla de crema, sin imponer exactamente toda esta cantidad e ingiriéndola a pequeñas porciones, de manera que el estómago no reciba nunca bruscamente una cantidad considerable de alimento.

Al comienzo de la segunda semana, pasa a otra alimentación. Elije entonces la harina de avena cocida con leche o agua, según el gusto del enfermo y si estos toleran sin inconveniente la adición de manteca, lo considera como una ventaja, sobre todo en los casos de úlcus acompañados de desórdenes de la motilidad.

Durante el curso de la segunda semana, añade también huevos y cocimiento de harina de centeno; recomienda especialmente los huevos batidos con leche o crudos.

Al comienzo de la tercera semana pasa a una alimentación más sólida, comenzando habitualmente por bizcochos desmenuzados en leche. Más tarde permite la carne finamente dividida, cruda o cocida. Solo al fin de la tercera semana el enfermo recibe pan, etc., aumentando progresivamente el régimen, cuyas prescripciones detalladas pueden variar al infinito.

Las exigencias a las cuales ha creído necesario satisfacer el autor, al adoptar las reglas mencionadas, son:

1.º — Utilizar la acción bienhechora reconocida por todo el mundo, de la leche y de la crema sobre la úlcera del estómago.

2.º — Dar una alimentación bastante rica en grasa.

3.º — Añadir en primer lugar alimentos sobre todo ricos en hidratos de carbono y no conteniendo demasiada albúmina.

Constituye así un régimen restringido, pero que puede bastar a las necesidades cotidianas de albúmina, si se tienen en cuenta las investigaciones de Chittenden.

Petrel emplea la alimentación rectal en los enfermos particularmente debilitados, cuando la hemorragia u otras circunstancias imponen un ayuno prolongado. Se sirve casi exclusivamente para ello,

de la crema adicionada de pancreativa, generalmente 300 c. c. de crema y 5 gr. de pancreatina, yendo a veces hasta 500 gr. de crema y 10 de pancreatina, que se introducen gota a gota en el intestino, por ejemplo, dos gotas por segundo.

El autor se guía por la reacción de Weber para conocer la marcha de sus enfermos; el dice que con su tratamiento desaparece desde la primera semana; si persiste la tercera semana, repite el ayuno y el régimen, si es necesario 2 o 3 veces; si al cabo de este tiempo todavía es positiva, considera una razón suficiente para la intervención quirúrgica.

Desde el punto de vista terapéutico, Petrelé emplea el bismuto adicionado de belladona; sus investigaciones con Thorling le permiten suponer que en el úlcus se trata comunmente de un estado vagotónico. Si se recuerda, por ejemplo, los resultados obtenidos en el tratamiento del asma, se tiene todas las razones para creer en un resultado ventajoso de la atropina en el vagotonismo.

Einhorn propone la dilatación interna del píloro por medio de un catéter dilatador pilórico, sobre todo en las estenosis pilóricas benignas, complicadas de afecciones del corazón, riñones, o graves lesiones del hígado, pues entonces la fuerte mortalidad impide recurrir a la intervención.

Demarié presenta 17 observaciones de enfer-

mos atacados de hematemesis sobrevenidas en las condiciones más diversas y en la dificultad de imponer el tratamiento clásico en todos los casos, busca un medicamento susceptible de producir la cicatrización de la úlcera. Veamos como considera este tratamiento:

1.º — En caso de síntomas inquietantes, enema de un medio litro de suero artificial.

2.º — Dos pociones a tomar heladas, alternativamente de hora en hora, una de un gramo de ergotina asociada a éter, la otra de XX gotas de percloruro de hierro en jarabe de frambuesas.

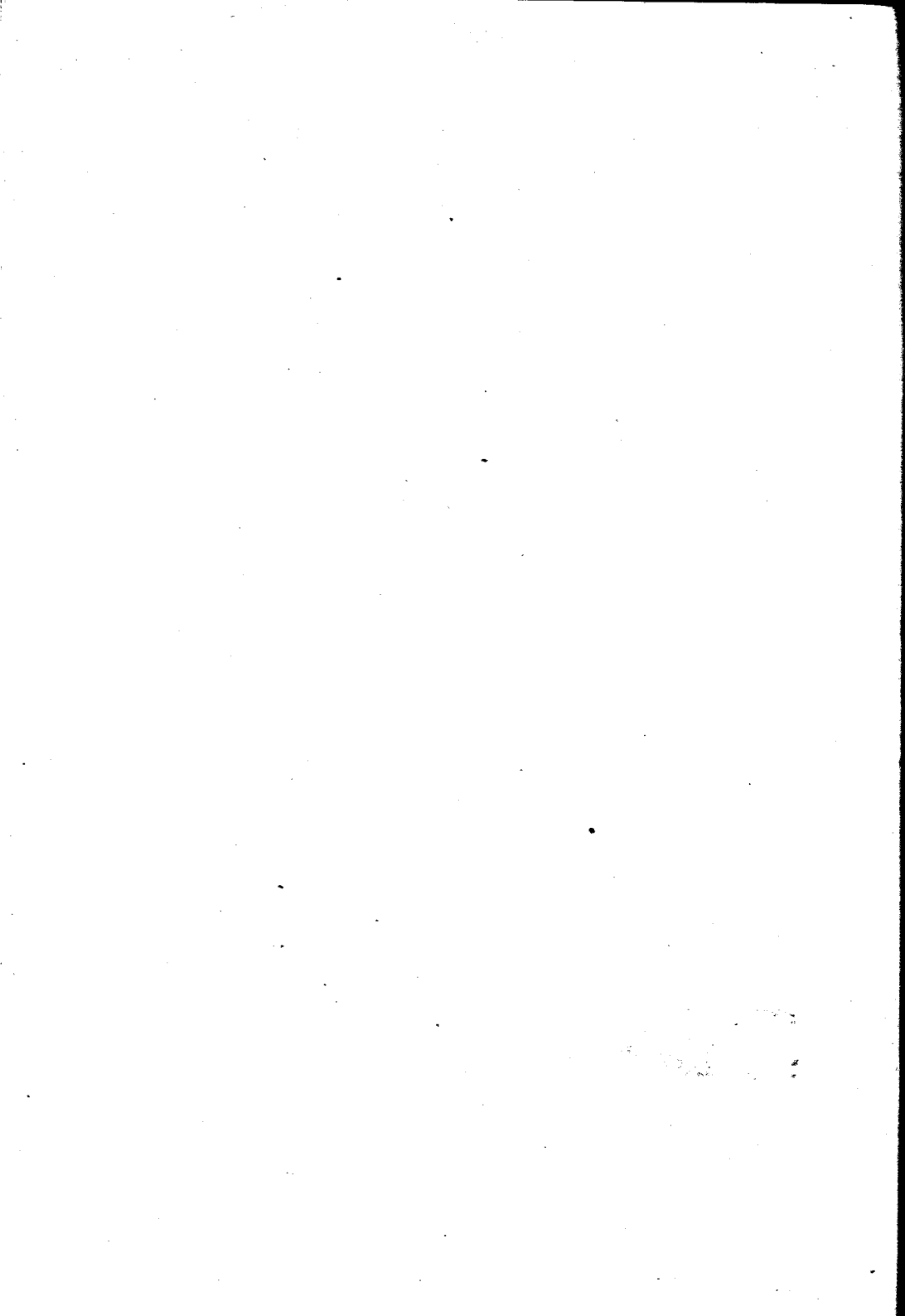
3.º — Desde el segundo día, leche helada por cucharadas de café.

4.º — El cuarto día, 0.50 gr. de salol en un sello, a tomar a la mañana con una taza de leche, quedando después media hora en decúbito dorsal.

5.º — Yemas de huevo hacia el séptimo día, purée, potages, hacia el décimo.

La dosis de salol es tomada 30 días seguidos en las mismas condiciones, después los tomará 10 días por mes, durante 6 meses; solo al fin del primer mes se permite la carne y el pan.

El autor estima que la curación no puede ser considerada definitiva, hasta los tres años por lo menos.



DURACIÓN Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO MÉDICO

Es ciertamente una cuestión muy importante, la relativa a la duración del tratamiento médico y sus resultados. Muchos enfermos, al poco tiempo de ser dados de alta en el hospital en aparentes perfectas condiciones de salud, regresan con los mismos síntomas que a su ingreso. Esto quiere decir que, o el enfermo no estaba curado, o que es necesario una vez terminada la cura, que el paciente no vuelva prematuramente a un régimen ordinario. Esto es precisamente lo que ocurre; mejorado, sin síntomas objetivos ni subjetivos, el enfermo no tarda en abandonar el régimen aconsejado, sin pensar que, meiotrópico de su estómago, no va a tardar en reaccionar a una alimentación demasiado excitante para él. Esto se observa en el enfermo de hospital sobre todo, naturalmente indisciplinado e incapaz de comprender la razón de un régimen, cuando el no siente nada.

Todos los autores que hacen tratamiento médico, están de acuerdo en que el ulceroso, terminada la cura, debe evitar durante años de comer todo lo que pueda serle perjudicial, los alimentos muy calientes o muy fríos, fuertemente condimentados, ácidos, etc. Trousseau en su tiempo ya había declarado que el tratamiento dietético del úlcus, debe ser seguido lo menos dos años.

Cuándo puede considerarse curada una úlcera gástrica? Cuando ya no exista ningún síntoma objetivo ni subjetivo. El dolor es uno de los elementos subjetivos que indica la marcha de la afección; cuando este no aparece, no obstante los cambios de régimen hacia una alimentación más sólida, es un indicio de valor que hace pensar en la curación.

El dolor a la palpación tiene menos importancia, puesto que puede verse en úlceras curadas, pero que han dejado adherencias con los órganos circunvecinos o bien tratarse de sujetos neurópatas que siempre tienen dolor a la palpación en el epigastrio.

Petren se guía para conocer la marcha de sus enfermos, por la reacción de Weber. Un ulceroso con reacciones positivas de sangre oculta en las heces, jamás debe considerarse como curado; es natural que para dar valor a las reacciones, deben haberse llenado todos los requisitos, o sea haber suprimido de la alimentación las carnes conteniendo he-

moglobina y las legumbres y verduras que contengan hemoglobina y las legumbres y verduras que contengan clorófila, que son capaces de dar las reacciones características de la sangre. Generalmente la positividad de estas reacciones desaparece entre tres y seis semanas.

Otros autores se guían por el examen del jugo gástrico; indudablemente es un buen indicio ver desaparecer la hiperacidez, pero la inconstancia de este síntoma le resta valor. Lo mejor es entonces, observar el cuadro general y declarar curado a un enfermo, cuando no hay dolor, ni reacción positiva de Weber, ni acidez.

Respecto a los casos que resisten durante muchos años a los tratamientos más enérgicos. Tecklenburg responde a la cuestión analizando ciertos puntos hasta el presente despreciados. Bien entendido que no tiene ninguna cuenta de los casos que no curan porque los principios del tratamiento no son observados, sea por ignorancia o falta de voluntad, sea por causa de la situación social del enfermo.

Cuando el estómago está en reposo, puede retraerse y los bordes de la úlcera se aproximan, condición sine qua nom para la cicatrización. Por el contrario, sin reposo, la úlcera es tironeada, lo que retarda la curación; las causas que favorecen estos

tironeamientos son, la distensión de las paredes estomacales por el peso de los alimentos, la atonía muscular, la distensión de causa nerviosa: por aerofagia, por hipersecreción.

La distensión por los alimentos es evitada por las pequeñas comidas repetidas.

La atonía muscular es más importante, pues se observa en personas enflaquecidas, anemiadas, como son las portadoras de úlceras. Mientras el enfermo está en cama, la atonía no tiene influencia perjudicial sobre la úlcera, pero desde que se siente mejor quiere levantarse y entonces se produce la recidiva pues se rompe por los tironeamientos el delgado pedículo cicatricial que se ha formado sobre la superficie ulcerosa; se instala una hipersecreción refleja con píloro-espasmo y todo comienza de nuevo. Es necesario en estos casos prolongar el reposo en el lecho y levantar la tonicidad muscular de las paredes estomacales por un aumento de los alimentos; desde que se han calmado los dolores y los vómitos, se añaden al régimen lacteo, crema, manteca, huevos, purécs, etc.; las duchas frías sobre el hueco epigástrico, la gimnasia, los masajes, la electricidad, prestan buenos servicios.

El cacodilato de soda en estos casos levanta mucho las fuerzas de los enfermos.

Todos estos medios contra la atonía deben aun

preceder la segunda cura de reposo cuando hay recidiva y esta cura preparatoria debe ser ensayada también, antes de recurrir al cirujano.

La aerofagia es frecuentemente una causa de distensión estomacal y se concibe su mala influencia sobre un úlcus en vías de curación; esta distensión es más peligrosa que la producida por la atonía pues que es total y obra sobre la úlcera por el mismo mecanismo que aquella: cicatriz joven, dolor, hipersecreción refleja.

La hipersecreción nerviosa como causa de recidiva del úlcus, es rara; pero se concibe muy bien que la acumulación de jugo gástrico en un estómago atónico, con dilatación, puede impedir la curación de la úlcera. Tecklenburg resume su interesante estudio, así:

1.º — Numerosas recidivas de úlcus son debidas a la hiperdistensión del estómago.

2.º — Esta distensión reconoce por causas principales la atonía y la aerofagia.

3.º — Cuando estas complicaciones no curan por los medios médicos, la gastroenterostomía está indicada.

4.º — Esta operación puede curar el úlcus cuando la atonía o la aerofagia impiden la curación.

El problema del pronóstico a larga fecha de los úlcerosos, es decir, de los resultados del tratamien-

to médico, no puede resolverse más que por una estadística que abrace un largo período de tiempo, aun decenas de años y un cierto número de autores han hecho estadísticas tratando de fijar el porvenir de los ulcerosos.

Delmasure, en su encuesta sobre los resultados alejados del tratamiento médico de la úlcera del estómago en la clientela hospitalaria, cita muchas. La encuesta de Paterson se hace sobre 72 enfermos tratados durante 4 meses y medio, seis semanas en el hospital y tres meses en sus casas; el régimen seguido no es mencionado. En esta estadística que no comprende más que las úlceras sin complicación, sin perforación ni estenosis, hay que contar 33 a 50 % de recaídas serias y las curaciones reales están en una proporción de 25 %. Paterson concluye que los resultados del tratamiento médico en el hospital, son muy inferiores a los de la clientela privada.

Encuesta de Bulstrode. — Comprende 500 casos en el hospital de Londres por úlceras no complicadas: el autor relata 18 o/o de muertes y 42 o/o de recaídas.

Encuesta de Greenough y Joslin. — La frecuencia de los grandes síntomas es notada (por orden decreciente), vómitos, dolor, hematemesis. A la salida del hospital se tenían los resultados siguientes:

Curados	64 o o
Mejorados	18 o o
Muertos	8 o o

Después de cinco años se encuentra en estos enfermos:

Curados	40 o o
Recidivados	36 o o
Muertos	20 o o

Estos decesos eran todos atribuibles a la úlcera.

Encuesta de Hewes. — (Journal of the American Association, Setiembre 1916).

Sanos	63 o o
Recidivados	37 o o

Pero si se compara los tratamientos seguidos, se nota que los enfermos tratados por una dieta estricta de cuatro meses, quedan curados en la proporción de 81 o|o, en tanto que la cifra de los sanos no es más que de 55 o|o para los enfermos tratados durante 1 a 2 meses.

Encuesta de Delmasure en Lariboisiere (1898-1907) *y en Tenon* (1899-1908). — La morbilidad por úlcera es de 1 sobre 750 enfermos; el úlcus es entonces más raro en los hospitales de París, que en los de Londres, Boston o Berlín, más frecuente en la mujer que en el hombre; presenta más gravedad en el hombre en el hospital, pues este sigue mal el régimen prescripto, condición esencial de su curación y permanencia.

Delmasure no hace entrar en la categoría de enfermos curados, más que los que no presentan ningún síntoma gástrico. No encuentra más que 15 por ciento de curados y 23 o/o de mejorados que pueden trabajar.

Cuál es el porvenir de estos enfermos curados o mejorados? El autor cree que solo el régimen estrictamente seguido es la condición esencial del mantenimiento de su curación. Ciertos enfermos son castigados a la menor separación de régimen y vuelven al tiempo.

Cuáles son las causas de estos resultados descorazonantes de un tratamiento bien conducido? El autor no da su opinión. Es probable que el régimen no haya sido seguido y esto podría explicar en parte los insucesos; pero hay otra causa de que la estadística permite darse cuenta. La fecha del comienzo ha podido ser obtenida en 57 casos; casi todos databan de más de 3 años, algunas de más de 10 años. El úlcus entonces se habría hecho crónico cuando el enfermo se decide a ir al hospital.

CAPITULO V

EL SUERO NORMAL DE CABALLO

Como hemos visto, cada autor propone su tratamiento, pero no es fácil decir en que casos particulares estos métodos dan los mejores resultados, pues como dice Linossier, no se debe sorprender del hecho de que todos los autores estén encantados del tratamiento que han adoptado. Por nuestra parte, al ocuparnos del suero normal de caballo, debemos manifestar que no pretendemos sorprender con ninguna novedad, puesto que su empleo en terapéutica data de unos veinte años atrás. Pero no obstante su generalización de estos últimos tiempos, la aplicación del suero normal a la úlcera gástrica solo data del año 1912, sin que hasta esa época ni posteriormente, haya aparecido una monografía que exponga sus resultados. El mismo libro de Darier, (1) tan completo aparecido ese año, no presenta más que un caso de úlcera duodenal tratada

(1) Darier - Vaccin, Sérums et fumens - Paris

En primer lugar, la *estenosis* originada en el píloro por una *cicatrización* de la úlcera, no tiene tratamiento médico y pertenece por completo al dominio de la cirugía.

En el *estómago bilocular*, solamente el tipo funcional por contracción muscular tetánica localizada a la región ulcerosa, mejora con el régimen dietético y una cura atropínica intensa, desapareciendo los fenómenos objetivos y subjetivos. El tipo orgánico, por cicatriz retráctil de la úlcera o perigastritis concomitante, o por los dos procesos a la vez, entra casi por completo en el dominio del tratamiento quirúrgico. Sin embargo, pueden atenuarse en gran parte los síntomas subjetivos, con el tratamiento médico, salvándose algunos casos de la intervención.

La *perigastritis* con frecuencia mejora médicamente en sus síntomas, pero se mantiene, pues la úlcera es casi siempre callosa o penetrante; por eso estos estados pertenecen a la cirugía.

La *perforación* encuentra su mejor tratamiento en la intervención, tan pronto como sea posible; si el enfermo no se encuentra en condiciones de ser operado y si se hacen adherencias que localizan la peritonitis, debe esperarse un momento más oportuno.

La *úlcera callosa* suele ser vulnerable al tratamiento dietético y medicamentoso intenso; si se

fracasa, debe pasarse el enfermo al cirujano.

La *perigastritis flegmonosa*, los *abscesos de ve- cindad* y la *úlcera carcinomatosa*, no tienen más tratamiento racional que el operatorio.

Está indicado el tratamiento quirúrgico, en aquellas úlceras simples del estómago *a forma recidivante*, en las cuales a pesar de la dietética severa y de la medicación intensiva, reaparecen parcial o totalmente los síntomas de la afección. Está indicado también en aquellos ulcerosos no complicados, que demuestran una invulnerabilidad más o menos grande a la medicación y a la dietética.

La esfera social a que pertenece un enfermo, es un factor muy digno de tenerse en cuenta y en cuanto se fracase después de una cura bien llevada durante varias semanas, o se manifiestan los síntomas de la enfermedad nuevamente, en un enfermo que necesita abreviar su cura, debe pensarse en el tratamiento quirúrgico.

Hemos dicho ya, que las *hemorragias profusas*, a repetición, si no ceden al tratamiento médico, constituyen una indicación del tratamiento quirúrgico.

Einhorn hace un llamado al cirujano en los casos análogos a los que hemos analizado.

Yague, del Instituto Rubio, de Madrid, dice que la operación en todos los casos no constituye

cada en terapéutica desde la primera edad de la humanidad. Se bebía la sangre todavía caliente de los animales; la sangre de liebre, era sobre todo recomendada en ciertas diarreas rebeldes. Después se imaginó la transfusión que se abandonó por los peligros que había en practicarla entre especies diferentes.

Estas propiedades de la sangre se deben en gran parte al suero y es con este que debe hacerse la transfusión; sería una especie de opoterapia general, pues en la sangre circulan todos los elementos activos de las secreciones internas.

Los clínicos han tenido el mérito de demostrar la incontestable eficacia de los sueros normales y del suero antidiftérico en particular, en el tratamiento de las enfermedades más diversas, pero se han visto bastante embarazados para interpretar estos resultados; los unos admitían una exaltación momentánea de la actividad fagocitaria; otros han tratado de precisar las reacciones producidas en el organismo, comprobando una estimulación sobre la totalidad del aparato hematopoiético y han constatado que estas reacciones eran las mismas, cualesquiera que fueran los sueros empleados y que estos, normales o específicos, podían provocar los mismos accidentes séricos cuando eran inyectados.

La observación clínica nos muestra entonces,

CAPITULO IV

INDICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Ladevéze, en su tesis "Etude clinique et le traitement del'ulcère du duodénum", cita estas palabras de Mikulicz, de Berlín: El rol del cirujano comienza, cuando la terapéutica médica se ha mostrado manifiestamente insuficiente para detener la enfermedad; palabras que reflejan muy bien el pensamiento actual respecto al comportamiento del médico ante un ulceroso.

Sabemos que el tratamiento médico cura la úlcera en la mayoría de los casos, pero cuando este tratamiento se ha revelado inútil o cuando se han producido ciertas complicaciones, debe entrar en actuación la cirugía.

Es en las complicaciones que el tratamiento quirúrgico encuentra sus principales indicaciones, pero aun aquí los dos tratamientos deben hermanarse, reemplazándose cuando sea necesario. Veamos estas indicaciones:

por suero y a causa de haber determinado una hemorragia. Carnot (2) en su notable monografía sobre la opoterapia hemática, apenas si menciona esta aplicación del suero.

Fué el Dr. Marotta, entre nosotros, quien lo empleó por primera vez en la sala II del Hospital Nacional de Clínicas servicio del Dr. Gandolfo, continuando hasta ahora de la misma manera, con los brillantes resultados que consignan las historias clínicas de los enfermos tratados.

talarios de Buenos Aires en que se trata médica-

Hoy, en la mayor parte de los servicios hospitalmente la úlcera gástrica, el suero normal de caballo constituye la base de este tratamiento.

Propiedades.—El suero normal tiene una acción exitante natural frente a diferentes elementos celulares. Metchnikoff, ha mostrado esta acción sobre los leucocitos. Wrigth, ha demostrado también que hay en el suero normal ciertas sustancias exitantes de la fagocitosis que se manifiestan mejor y de una manera específica en los animales inmunizados.

El suero normal tiene también una acción estimulante sobre los glóbulos rojos, aumentando su número; esta acción normalmente bastante débil, se desarrolla mucho cuando el animal que dá el suero está en una faz activa de renovación sanguí-

(2) P. Carnot—Opothérapie hémétique—1911

nea, dos o tres días después de una sangría abundante por ejemplo.

El suero normal produce una excitación sobre el corazón y los vasos; el corazón aislado late muy largo tiempo cuando es irrigado por sangre desfibrinada.

Sobre la nutrición general, tiene una acción que se puede aprovechar muy bien. Se nota que los animales sometidos a inyecciones de suero, son mucho más vivos mostrando un ardor genital desacostumbrado. En el hombre las inyecciones de suero producen comunmente una euforia notable con estimulación de la fuerza muscular, de los instintos genésicos, etc.

El suero normal tiene una acción coagulante útil para la hemostasia, tanto localmente (suero desecado), como en inyecciones intravenosas o hipodérmicas y también por vía bucal.

Contiene amilasa y puede transformar el almidón en azúcar. Contiene según Hanriot, lipasa o por lo menos monobutirinasas. Contiene según Lepine, un fermento glicolítico, de origen leucocítico según Arthus. Respecto de la secreción gástrica tiene, normalmente, un poder antipéptico, por lo demás bastante limitado.

La sangre en los animales superiores aparece como la condición misma de la vida y ha sido em-

más que un tiempo en el tratamiento de la enfermedad y en fin de cuentas es al tratamiento médico que conviene recurrir, para poner al enfermo al abrigo de toda recidiva. En particular, cuando existe una hipersecreción clorhídrica considerable, no obstante la gastro-enterostomía, ha visto con frecuencia persistir los dolores o producirse las recidivas.

En síntesis, diremos que el tratamiento ideal y exclusivo de la úlcera simple, no complicada, es el médico: dietético-medicamentoso. En las úlceras simples, no complicadas, invulnerables a este tratamiento y en las formas complicadas, puede ser indispensable el auxilio de la cirugía.

que puede agregarse como corolario a la gran ley de Pasteur sobre la especificidad de los sueros: "que todo suero inmunizante, al lado de su acción sobre la enfermedad contra la cual ha sido preparado, posee la propiedad innegable de aportar a todo organismo invadido por un agente infeccioso cualquiera, medios de defensa generales capaces de atenuar más o menos la mayor parte de los síntomas mórbidos, sea aportando anticuerpos de defensa, sea simplemente estimulando la energía vital de los tejidos. Esto es lo que Darier llama acción paraespecífica.

En los primeros tiempos de la bacterioterapia, todo parecía muy sencillo: las antitoxinas acumuladas en la sangre de un animal inmunizado, debían combatir específicamente las toxinas en contra de las cuales las había segregado aquel animal y cada suero debía ser el remedio específico de una enfermedad determinada. Pero, el suero parece obrar únicamente como exitante de las propiedades bactericidas o antitóxicas de las células de nuestro organismo.

Si es así, por qué pues preocuparse para obtener el suero de un animal inmunizado? No bastará el suero de un animal sano? Así lo ha creído Engel quien trata simplemente la escarlatina por suero normal y pretende curarla por este procedimiento.

Vidal (1) establece que la mayor parte de los sue-

(1) Vidal - Progrès medical 1901

ros propuestos no son antimicrobianos ni antitóxicos, exceptuando los sueros antitetánico y antidif-térico; que no tienen ninguna acción específica segura, sinó una simple acción tónica general. (1)

En apoyo de esta manera de pensar, están los brillantes resultados obtenidos por Kraus, Penna y Bonorino Cuenca con el suero normal de bovino en el tratamiento del carbunco. Kraus y Beltrami, descubrieron el hecho de que el suero normal de bovino puede proteger los conejos contra el carbunco virulento en igual forma que los sueros inmunes y desde entonces hasta hoy cuentan ya con una estadística numerosa de casos tratados solamente por este medio, con los resultados conocidos. El suero normal de bovino es capaz de curar el carbunco humano, como los sueros inmunes usados hasta hoy. Siendo fresco es menos tóxico y esta toxicidad la pierde completamente, calentando dos veces a 56°. Penna y Kraus manifiestan desconocer casi los accidentes séricos con este producto, opinión que no comparte Lignières para quien siempre el suero de bovino sería más tóxico que el suero de caballo (2).

En una comunicación presentada por el Dr. Marengo a la Sociedad de Medicina Veterinaria, (3), sobre los resultados obtenidos en la guerra en

(1) Arnorau—Terapeutica—tomo 1o. pag. 425

(2) La Prensa Médica Argentina años 1916, 17 y 18

(3) Marengo — Comunicacione a la Sociad. Méd. vet. 21 Agosto de 1917

el tratamiento de las heridas con el suero polivalente de que son autores los profesores Leclainche y Vallee, llega a la conclusión de que las propiedades del suero polivalente, son más bien debidas al suero normal que obra excitando la proliferación de la célula embrionaria, reintegrando a los tejidos en su función normal y facilitando la acción fagocitaria de los leucocitos, que obran entonces en terreno favorable, más bien que a su especificidad.

El suero normal de caballo obra entonces en la práctica como el suero polivalente.

El profesor Lignières, en la Academia de Medicina de París, (1) hace una comunicación diciendo que sus observaciones sobre el suero normal de caballo, comienza en una forma incidental; teniendo a su disposición suero antitetánico en polvo, de Calmette, lo aplicó sobre heridas infectadas, sucias de tierra y estiércol, únicamente con el fin de prevenir el tétanos. Gran sorpresa le causó en algunos casos la rapidez con que se efectuaba la cicatrización. Desde el segundo día la herida tomaba un hermoso aspecto, finamente granuloso, las escaras se desecaban rápidamente; así trató también las heridas consecutivas de los abscesos que se forman generalmente después de las inyecciones subcutáneas de culturas de estreptococos, en los caballos

(1) Comunicación hecha en la sesión del 9 de Noviembre de 1915.

destinados a la producción de suero antiestreptocócico. Habiéndosele terminado el suero pulverulento y pensando que se trataba de una acción que no podía ser propia del suero antitetánico solamente, usó suero de procedencia líquida, antiestreptocócicos, antipasteuréticos que le dieron resultados idénticos y más constantes.

Se presentaba entonces a su espíritu estudiar comparativamente el suero normal. Dice que en un principio notó que los sueros específicos que usó, estaban dotados de una propiedad cicatrizante más elevada que el suero normal; más adelante hace otra constatación, que el suero anticarbunclōso proveniente de segunda sangría, protegía a las mismas dosis y en las mismas condiciones, un número mayor de cobayos que el suero de la primera sangría, dándose así cuenta, de que se hallaba en presencia de la mayor actividad citósica del suero llamado hemopoiético, de Carnot y Deflandre.

Vía bucal. — La idea de la seroterapia por vía bucal no es nueva; ella remonta a mucha antigüedad. Mithridates no solo se acostumbraba a los venenos más variados y violentos sinó que lo hacía ingerir a patos y gansos hasta que morían y después les bebía la sangre.

Los sueros inmunizantes o activados tomados por la boca, no obran como bactericidas o antitó-

xicos, sinó solamente por acción estimulante de las resistencias orgánicas a la manera de una opoterapia sérica de defensa, tal como obra el suero normal, y esta acción paraespecífica, paradójal o polivalente, se manifiesta muy bien después de la absorción por la boca, con la ventaja de poner completamente al abrigo de los accidentes séricos; la objeción de la anafilaxia cae entonces por sí misma, cuando se hace tomar el suero en posición. La eficacia de esta terapéutica sérica por vía bucal, ha sido confirmada por las notables experiencias de Ruppel, (1) quien ha logrado en los conejos prevenir y curar infecciones estreptocócicas graves, introduciendo en el estómago por la sonda esofágica 15 c. c. de suero cada hora.

Es este un hecho de la más alta importancia clínica, pues el que sabe cuán difícil es al comienzo de una enfermedad infecciosa, establecer un diagnóstico preciso, puede sacar gran partido de esta seroterapia paraespecífica, haciendo tomar por la boca cualquier suero sin el menor temor de accidente, ayudando así al enfermo a defenderse hasta que, sentado el diagnóstico, se instituya una terapéutica específica.

Un suero normal obra en el mismo sentido, pero menos enérgicamente. Es natural que su ac-

(1) Darier—bre. cit.

ción se retarda utilizando la vía gástrica y que cuando deba tratarse un caso con urgencia se elegirá la vía endovenosa o la subcutánea. Tal es el hecho siguiente: en todas las infecciones oculares agudas, provocando violentos dolores, si se administra suero de Roux, se observa lo más comúnmente como primer signo de su acción, la cesación más o menos completa de los dolores y esta cesación se producirá tanto más ligero, cuanto más rápida sea la absorción del suero. Inyectado directamente en las venas, calmará los dolores en una hora: inyectado bajo la piel tarda en producir su efecto tres o cuatro horas y si se hace beber el suero, los dolores recién se calman a las seis u ocho horas más tarde.

La administración del suero por la boca, permitirá una generalización rápida de la seroterapia, pues así no se observa ninguno de los accidentes sécutáneas, edemas, dolores articulares, adenitis generalizadas, fiebre, delirio, choc anafiláctico, que dosis hipodérmicas muchísimo menores podrían determinar.

Paton, (1) que ha hecho tomar suero a sus enfermos durante nueve años y Darier que lo ha prescripto desde hace diez años, manifiestan no haber tenido un solo caso de accidente sérico. Paton dice haber hecho absorber por la boca un total de

(1) M. Paton—Nerr serum therapy Londres 1906.

10000 c. c. de suero antídiftérico para curar una serie de afecciones diversas y más de 1600 litros de suero normal de caballo, buey o carnero; el todo de 1898 a 1906.

Actualmente se suministra el suero normal por vía gástrica, en los estados infecciosos, enfermedades infecto-contagiosas, en la úlcera gástrica y duodenal y como tónico en la debilidad y en las anemias.

Aplicaciones terapéuticas del suero normal.—

Enfermedades infecciosas. — Las inyecciones de suero normal aumentan notablemente la leucocitosis y realzan por lo tanto las defensas orgánicas. Se ha empleado con buen resultado en las enfermedades infecciosas para las cuales no existen o no se tienen a mano sueros específicos: cólera, tifus, neumonía, bronconeumonía, difteria, viruela, escarlatina, bronquitis, anginas, erisipela, tuberculosis, infecciones estafilocócicas, ozena, pleuserias, meningitis, reumatismo, infecciones puerperales, etc.

No se habla naturalmente de curación, sino de la desaparición de los tres síntomas cardinales de las infecciones agudas: dolor, fiebre, insomnio.

El mismo resultado se obtiene empleándolo por vía bucal; bajo su influencia renace el apetito, el enfermo se siente más fuerte y púde levantarse.

Hemorragias. — Debido a su contenido en plas-

masa, el suero normal fresco aplicado como tópico en las superficies ulceradas o en las heridas, contiene la hemorragia aun cuando otros medios fallan. Es así que su empleo es indicado en las hemorragias de los hemofílicos, en los casos de púrpura, en los uretrorragias y enterorragias, en las hemorragias gingivales o alceolares, en las hematurias, en las ulceraciones del estómago, duodeno y recto; en las hemóptisis de los tuberculosos el suero tendría una doble indicación: 1.º acción directa sobre la coagulación de la asngre; 2.º acción vasotónica y anti-infecciosa. Wirth ha obtenido la hemostasia después de la amidalectomia, gracias a pincelaciones de la herida operatoria con suero. En un caso de Leriche, fué inyectado suero en la cavidad prostática después de la prostatectomia, por el drenaje hipogástrico. En otro caso después de la ablación de un enoeme prolapso hemorroidario que sangraba continuamente, el rociamiento de la herida con suero evitó la hemorragia.

La manera de aplicación debe adaptarse a los diferentes casos; se aplicará localmente con compresas de algodón o gasa, cuando sea directamente accesible la superficie ulcerada; por vía gástrica en los casos de ulceraciones gastrointestinales; en las metrorragias se hará taponamiento del útero y la vagina con gasa estéril embebida por suero. Cuan-

do no sea posible una aplicación local, se empleará el suero por inyecciones.

La acción del suero no se manifiesta solamente por las modificaciones de la coagulabilidad de la sangre, sino que se hace también sobre los glóbulos rojos y sobre su valor en hemoglobina. Hort habiendo notado en uno de sus enfermos que el total de la hemoglobina se había elevado de 60 a 75 % después de siete días de ingestión de suero, para alcanzar finalmente a 95 % , fué llevado a emplear el suero en la anemia y la clorosis.

Anemias. — En las anemias post-hemorrágicas, tóxicas, criptogénicas, las inyecciones de suero normal como también su administración en poción, han sido utilizadas por diversos autores. Carnot y Deflandre han comprobado que en estos casos el suero normal tiene un valor real, pero muy inferior al de los sueros hemopoiéticos.

Ulceraciones o llagas atónicas. — En las úlceras varicosas, en el *ulcus cruris*, en las llagas con granulaciones grisáceas, en la úlcera fagedénica del miembro, en la fisura del ano, la acción histopoiética del suero es notable. Se han observado casos de úlcera fagedénica del miembro, rebeldes a todo tratamiento, curarse en pocos días únicamente con aplicaciones tópicas de suero normal. (Observaciones personales de S. Dessy).

Quemaduras. — En las quemaduras la granulación y la caída de las escaras profundas es rápida: se emplean sencillas curas húmedas, renovadas cada doce horas.

Abcesos. — Un número no indiferente de publicaciones trata de la acción antitriptica del suero y de su aplicación en el tratamiento de los abcesos. La técnica a seguirse es la siguiente: se aspira con una jeringa provista de una aguja ancha todo o parte de pus del absceso y se inyecta en la cavidad, igual o menor cantidad de suero normal. Por lo general una o dos aplicaciones de suero son suficientes para producir la curación del absceso, sin tener que abrirlo, evitando de esta manera curaciones largas y cicatrices.

Enfermedades ginecológicas. — Las aplicaciones de tapones embebidos por suero normal o glicerinado (a 30 %) dan buenos resultados en los casos de erosiones del cuello, metritis cervicales, vaginitis y combaten eficazmente la leucorrea. R. Petit ha fabricado lápices a base de suero seco, que pueden ser introducidos en el útero.

Enfermedades de la nariz. — En las rinitis agudas y crónicas, en el lupus, en todos los estados acompañados por fenómenos secretorios acentuados, en las supuraciones crónicas, en la ozena, la acción del suero es evidentísima.

Supuraciones crónicas del oído. — La instilación de algunas gotas de suero en el oído, hace desaparecer esas viejas supuraciones que tanto molestan a los enfermos, después de 2 o 3 aplicaciones.

Enfermedades de los ojos. — Darier y Fromagít han tratado con el suero las queratitis ulcerosas, neumocócicas, las panoftalmías, las irido-ciclitis graves. El primer efecto del suero es calmar los dolores, asegurar el sueño y mejorar así el estado general del enfermo; la acción local es también notable. Buenos efectos se observan en la conjuntivitis tracomatosa.

Enfermedades gastrointestinales. — En la colitis mucosa membranosa, en las fases agudas o en el período de cronicidad la acción del suero es muy notable. Se suministrará por la vía rectal, estando el enfermo en la posición de Trendelenburg y en cantidades de 20 a 30 c. c. El líquido llega así hasta el ángulo derecho del colon transversal; se repite la inyección cada uno o dos días, hasta 6 u 8 inyecciones. También ha sido empleado el suero normal en las enteritis y gastritis agudas, en la hiperestenia gástrica y en la hiperacidez.

Diversas aplicaciones quirúrgicas. — Se emplea el suero normal en inyecciones practicadas 24 o 48 horas antes de la operación, toda vez que deba hacerse intervenciones en el hígado o en las vías bi-

liares. Petit introduce en el abdomen 20-40 gr. de suero normal toda vez que interviene en peritonitis circunscriptas o generalizadas, consecutivas a apendicitis, perforaciones intestinales, ovario-salpingitis, colecistitis. También hace inyecciones preventivas (20cc) en el peritoneo, para aumentar su defensa, el día antes de operar.

Enfermedades del riñón. — Las nefritis post escarlatinosas y aun las nefritis crónicas, benefician mucho de la inyección de suero de la vena renal de cabra. Bajo su influencia se modifican los fenómenos urémicos; la cefalalgia, el insomnio y los edemas ceden prontamente; la disnea se atenúa, la respiración se vuelve regular, el pulso y la presión arterial se normalizan. Aumenta la orina, los cloruros y la urea y la albúmina disminuye rápidamente. Parece por tanto, que en la sangre de la vena renal existen los principios desconocidos que constituyen la secreción interna del riñón y cuya falta se manifiesta con los fenómenos urémicos.

El suero normal en la úlcera gástrica

Múltiples son las aplicaciones del suero normal, pero hasta ahora, lo hemos dicho ya, no ha aparecido un trabajo que estudie su empleo en la úlcera gástrica y duodenal. Al Dr. Marotta corresponde el mérito de haber sido el primero entre nosotros en usar esta terapéutica, siendo ya muchos

los enfermos tratados. En todos los casos se ha servido del suero que prepara el Instituto Biológico Argentino.

Es el *ulcus*, la dolencia donde el suero encuentra su mejor indicación; enfermedad tórpida por excelencia, a etiología desconocida, debe beneficiar mucho de un medicamento que exalta las defensas naturales del organismo y favorece la cicatrización activando la creación de células nuevas, con la ventaja de que empleado por vía gástrica pueden multiplicarse las dosis, sin el menor temor de accidentes séricos.

El suero normal en la úlcera gástrica, actúa por su acción local y por su acción general.

Puesto en contacto con la úlcera, ejerce su acción tópica, histopoiética, la misma que ejercería sobre cualquier úlcera atónica de la piel; neutraliza la acidez y favorece la cicatrización. Por su acción antipéptica y antitripsica en ciertos casos de hiperestenia gástrica, con exageración del poder péptico, alivia mucho los dolores violentos de ciertas crisis.

Pasando a la circulación, ejerce su acción general, excitando la proliferación de la célula embrionaria, reintegrando a los tejidos en su función normal y facilitando la acción fagocitaria de los leucocitos sobre la flora bacteriana intestinal. Además

exita el corazón y los vasos y sobre la nutrición ejerce su acción tónica. Sobre todo es útil, porque favoreciendo la coagulación de la sangre, se opone a la hemorragia; esta acción la ejerce tanto localmente, como vehiculado por la circulación. Combate también la hemorragia, aumentando el número de glóbulos rojos y elevando la resistencia globular y la tasa de hemoglobina.

Establecido el diagnóstico de úlcera gástrica, con su correspondiente examen radioscópico, análisis de jugo gástrico y reacción de Weber, el Dr. Marotta instituye el tratamiento dietético medicamentoso siguiente: fiel a los principios de Cruveilhier, somete el enfermo a dieta láctea y reposo en cama; desde el primer día suministra suero normal de caballo glicerinado, por gotas, o mejor por cucharadas de las de café yendo progresivamente de un cuarto, a media, tres cuartos, hasta una cucharadita, en dos dosis diarias; la primera la da a la mañana en ayunas y la segunda a la tarde, lejos de las comidas, puro o mezclado con agua. Enseguida de tomado el suero, hace colocar al enfermo en diferentes posiciones, decúbito dorsal, ventral y laterales, a objeto de que impregne todas las paredes del estómago y no escape la úlcera a su contacto.

Por lo general, bastan estos 10 gr. diarios de

sucro en dos tomas para calmar todos los síntomas; vómitos, dolores, hiperacidez, en pocos días. Durante este tiempo debe mantenerse siempre la dieta lactea y solo con la desaparición de los vómitos y dolores, se permitirá una alimentación de más en más complicada, confeccionando un menú, para el que siempre deben regir los principios dietéticos enunciados anteriormente: purées, sopas, compotas, pescado, etc.

El empleo del suero puede prolongarse mucho tiempo — y conviene prolongarlo — sin el menor inconveniente; la norma de conducta la dictará el estado del paciente. Generalmente a los ocho días ya la situación ha cambiado de una manera fundamental; los vómitos y dolores han desaparecido y el análisis del jugo gástrico revela una disminución de la acidez, pero aun la reacción de Weber en las materias fecales permanece positiva, precioso signo que señala la persistencia del *ulcus*.

Al mes el enfermo ya se cree curado, no obstante lo cual debe continuarse la administración del suero, sin permitir la menor separación de régimen, hasta cumplir los seis meses tiempo que debe durar la cura. Aun después de terminada esta, es conveniente instituir de tiempo en tiempo un período de tratamiento para ponerse al abrigo de una recidiva. Ya hemos visto que muchos autores estiman en dos años la duración del tratamiento

médico del ulcus.

En esta forma la mayoría de los enfermos ulcerosos franquean su enfermedad sin necesidad de recurrir a otros medicamentos, pero no hay inconveniente en echar mano de ellos si la persistencia de algún síntoma lo reclama o asiste el deseo de una medicación más completa. Así, por ejemplo, en las formas hiperkinéticas con espasmos intensos, dolorosos, se podría recurrir a la belladona, especialmente en los enfermos sensibles, a objeto de tranquilizarlos hasta que actúe el suero, sin olvidar naturalmente, que así solo se combate el síntoma. Lo mismo puede decirse de los alcalinos, frente a las hiperclorhidrias rebeldes.

El Dr. Marotta considera innecesario el empleo de estos medicamentos y prescinde de ellos en absoluto. Únicamente en esos síndromes ácido sensitivos en que el vómito opone un serio obstáculo a la alimentación del paciente, a más del suero, suministra agua cloroformada en cucharadas cada dos horas (agua cloroformada 150, agua de tilo 75, agua de menta 75).

Las úlceras simples no complicadas del cuerpo o de la pequeña cuivadura, son los casos más felices para el suero, como lo son también para cualquier otro medicamento, pero aquí la mejoría es rápida; sin complicación que perturbe la acción eminentemente cicatrizadora del suero, pronto des-

aparecen los vómitos y dolores y el enfermo puede alimentarse sin dificultad. En estas condiciones, el factor social que lleva muchos enfermos a la mesa de operaciones con el deseo de acelerar su curación, porque tienen que trabajar, desaparece en parte, pues no hay necesidad de prolongar mucho el reposo y hasta pueden trabajar. Muchos ulcerosos pobres, para quienes el trabajo es una ley, pasados los primeros días de reposo emprenden sus ocupaciones habituales sin el menor contratiempo.

En los casos complicados, como ser el estómago biloculado a tipo funcional, perigastritis cuando la úlcera no es callosa o penetrante, en que los tratamientos médicos ya descriptos suelen fallar, haciendo intervenir a la cirugía, hemos visto los más francos resultados.

Las formas recidivantes curan también con el suero; nos referimos a las recidivas que da el tratamiento médico en general, determinadas por la inconstancia de los enfermos, que abandonan prematuramente el régimen impuesto.

El verdadero problema está en saber si estas se presentan también empleando el suero. A priori, se puede contestar afirmativamente, siempre que el enfermo se coloque en las circunstancias que acabamos de enunciar. Pero si se hace el tratamiento según los principios establecidos, sosteniéndolo el tiempo necesario, podemos decir que el suero no

dá recidivas. No lo afirmamos de un modo absoluto porque nos falta la observación posterior a la curación de los enfermos así tratados.

La observación 6.a se refiere a un enfermo a quien se le ha practicado una gastro enterostomía y cuya úlcera recidiva; tratado nuevamente, vuelve a recidivar. Esto nos demuestra primero, la necesidad de hacer tratamiento después de la operación y segundo, la conveniencia de prolongar este tratamiento por un tiempo prudencial. Seguramente este enfermo ha sido librado a los solos beneficios de la operación y luego de recidivada la úlcera, ha abandonado prematuramente el tratamiento; lo comprueba su curación a los seis meses de emplear el suero normal de caballo.

El suero normal en la úlcera previene la hemorragia, primero por sus propiedades cicatrizantes que impiden a los vasos ulcerarse a su vez y segundo por sus propiedades coagulantes que hacen más difícil la hemorragia en el caso de que un vaso se abra. Declarada la hemorragia se hace el tratamiento habitual, agregando suero normal a la dosis de 10 gr. dos veces por día. La observación 1^a es un caso de gastrorragia en una úlcera latente; administrado el suero desde el primer momento, cesa la hemorragia y comienza una rápida mejoría; a los ocho días la enferma hace algunos movimientos bruscos que sin duda rompen algunas bridas ci-

catriciales y se produce una nueva hemorragia que tratada como la anterior y asegurado un buen reposo, no se repite.

En todos los casos en que la intervención quirúrgica se haga imprescindible, debe también administrarse suero desde varios días atrás, con el objeto de impedir las hemorragias ulteriores que a veces constituyen serias complicaciones.

Esta práctica de las inyecciones preventivas debe generalizarse a todos los enfermos cuya sangre se coagula con dificultad (hemofílicos, enfermos de púrpura, enfermos del hígado o de las vías biliares). La acción protectora del suero dura por lo general 25 o 30 días.

Hay enfermos que solo presentan estos estados hemorragíparos transitoriamente (hemofilia espontánea) de donde la conveniencia de practicar en todos los candidatos a operarse, un examen previo del poder de coagulación de la sangre, para corregir la insuficiencia de plasmasa en los que lo tienen disminuido.

La perforación para la que el suero normal es un medio profiláctico, no excluye la administración de este. Operado el enfermo, debe darse suero después para curar la úlcera que ha sido suturada por el cirujano. Tal es el caso que publica el Dr. Marotta, de una úlcera perforada y operada y que,

recidivada a los seis meses, necesita del suero para curar; (observación 2) (1).

Esto que decimos a propósito de la perforación, puede hacerse extensivo a todos los ulcus que por una razón u otra se operen, especialmente si se practica gastroenterostomía. Siendo esta intervención solo una etapa en la cura de la úlcera, que pone a la lesión en estado de curar haciendo más eficaz la terapéutica médica, debe darse suero después de la operación y administrarlo en la misma forma que en una úlcera no operada. (Ob. 6.)

En las úlceras localizadas en el píloro y determinando el síndrome pilórico, se obtiene distinto resultado según que la estrechez sea funcional u orgánica. La estrechez funcional desaparece con la curación de la úlcera, pero la estrechez orgánica persiste aunque se cure la úlcera y aun a veces aumenta con la retracción que se produce al cicatrizar esta.

Las observaciones 4.a, 7.a, 8.a, 9.a y 10.a, son casos típicos de lo que decimos. Especialmente las 4.a, 8.a y 9.a, demuestran la posibilidad de separar los síntomas de ulcus de los de estenosis; tratados con suero, curan las úlceras del píloro o en vecindad como lo comprueba la mejoría experimentada por los enfermos, mejoría que se mantiene sinó se

(1) Publicada en la *Semana Medica* 9 de Diciembre 1915

les da de comer demasiado; pero hay que intervenirlos por la constatación de la estrechez pilórica orgánica; ya entonces no son ulcerosos, son enfermos que tienen una estenosis fibrosa del píloro.

Es entonces la estrechez pilórica de causa orgánica, la única complicación que hace indispensable la gastroenterostomía y son estos los únicos casos que se entregan al cirujano, empleando el suero normal de caballo como tratamiento.

Siempre se tendrá presente que todos los caballos que dan el suero no se encuentran en el mismo estado de salud, lo que explicaría algunos fracasos. Otra causa de insuceso dependería del enfermo mismo, de su resistencia y de su reacción individual.

Obtenida la curación aparente, es necesario prolongar el tratamiento durante meses, intercalando períodos de reposo hasta conseguir la curación definitiva para lo que bastan unos seis meses; nos servirán de guía los mismos elementos que hemos analizado en un capítulo anterior.

Estos resultados tan alentadores no nos deben hacer olvidar naturalmente, que por el instante no tenemos ninguna prueba exacta que pueda por este método ofrecer a los enfermos, más probabilidades de evitar una recidiva en el porvenir; no estamos todavía bien ilustrados sobre la suerte ulterior de los enfermos atacados de úlcus y nos falta

una estadística de conjunto que nos diga la verdad al respecto. Pero es por esto mismo que nos parece justo elegir la línea de conducta que podemos, según nuestro conocimiento general de la naturaleza de la enfermedad, considerar como la más conveniente y la más ventajosa.

Atilio DANERI.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

ALGUNOS DE LOS CASOS TRATADOS

Observación I (Personal)

M. S., española, soltera, 24 años.

Antecedentes hereditarios e individuales. —

Sin importancia. Solo dice sentir ardores desde tiempo atrás y a veces dolores dos horas después de las comidas, que nunca han sido intensos. Nunca ha tenido vómitos ni se ha privado de ninguna clase de comida. Constipada habitual.

Enfermedad actual. — Hallándose en sus ocupaciones habituales, siente un dolor poco intenso en la región epigástrica al propio tiempo que sufre un mareo que la obliga a tenerse para no caer, acompañado de sudores fríos. A los diez minutos y habiéndose disipado el mareo, tiene un vómito de un cuarto litro de sangre roja, rutilante.

Estado actual. — La enferma es vista a las dos horas. Piel pálida, cubierta de sudores, manifiesta tener frío. Pulso 120 por minuto, regular, poco ten-

so. Temperatura 36°,4. Ligeramente disnea.

Tórax. — Pulmones normales. Corazón, tonos normales aumentados de frecuencia.

Abdómen. — Ligeramente sensible en la región epigástrica. Nada anormal en el resto.

Se diagnostica hematemesis por úlcera gástrica.

Tratamiento. — Reposo absoluto, bolsa de hielo en la región epigástrica, cloruro de cal, suero fisiológico adrenalido, trocitos de hielo en la boca para calmar la sed. Se prescriben 10 gr. de suero normal de caballo en dos tomas diarias de 5 gr. cada una. El estado general mejora rápidamente; a los dos días se empieza a dar leche y a los tres se quita la bolsa de hielo. A los ocho días la enferma se siente muy mejor y hace algunos movimientos en la cama, sufriendo una lipotimia, con estado nauseoso. Se diagnostica gastrorragia, apareciendo al día siguiente, melena en las materias fecales.

Asegurado un reposo conveniente y continuado con el suero, la enferma no vuelve a tener nuevas hemorragias. Sostiene el tratamiento durante seis meses, sin presentar al cabo de estos, el menor síntoma de úlcus.

OBSERVACION 2

(Historias clínicas del servicio de cirugía del Prof. Dr. Gandolfo. Hospital Nacional de Clínicas).

C. A. A., argentino, peluquero, ingresa a la cama 35 de la sala I, en Enero de 1912.

Antecedentes hereditarios e individuales.—Sin importancia. Solo dice que desde hace tiempo tiene ardor en el estómago y pirosis después de las comidas, pero que el ha comido de todo hasta el presente.

Enfermedad actual.—El día anterior al de su ingreso a las tres de la tarde, siente un dolor fuerte en la mitad superior del vientre y en el cuadrante inferior izquierdo, vómitos y dos deposiciones diarréicas, aperece que su abdomen se comienza a abultar. El día que ingresa al hospital tiene fatiga, dolor fuerte, continuo, mayor en el punto de Mac Burney, no mueve el vientre, no tiene vómitos.

Estado actual. — Sujeto flaco, nariz afilada, ojos excavados, ojeroso. Temperatura 37,4 pulso 110, regular, buena tensión.

Tóra. — Respiración torácica 34 por minuto, pulmón normal. Corazón, tonos normales aumentados de frecuencia.

Vientre. — Abovedado, llamando la atención que lo está más en su mitad superior que en la inferior; cicatriz umbilical un poco distendida. Palpando se queja de dolor superficial en todo el vientre, más marcado en la parte superior y con las paredes duras como tabla, en parte debido a la defensa muscular; en la mitad inferior acusa dolor sobre todo en el punto de Mac Burney, pero hay también dolor en toda la vecindad; en el cuadrante inferior izquierdo es donde tiene menos dolor. Timpanismo prehepático.

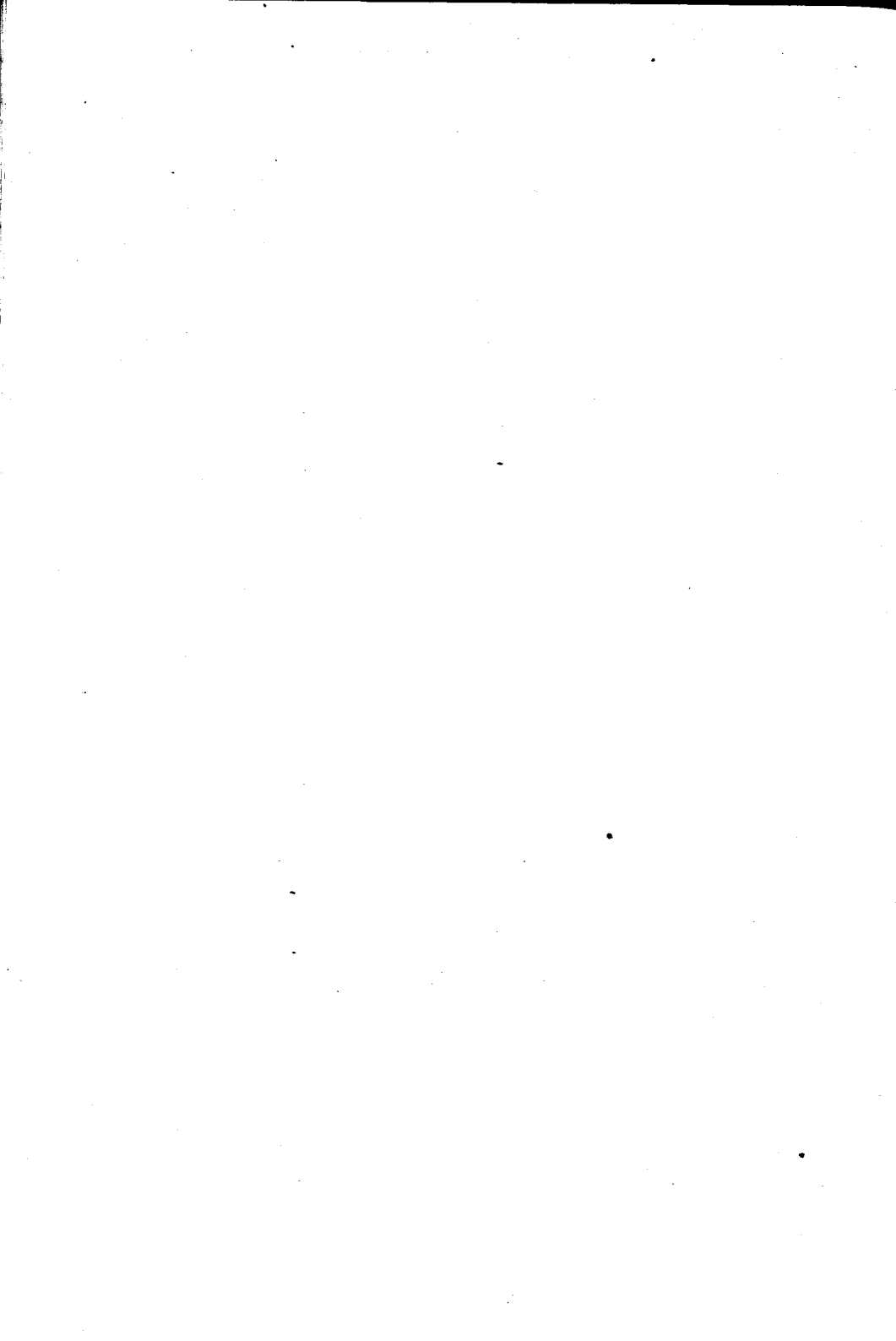
En seguida de entrar el enfermo se le hace una inyección de suero, se le pone bolsa de hielo al vientre; dieta absoluta. Se le opera de urgencia a las 26 horas de iniciada la enfermedad.

Operación.—Anestesia local a la novocaina. Laparotomía mediana supra-umbilical; al abrir el peritoneo sale gas y en seguida líquido seroso turbio de olor agrio que viene de la parte superior del vientre; exudado fibrinoso en la parte visible del hígado y de la cara anterior del estómago. Al ex-

plorar ésta, se ve una perforación pequeña como un grano de arroz, por donde sale líquido y gas; ligera zona de induración alrededor.

A esta altura, como el enfermo se queja, se da éter. Se hace una sutura a punto separado sero-serosa apartándose un poco de la perforación, que se refuerza con el epiplón. Drenaje de gaza. Durante dos días persisten los síntomas peritoneales, caracterizados por vómitos, pulso frecuente y poco tenso. Se le hacen inyecciones de suero fisiológico y aceite alcanforado. A los 15 días se retira el drenaje y al mes la herida estaba cerrada.

Al salir del hospital se le aconseja régimen en los alimentos: sin embargo a los seis meses vuelve por síntomas que permiten diagnosticar úlcera del estómago. Se somete el enfermo a dieta lactea y se le da a tomar suero de caballo glicerinado, empezando por 20 gotas diluidas en un poco de agua por la mañana y 20 por la tarde; se aumenta hasta llegar a 100 en cada vez. Con esto desaparecen todos los síntomas y después poco a poco, toma sopas, huevos, verduras y carnes blancas. Toma el suero por espacio de tres meses y luego por precaución lo ha tomado por breves temporadas intercaladas entre períodos largos en que no hizo medicación.



OBSERVACION 3

Sala II, cama 23.

A. P. Español, 56 años, soltero, jornalero.

Entrada: Marzo 2 de 1917.

Salida: Mayo 3 de 1917.

Diagnóstico: Ulcera simple de estómago.

Antecedentes hereditarios. — Buenos.

Antecedentes personales.—Chancros múltiples.

Enfermedad actual.—Se ha sentido bien de su estómago hasta hace 5 meses en que empieza a sentir ardores después de las comidas, eructaciones ácidas y un calor que se transmite a la espalda. Los primeros vómitos aparecen 4 horas después de las comidas. 15 días más tarde tiene vómitos líquidos comparables a zumo de limón por su acidez; desde entonces ha tenido los mismos fenómenos cada 2 ó 3 días hasta que al mes de enfermarse tiene un vómito alimenticio color oscuro. Estos conservan siempre su carácter, tardíos (a las 4 horas) y

producen alivio inmediato. Ha enflaquecido.

Un médico lo tiene a leche durante un tiempo y mejora, pero a penas abandona el régimen aparecen sus males.

Enfermedad actual.—Sujeto enflaquecido.

Torax.—Pulmones y corazón bien.

Abdomen.—Dolor a la presión en el epigastrio. Clapotage en ayunas, más abajo de la línea umbilical transversa.

Hígado y bazo normales. Traube libre.

Reacción de Weber positiva.

Tratamiento.—Régimen lacteo y suero normal de caballo.

OBSERVACION 4

Sala II. Cama 32.

J. R., Español, 38 años, pasado, peón.

Fecha de entrada: Diciembre 9 de 1916.

Fecha de salida: Abril 2 de 1917.

Diagnóstico: Úlcera gástrica, estrechez de píloro.

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes personales. — Paludismo; sarampión.

Enfermedad actual.—Comenzó hace 6 años, durante los cuales ha tenido períodos hasta de un mes en que se sentía bien. Sufrió dolores 3 ó 4 horas después de las comidas, seguidos de vómitos espontáneos que calmaban el dolor.

Cuando no tenía dolor, sentía ardor y pirosis. Al principio los vómitos solo se presentaban cuando comía mucho; después se producen siempre que la alimentación no fuese líquida (leche y caldo) y

ahora se producen aún con esa alimentación. Apetito conservado.

Estado actual.—Sujeto enflaquecido.

Torax.—Pulmones y corazón bien.

Abdomen.—Nada a la inspección. Palpando la mitad superior llama la atención el clapotage gástrico y una ligera resistencia a nivel del recto derecho con dolor a la presión profunda. El clapotage se obtiene por debajo de la umbilical transversa.

Hígado y bazo normales. Traube libre.

Reacción de Weber negativa.

Examen radioscópico.—Lechada de bismuto.

Estómago con el diámetro transversal mayor que lo normal; límite inferior debajo del ombligo. Hay contracciones peristálticas, pero no se vé pasar bismuto. A las 6 horas de dar la comida de Riedel hay mucho bismuto en el estómago. Contracciones peristálticas, a veces antiperistálticas.

Tratamiento.—Dieta lactea, agua cloroformada, suero normal de caballo. Los síntomas de estrechez pilórica no ceden y entonces se interviene.

Operación.—Dr. Marotta.

Laparotomía mediana supra-umbilical. Estómago grande, estrechez fibrosa del píloro; mesocolón adherido con estómago, de manera que la retrocavidad ha casi desaparecido. Se libran las adherencias y se hace gastroenterostomía vertical (Richard).

OBSERVACION 5

Sala II. Cama 11.

C. V., Austriaco, 33 años, casado, albañil.

Fecha de entrada: Diciembre 18 de 1916.

Fecha de salida: Febrero 8 de 1917.

Diagnóstico: Úlcera simple de estómago.

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes personales.—Reumatismo; tifoidea hace 7 meses.

Enfermedad actual.—Comienza hace 5 meses en la convalecencia de su tifoidea. Cuando se levanta por la mañana tiene sensación de molestia en el epigastrio. Después de comer hay sensación de peso en el epigastrio y a veces dolor. Comía de todo; constipado.

Estado actual.—Buen estado general.

Torax.—Organos bien.

Abdomen.—Nada a la inspección; a la palpación dolor ligero en la línea media por debajo del

apéndice xifoide. Clapotage gástrico en la línea umbilical transversa.

Reacción de Weber negativa.

Análisis de jugo gástrico:

Cl H	0.95
Acido láctico	1.00
Acido butírico.	No hay
Almidón	Mucho
Glucosa.	Poca.
Acidez total.	2.92
Cl II libre	0.95
Cloro combinado.	1.40

Tratamiento.—Dieta lactea. Suero normal de caballo.

OBSERVACION 6

Sala II. Cama 27.

A. B., argentino, 32 años, casado, empleado.

Entrada: Agosto 8 de 1915.

Diagnóstico: Ulcera de estómago, operada, recidivada.

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes personales.—Sarampión, Nílega; lues.

Enfermedad actual.—Operado de gastroenterostomía por neo hace 18 meses, estuvo bien hasta hace un mes y medio en que sintió dolores intensos en el reborde costal derecho y hueco epigástrico propagándose hacia atrás. Eruptos frecuentes y vómitos desde hace 3 días, ácidos, verde amarillentos. Nunca se ha puesto amarilla la orina. Disminuye de peso.

Estado actual.—Mal estado general, astenia marcada. Lengua húmeda saburral.

Torax.—Pulmones y corazón normales.

Abdomen.—A la inspección se nota cicatriz de laparotomía hecha en la época indicada. Vientre aplanado, no se ven contracciones peristálticas; a la palpación se obtiene resistencia en el epigastrio; gran clapotage en la región supra-umbilical. A la presión profunda hay dolores en la línea umbilico xifoidea.

Hígado y bazo normales. Traube libre, timpánico.

Tratamiento.—Se somete a dieta lactea y suero de caballo con lo que desaparecen los síntomas; el enfermo se siente bien y pide el alta.

Diciembre 19 de 1916.—Reingresa porque se queja de dolores intensos en el epigastrio, dolor en puñalada; empieza generalmente a las 4 de la tarde y a la noche en la madrugada; la ingestión de alimentos lo calma lo mismo que los vómitos que siguen casi siempre a aquellos. Vomita al principio un líquido ácido y luego una substancia borra de café. Dice haber visto sus materias fecales de un color muy oscuro.

Cuando salió del hospital estaba mejorado alcanzando 70 kilos de peso. Comía verduras y líquidos únicamente, pero no tomó ningún medicamento.

Estado actual.—Panículo adiposo escaso. Lengua saburral.

Torax.—Bien.

Abdomen.—Dolor moderado a la presión; órganos bien.

Tratamiento.—Se somete de nuevo a dieta lactea y suero normal durante seis meses al cabo de los cuales no se constata ningún síntoma.



OBSERACION 7

Sala I. Cama 21.

Entrada: Junio 13 de 1918.

Diagnóstico: Úlcera de estómago; estenosis pilórica; tumor.

Antecedentes hereditarios.—Madre diabética.

Antecedentes personales.—Sarampión, viruela, tifoidea, chanero fagedénico.

Enfermedad actual.—Comienza hace 3 años con dolor intenso en el epigastrio, que le hace abandonar su trabajo. Al año, de nuevo dolor en la misma región, menos intenso; tiene pirosis y náuseas.

Desde hace 2 meses tiene malas digestiones y repugnancia por las grasas. Eructos ácidos y de mal olor, 2 ó 3 horas después de las comidas. Hace un mes y medio el enfermo nota un bulto que le corre en el epigastrio (ondas peristálticas de Kussmaul). Cuando estas contracciones aumentan tiene náuseas y a veces vómitos. Estos se hacen des-

pués más frecuentes y en uno de ellos nota color borra de café. Ha enflaquecido.

Estado actual.—Sujeto enflaquecido. Lengua húmeda rosada.

Torax.—Pulmones y corazón bien.

Abdomen.—Globuloso, flácido, timpánico. Excitando la pared en la zona gástrica, aparecen ondas peristálticas que dibujan el estómago. Palpación profunda dolorosa.

Reacción de Weber positiva débil.

El sondaje en ayunas evidencia restos alimenticios de la víspera.

Mayo 20.—Se dá comida de bismuto a las 4.30 a. m. y se examina con los rayos a las 10.30, encontrándose el estómago lleno de bismuto, dilatado y ptosado.

Mayo 21.—El sondaje en ayunas permite extraer 100 c.c. de líquido con restos alimenticios.

Mayo 23.—Comida de prueba (té, 250 gr.; pan 60 gr.); a la hora se extrae 180 c.c. de contenido gástrico, cuociente de sedimentación 70 %. Cl H 1, ácido láctico tiene.

Tratamiento.—Diagnosticado el tumor pilórico, se opera.

Operación.—Dr. Gandolfo.—Laparotomía mediana supra-umbilical. Estómago de paredes gruesas, muy friable; gastroenterostomía de Von Haeckel. Después se administra suero.

OBSERVACION 8

Sala I. Cama 17.

S. T., italiano, 58 años, casado, guarda.

Entrada: Febrero 23 de 1915.

Salida: Abril 5 de 1915.

Diagnóstico: Ulcera gástrica, prepilórica y pilórica.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Blenorragia. Chancreo con adenopatía inguinal supurada.

Enfermedad actual.—Empezó hace 5 años, sintiendo un dolor en forma de puntada debajo del borde costal derecho, un poco por dentro de la línea mamaria. El dolor solía irradiarse al epigastrio y región umbilical y sobrevenía más o menos a las 4 horas de las comidas.

El dolor calma después del vómito que es abundante, constituido por un líquido sumamente agrio y que sobreviene poco después de la aparición del

dolor. Con intervalos de mejoría de 10 a 15 días de duración, ha pasado hasta el mes de Enero; desde entonces el dolor ha aumentado y sus vómitos se han hecho más frecuentes, a pesar del régimen alimenticio a que ha sido sometido. El dolor se acompaña de contracciones antiperistálticas del estómago, también dolorosas. Nunca ha tenido hematemesis aunque dice haber tenido deposiciones negruzcas (no sabe si ha tomado bismuto). Es constipado; conserva el apetito; ha enflaquecido bastante.

Estado actual.—Sujeto enflaquecido; piel pálida. Lengua húmeda saburral.

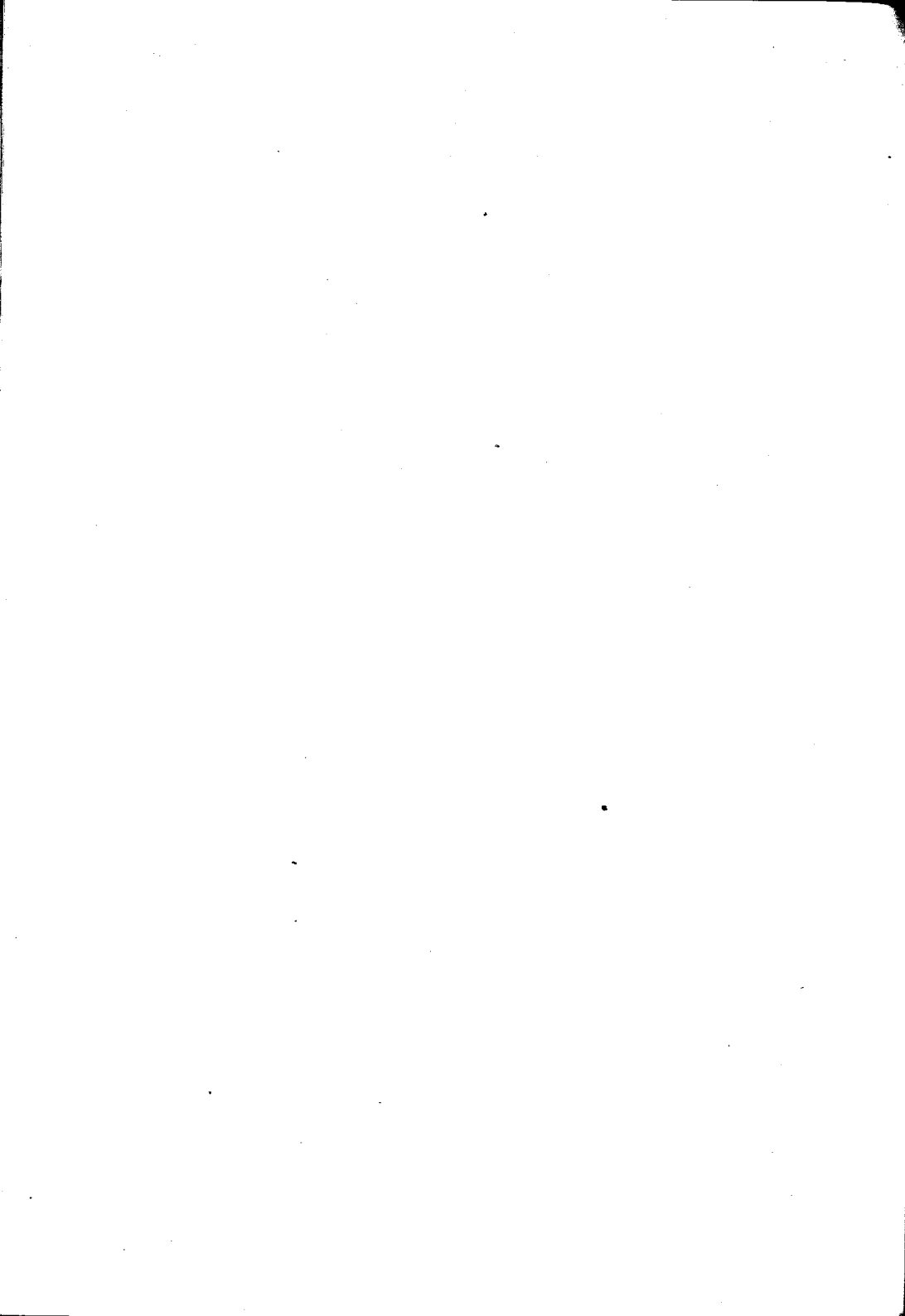
Torax.—Pulmones bien. Corazón normal.

Abdomen.—Epigastrio un poco avoedado, algo deprimido en el hipogastrio. Por momentos se ve un tumor redondeado, del tamaño de una naranja que levantándose paulatinamente al nivel de la región umbilical, se aplana y se extiende para perderse lentamente a la derecha de la línea media. El sujeto acusa dolor en este momento (contracciones peristálticas de Kussmaul).

Palpando se aprecia un estómago aumentado de tamaño. Clapotage gástrico. En la región de la epigastria del epigastrio, con mucha dificultad se obtiene una sensación de resistencia difusa cuyos caracteres no pueden especificarse bien.

Tratamiento.—Médico por suero de caballo; ante la estenosis pilórica se opera.

Operación.—Dr. Marota. — Laparotomía mediana supra-umbilical. Estómago sumamente dilatado; al nivel del píloro se encuentra una induración y algunas cicatrices blanquecinas, teniendo en conjunto el aspecto de un tumor inflamatorio del tamaño de un huevo de gallina. Estómago adherido al mesocolón y al pequeño epiplón por pequeñas adherencias inflamatorias y que se desprenden con facilidad. Gastroentero anastomosis posterior de Ricard. Sin drenaje.



OBSERVACIÓN 9

Sala II. Cama 14.

H. S., argentino, 38 años, casado, empleado.

Entrada: Diciembre 21 de 1917.

Salida: Febrero 2 de 1918.

Diagnóstico: Úlcera piloro duodenal. Estrechez secundaria.

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes personales.—Sarampión, difteria, blenorragia. Niega sífilis.

Enfermedad actual.—Desde los 16 años padece periódicamente de su estómago, coincidiendo con los excesos sexuales. Sin llegar a ser dolor, es una sensación de plenitud estomacal; come mucha carne, trabaja mucho. Poco constipado.

Hace 5 ó 6 años nota que su enfermedad se agrava; aparece un dolor que localiza en el epigastrio y que sobreviene a las 5 horas después del almuerzo, persistiendo hasta la ingestión de un ali-

mento cualquiera. Hace 3 años adoptó el régimen vegetariano y mejoró un poco, pero empeorado de nuevo, volvió a la carne, sin privarse de nada. En esta forma solo continúa por 20 días, pues los vómitos se hacen tan repetidos, que llega casi a la inanición.

Estado actual.—Sujeto enflaquecido.

Torax.—Pulmones y corazón normales.

Abdomen.—A la inspección nada de particular. A la palpación hay defensa muscular ligera en el epigastrio y en el lado derecho. Límite inferior del estómago por clapotage, un poco por debajo de la línea umbilical transversa. Por momentos se forma en el epigastrio un tumor de superficie lisa que al poco tiempo desaparece.

Bazo normal. Hígado, se palpa en el reborde costal. Traube libre.

Exploración radioscópica.—El límite inferior del estómago está a unos 3 dedos por encima del ombligo; se ven contracciones poco enérgicas y a la media hora se produce la evacuación completa del estómago.

Reacción de Weber positiva débil.

Análisis de jugo gástrico.

Cl H. 0.18 %. Ac. láctico 0.50 o/o. Ac. butírico 1.96 o/o.

Tratamiento. — Con el régimen alimenticio

(dieta lactea), suero normal de caballo y agua cloroformada, el enfermo mejora, pero si se dan sopas, papas, huevos, carnes blancas, etc., los síntomas de estrechez píloro duodenal reaparecen, por lo que se le interviene.

Operación.—Dr. Maretta. — Laparotomía mediana supra-umbilical. Estómago dilatado, paredes gruesas, fenómenos evidentes de inflamación en la serosa que cubre el píloro y la mayor parte de la 1.ª porción del duodeno. Induración del píloro, que lo fija, de límites irregulares y de consistencia fibrosa y que parece adherida al pancreas. No hay ganglios. Gastroenterostomía transmesocólica vertical, sin asa intermediaria.

Después de la operación se continúa con el suero.

- Enero 14—Comienza a tomar té con leche.
- ” 19—Sopa y pan.
- ” 21—Papas, arroz con leche, huevos.
- ” 24—Gallina, fruta en compota.

OBSERVACIÓN 10

Sala I. Cama 15.

J. R. S., español, 56 años, casado, corredor.

Entrada: Enero 24 de 1918.

Salida: Febrero 12 de 1918.

Diagnóstico: Úlcera de la pequeña curvadura del estómago, en la vecindad del píloro.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia

Antecedentes personales.—Sarampión. blenorragia. Operado de hernia y hemorroides.

Enfermedad actual.—Empieza hace unos nueve años; sentía el estómago pesado, especialmente al levantarse, con náuseas, pero sin vomitar. Privándose de la carne, pasaba temporadas bien. Después aparecen eructos ácidos y pirosis que le dejan los dientes desafilados. La acidez la siente más a las 4 horas de comer: actualmente siente dolores en el epigastrio a las 5 horas de haber comido, con sensación de peso y vómitos ácidos.

Estado actual.—Buen estado general.

Torax.—Pulmones y corazón normales.

Abdomen.—Palpitaciones en el epigastrio, red venosa inferior. Punto epigástrico doloroso. Borde inferior del estómago delimitado por percusión, a 4 traveses de dedo por debajo de la línea umbilical transversa; en este punto hace relieve la pared abdominal y sigue los movimientos respiratorios. Clapotage.

Bazo e hígado normales. Traube libre.

Reacción de Weber negativa.

Tratamiento.—Suero de caballo.

Operación.—Dr. Landívar. — Laparotomía de Moynihan. Estómago grande; en la pequeña curvatura, cerca del píloro, úlcera callosa, estrellada, con espesamiento del epiplón gastro hepático. Gastroenterostomía posterior, vertical, Ricard-Moynihan.



OBERVACION 11

Sala I. Cama 6.

A. F., español, 31 años, casado, jornalero.

Entrada: Marzo 24 de 1917.

Salida: Junio 23 de 1917.

Diagnóstico: Úlcera simple de estómago.

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes personales.—Niega lues.

Enfermedad actual.—Hace 3 años que comenzó con dolores en el epigastrio después de las comidas y que desaparecían con los alimentos o comprimiendo el vientre con fuerza. Ha tomado medicamentos que le calmaban el dolor.

Desde hace dos meses sus dolores se han hecho más intensos y aparecen a las dos horas de las comidas, acompañados de vómitos, después de los cuales desaparecen. Poco apetito. Constipado.

Estado actual.—Regular estado de nutrición.

Torax.—Pulmones bien. Corazón, tonos puros.

Abdomen.—A la inspección, nada de particular. La palpación es dolorosa a nivel del epigastrio, irradiándose el dolor hacia la 2.a vértebra lumbar.

Hígado y bazo normales. Traube libre.

Reacción de Weber negativa.

Tratamiento.—Suero normal de caballo.

OBSERVACIÓN 12

Sala II. Cama 31.

J. S., ruso, 50 años, casado, herrero.

Entrada: Julio 31 de 1917.

Salida: Noviembre 1.º de 1917.

Diagnóstico: Úlcera simple de estómago.

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes personales.—Buenos.

Enfermedad actual.—Desde hace 3 años tiene a veces dolores y ardores de estómago, que calmaban con la ingestión de alimentos. Hace 3 semanas le aparece casi de improviso un dolor fijo en el epigastrio que se acompaña de sensación de intenso ardor que se propaga hacia el esófago. Ha tenido vómitos solo en tres ocasiones y no recuerda sus caracteres. Ha estado a dieta líquida únicamente y cree haber perdido algunos kilos de peso. Constipado.

Estado actual.—Buen estado general.

Torax.—Pulmones y corazón normales.

Abdomen.—Dolor provocado en la línea media del epigastrio; no se palpa tumor. Borde inferior del estómago a la altura de la umbilical transversa.

Hígado y bazo normales. Traube libre.

Examen con los rayos X.—Hay contracciones peristálticas muy ligeras, haciendo el examen seis horas después de haber dado la comida bismutada.

Reacción de Weber negativa.

Análisis de jugo gástrico.

	Agosto 9/17	Octubre 27/17
Reacción	Acida	Acida
Cl H	1.25	No tiene
Ac. láctico	0.50	0.30
Ac. butírico	No hay	No hay
Almidón	Mucho	"
Eritrodextrina	Regular	"
Glucosa	"	Regular
Peptona	Poco	Muy poco
Albúmina	Rastros	No hay
Acidez total	2.55	0.44
Cl H libre	1.24	No hay
Cl. combinado	1.76	1.10

Tratamiento.—Dieta lactea. Suero normal de caballo.

Septiembre 24 de 1917.—No hay ningún dolor. Se empieza a dar leche con sémola.

Octubre 1.º de 1917.—Papas, sémola y chíño con leche. Pan.

OBSERVACIÓN 13

Sala II. Cama 2.

D. T., italiano, 35 años, casado, puestero.

Entrada: Septiembre 1.º de 1917.

Salida: Octubre 13 de 1917.

Diagnóstico: Úlcera simple del estómago.

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes personales.—Blenorragia y chancros múltiples.

Enfermedad actual.—Comienza hace 10 años con dolores en el epigastrio después de las comidas y que se calmaban con la ingestión de alimentos. De entonces acá, ha tenido períodos de dolor y períodos de bienestar en que comía de todo. Últimamente al dolor se agregaron los vómitos que a veces eran espontáneos y otras él se los provocaba porque sabía que le calmaban el dolor.

Estado actual.—Regular estado general.

Torax.—Pulmones y corazón bien.

Abdomen.—Nada a la inspección. Palpando se obtiene dolor en el epigastrio, línea media y hacia la derecha. Límite inferior del estómago, debajo de la umbilical transversa.

Hígado y bazo normales. Traube libre.

Exploración radioscópica. Retención.

Reacción de Weber negativa.

Reacción de Wasserman negativa.

Cl H.	1.97
Ac. láctico	0.60
Ac. butírico.	No hay
Almidón	Mucho
Eritrodextrina.	Poco
Acrodextrina	Regular
Glucosa	"
Peptona	Poco
Propeptona.	Muy poco
Sintonina	Vestigios
Albúmina	"
Acidez total	3.28
Cl. H libre	1.97
Cloro combinado.	1.72

Tratamiento.—Suero normal de caballo.

OBSERVACION 8

Sala I. Cama 17.

S. T., italiano, 58 años, casado, guarda.

Entrada: Febrero 23 de 1915.

Salida: Abril 5 de 1915.

Diagnóstico: Ulcera gástrica, prepilórica y pilórica.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Blenorragia. Chancro con adenopatía inguinal supurada.

Enfermedad actual.—Empezó hace 5 años, sintiendo un dolor en forma de puntada debajo del borde costal derecho, un poco por dentro de la línea mamaria. El dolor solía irradiarse al epigastrio y región umbilical y sobreveníá más o menos a las 4 horas de las comidas.

El dolor calma después del vómito que es abundante, constituido por un líquido sumamente agrio y que sobreviene poco después de la aparición del

dolor. Con intervalos de mejoría de 10 a 15 días de duración, ha pasado hasta el mes de Enero; desde entonces el dolor ha aumentado y sus vómitos se han hecho más frecuentes, a pesar del régimen alimenticio a que ha sido sometido. El dolor se acompaña de contracciones antiperistálticas del estómago, también dolorosas. Nunca ha tenido hematemesis aunque dice haber tenido deposiciones negruzcas (no sabe si ha tomado bismuto). Es constipado; conserva el apetito; ha enflaquecido bastante.

Estado actual.—Sujeto enflaquecido; piel pálida. Lengua húmeda saburral.

Torax.—Pulmones bien. Corazón normal.

Abdomen.—Epigastrio un poco avoedado, algo deprimido en el hipogastrio. Por momentos se ve un tumor redondeado, del tamaño de una naranja que levantándose paulatinamente al nivel de la región umbilical, se aplana y se extiende para perderse lentamente a la derecha de la línea media. El sujeto acusa dolor en este momento (contracciones peristálticas de Kussmaul).

Palpando se aprecia un estómago aumentado de tamaño. Clapotage gástrico. En la región derecha del epigastrio, con mucha dificultad se obtiene una sensación de resistencia difusa cuyos caracteres no pueden especificarse bien.

Tratamiento.—Médico por suero de caballo; ante la estenosis pilórica se opera.

Operación.—Dr. Marota. — Laparotomía mediana supra-umbilical. Estómago sumamente agrandado; al nivel del píloro se encuentra una induración y algunas cicatrices blanquecinas, teniendo en conjunto el aspecto de un tumor inflamatorio del tamaño de un huevo de gallina. Estómago adherido al mesocolón y al pequeño epiplón por pequeñas adherencias inflamatorias y que se desprenden con facilidad. Gastroentero anastomosis posterior de Ricard. Sin drenaje.



OBSERVACIÓN 9

Sala II. Cama 14.

H. S., argentino, 38 años, casado, empleado.

Entrada: Diciembre 21 de 1917.

Salida: Febrero 2 de 1918.

Diagnóstico: Úlcera piloro duodenal. Estrechez secundaria.

Antecedentes hereditarios.—Buenos.

Antecedentes personales.—Sarampión, difteria, blenorragia. Niega sífilis.

Enfermedad actual.—Desde los 16 años padece periódicamente de su estómago, coincidiendo con los excesos sexuales. Sin llegar a ser dolor, es una sensación de plenitud estomacal; come mucha carne, trabaja mucho. Poco constipado.

Hace 5 ó 6 años nota que su enfermedad se agrava; aparece un dolor que localiza en el epigastrio y que sobreviene a las 5 horas después del almuerzo, persistiendo hasta la ingestión de un ali-

mento cualquiera. Hace 3 años adoptó el régimen vegetariano y mejoró un poco, pero empeorado de nuevo, volvió a la carne, sin privarse de nada. En esta forma solo continúa por 20 días, pues los vómitos se hacen tan repetidos, que llega casi a la inanición.

Estado actual.—Sujeto enflaquecido.

Torax.—Pulmones y corazón normales.

Abdomen.—A la inspección nada de particular. A la palpación hay defensa muscular ligera en el epigastrio y en el lado derecho. Límite inferior del estómago por elapötage, un poco por debajo de la línea umbilical transversa. Por momentos se forma en el epigastrio un tumor de superficie lisa que al poco tiempo desaparece.

Bazo normal. Hígado, se palpa en el reborde costal. Traube libre.

Exploración radioscópica.—El límite inferior del estómago está a unos 3 dedos por encima del umbilicus; se ven contracciones poco enérgicas y a la media hora se produce la evacuación completa del estómago.

Reacción de Weber positiva débil.

Análisis de jugo gástrico.

Cl·H. 0.18 %. Ac. láctico 0.50 o/o. Ac. butírico 1.96 o/o.

Tratamiento. — Con el régimen alimenticio.

(dieta lactea), suero normal de caballo y agua clo-roformada, el enfermo mejora, pero si se dan so-pas, papas, huevos, carnes blancas, etc., los síntomas de estrechez píloro duodenal reaparecen, por lo que se le interviene.

Operación.—Dr. Marotta. — Laparotomía me-diana supra-umbilical. Estómago dilatado, pare-des gruesas, fenómenos evidentes de inflamación en la serosa que cubre el píloro y la mayor parte de la 1.ª porción del duodeno. Induración del píloro, que lo fija, de límites irregulares y de consistencia fibrosa y que parece adherida al pancreas. No hay ganglios. Gastroenterostomía transmesocólica ver-tical, sin asa intermediaria.

Después de la operación se continúa con el sue-ro.

Enero 14—Comienza a tomar té con leche.

” 19—Sopa y pan.

” 21—Papas, arroz con leche, huevos.

” 24—Gallina, fruta en compota.

OBSERVACIÓN 10

Sala I. Cama 15.

J. R. S., español, 56 años, casado, corredor.

Entrada: Enero 24 de 1918.

Salida: Febrero 12 de 1918.

Diagnóstico: Úlcera de la pequeña curvadura del estómago, en la vecindad del píloro.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia

Antecedentes personales.—Sarampión, blenorragia. Operado de hernia y hemorroides.

Enfermedad actual.—Empieza hace unos nueve años: sentía el estómago pesado, especialmente al levantarse, con náuseas, pero sin vomitar. Privándose de la carne, pasaba temporadas bien. Después aparecen eructos ácidos y pirosis que le dejan los dientes desafilados. La acidez la siente más a las 4 horas de comer; actualmente siente dolores en el epigastrio a las 5 horas de haber comido, con sensación de peso y vómitos ácidos.

- Gross.* — Diagnóstico de la úlcera del duodeno. — Wiener Klinische Wochenschrift, 1910, núm. 52.
- Gunzburg.* — Diagnóstico de las úlceras del duodeno. — Deutsche medizinische Woch., 1910, úm. 28.
- Gervais H. F.* — Algunas consideraciones sobre las úlceras gástricas y duodenales. — Tesis de Buenos Aires, 1917.
- Godin A.* — Essai sur l'ulcere de l'estomac. — Tesis de París, 1877.
- Haudeck.* — Diagnóstico de la úlcera de la pequeña curvadura. — Semana Médica, pág. 732, 1913.
- Haudeck.* — Diagnóstico radioscópico de las ulceraciones de la parte media del estómago. — Münchener medizinische Wochenschrift, 1910.
- Hauder.* — Klinische Diagnostik des Uleus ventriculi, 1913.
- Hartmann.* — Deux cas d'ulcère du duodénum. — Arch. gen. de Chir., 1911.
- Hidalgo J. C.* — Consideraciones sobre úlcera gástrica. — Tesis de Buenos Aires, 1916.
- Hayem et Lyon.* — Maladies de l'estomac.
- Hayem.* — L'ulcère externe de l'estomac, — Academie de Médecine, 27 Octobre 1903.
- Hayem.* — L'ulcère cancer prepylorique. — Press Médicale, 1901.
- Hamaide et Nigal.* — Les regimes alimentaires dans les maladies des vois digestives et de la nutrition. — París.
- Jacoud S.* — Pathologie Interne, 1880.
- Jüllich L.* — Contribution a l'étude des formes cliniques de l'ulcère de l'estomac chronique et recidivant. — Tesis de

- París, 1905.
- Keen W.* — Tratado de Patología y Clínica Quirúrgica (ed. esp.). — Barcelona, 1913.
- Kocher A.* — Ulcère de l'estomac. — Archives generales de chirurgie, 1912.
- Kümmell H.* — Sobre patogenia y tratamiento de la úlcera del duodeno. — Revista médica del Rosario, 1914.
- Küttner.* — Ulcère du duodenum. — Arch. gen. de chir., 1913.
- Kollman.* — Zur Differential diagnose zwischen Magengeschwür und Mangelkrebs; Berliner Klin. Wochensch, freien, 1891.
- Küttner H.* — Diagnóstico y tratamiento de la úlcera callosa de la gran tuberosidad del estómago — Arch. für Klinische Chirurgie 1910.
- Kayser C.* — Contribución clínica y estadística del estudio de la úlcera del estómago en Munich. — Münchener med. Woch. 1909.
- Jinossier.* — Le traitement de L'ulcère simple de l'estomac— 9.º Congrès français de medecine.
- Luzuriaga.* — Diagnóstico de la úlcera del duodeno. — 1er. Congreso Nacional de medicina.
- Loeper.* — Leçons de pathologie digestive.
- Loeper.* — Tratamiento de la úlcera de estómago. — Semana Médica. Ppg. 976 — 1912.
- Loeper et Mugeot.* — Le reflexe ocule cardiaque dans le diagnostic des neuromes gastriques — Progrés Médical 1913.
- Loeper et Schullman.* — Les lesions du pneumogastrique et le syndrome de l'ulcère de la petite courbure — Arch.

- des mal. de l'app. digestif 1913.
- Loeper.* — Le regime sucré dans l'ulcère intolérant de l'estomac *Progres Medical* 1913.
- Lyon Gaston.* — Therapeutique.
- Marotta R. A.* — Ulcera redonda perforada del estómago — *Semana Médica*, Diciembre 1915.
- Mathieu et Roux.* — Maladies de l'appareil digestif — **Paris** 1907.
- Mathieu.* — Phatologie gastro intestinal — **Paris** 1910.
- Mathieu, Sencert, Tuffier.* — Maladies del l'estomac et de l'essophage — **Paris** 1913.
- Mathieu* — 12 Conferencias sobre la úlcera del estómago — *Arch. des mal, de l'app. digestif* 1914.
- Mathieu.* — Ulcera del duodeno. — *Semana Médica*, 1911.
- Mayo* — Ulcères de l'estomac et du duodénum envisagées particulièrement au point de vue des résultats éloignées — *Arch. gen. de Chirurgie* 1912.
- Mayo Robson.* — Ulcère l'estomac et du jejunum — *Arch. gen. Chir.* 1912.
- Mayo W. J.* — Ulcer gastric. — *Amer. Journ. Med. Ass.* 1915.
- Meulle Paul* — E tude sur l'ulcère du doudénum — *Tesis de Paris* 1912.
- Meunier L.* — Du diagnostic de l'ulcère de la region duodeno-pilorique — *Arch. gen. de Chir.* 1912.
- Moreno Muñoz.* — Enfermedades del estómago — *Tesis Buenos Aires* 1902.
- Moynihan.* — Duodenal ulcer. — *Londres* 1910.

- Martini Tulio.* — Contribución al estudio de la concentración del jugo gástrico. — Asoc. Méd. Argentina 1915.
- Mass L.* — Ulcera sifilítica del estómago — Tesis de Buenos Aires 1901.
- Martini Tulio* — La úlcera crónica del duodeno y su repercusión gástrica — La Prensa Médica Argentina, año II, pág. 381.
- Mahnert-Franz.* — La apedicitis y la úlcera del estómago — Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 1907, XVIII.
- Millon H.* — Le traitement de l'ulcère de l'estomac — Congrès français de médecine 1908.
- Mering J. Von.* — Patología Interna.
- Neudorfer.* — Sur l'ulcère du duodénum — Journ. de Chir. 1911.
- Oettingeer.* — De la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère simple de l'estomac. — Semaine Médicale 1903.
- Pacheco M.* — Ulcera simple del estómago y su tratamiento— Tesis de Buenos Aires 1908.
- Patané S.* — Algunas consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica y sus complicaciones— Tesis de Buenos Aires 1914.
- Pilcher Taft.* — Patogenia y tratamiento de la úlcera duodenal — Journal de chirurgie 1911.
- Pinto de Goes Adhemar.* — Da ulcera simple do duodeno — Tesis de Río de Janeiro 1913.
- Lereboullet et Gilbert.* — Pseudo ulcère stomacal d'origine

- biliare — Soc. Méd. des Hopitaux 1902.
- Ladevèze.* — Etude clinique et le traitement de l'ulcère duo duo dénum — Tesis de Paris.
- Lippmann.* — El duodeno, su estudio radiológico — San Francisco.
- Lockwood.* — Diseases of the stomach.
- Lanari A.* — Diagnóstico radiológico de la úlcera gástrica— As. Méd. Arg. 1915.
- Leube.* — Centralblatt für Klin. Med.
- Loeper et Binet.* — Le cytodagnostic des affections de l'estomac — Soc. Méd. des Hopitaux 1897.
- Litthancier.* — Virehovs Archiv. 1909.
- Parmentier et Denechau.* — La dispepsy des ulcereux gastriques operes et son traitement — Sem. Méd. 1907.
- Palasse et Delorme.* — Ulcère de l'estomac à forme dispeptique et hemorragique — Lypn Médical 1914.
- Petren Karl.* — A propos du diagnostic et du traitement de l'ulcère de l'estomac — Arch. des mal. de l'app. dig. 1913.
- Paterson.* — Surgery of the Stomach.
- Pawlow.* — Die Arbeit Verdauungsdrüsen.
- Payr.* — Deuts. Med. Woch. 1910.
- Pathault B.* — Contribution a l'étude de l'ulcère de Cruveilhier—Tesis de Paris 1907.
- Polera J. A.* — De la pseudo úlcera redonda del estómago — Tesis de Buenos Aires 1908.
- Quénu.* — Úlcera del estómago — Bull. et Memoires de la

- Soc. de Chirurgie 1914.
- Rocca Luis.* — Ulcera del duodeno — Tesis de Buenos Aires 1912.
- Ricard y P auchet.* — Tratamiento de la úlcera del duodeno—
Revue de Ginecologie et Chirurgie abdominal 1910.
- Robin Albert.* — Maladies de l'estomac — París 1914.
- Robin Albert.* — Sur la stenosis du pylore et sur la stase ali-
mentaire passagère — Gazeta Lekarska 1907.
- Riegel Franz* — Ulcus del estómago — Enciclopedia de medi-
cina práctica 1903.
- Riera Jacinto.* — Ulceras gastro-duodenales — Un método de
tratamiento — Tesis de Buenos Aires 1916.
- Richartz* — Le regime dechlorurè dans le traitement de l'hi-
perchloridie — Arch. des màl. de l'app. dig. 1914.
- Saitta.* — Contributto a la patogenesi dell'ulcera gastrica —
Gazeta degli Ospedali 1900.
- Soupault.* — Traite des maladies de l'estomac — París 1906.
- Speroni David.* — Ulcera del estómago y su tratamiento—Se-
mana Médica 33.
- Semana Médica.* — Tratamiento de los tres grandes síntomas
de la úlcera del estómago — Mayo y Noviembre 1912.
- Sommerfeld.* — Diagnostic diferencil de l'ulcère de l'estomac
et du duodénum — Arch. des màl. de l'app. dig. 1913.
- Santos Martini.* — Manifestaciones intestinales en el cáncer
y úlcera del estómago. — Tesis Buenos Aires.
- Scarella F.* — Ulcera del estómago y sus complicaciones—Te-
sis de Buenos Aires 1912.

- Soler Galeano P.* — Úlcera simple del estómago. — Tesis de Buenos Aires 1907.
- Souligoux.* — Ulcère du duodénum — Arch. gen. Chir. 1911.
- Sigel.* — Zur Diagnose des Magencarcinoms — Berliner Klin. Wochenschrift 1904.
- Secchi R.* — La diagnosi precoce dell'ulcera duodenal complicata — Reforma Médica, 1914.
- Strauss.* — Uber digestive Hipersekretions des Magens—Zeits. für Klin. Med. N.º 53, pág. 133.
- Schiek.* — La cura de la atropina en las úlceras del estómago y las indicaciones de la atropina para las afecciones médicas — Wiener Klinische Wochenschrift 1910.
- Spischairy.* — Tratamiento de las complicaciones de la úlcera redonda del estómago — Archiv. für Klin. Chir. 1910.
- Sauphar.* — Du diagnostic précoce de l'ulcere et des ulcerations gastriques — Tesis de París 1910.
- Thompson A.* — Edinburgh Med. Journal 1908.
- Thompson A.* — Brit. Med. Journal 1909.
- Tecklenburg F.* — Algunos factores contrarios a la curación de la úlcera del estómago — Arch. für Verdauungs Krankh. vol. XII, año 1906.
- Torres Zárate J.* — Úlcera simple del estómago. Gastrorragias y su tratamiento — Tesis de Buenos Aires 1910.
- Urdapilleta V.* — Formas clínicas y tratamiento de la úlcera de estómago — Tesis de Buenos Aires 1908.
- Vaccarrezza R. F.* — Un caso de úlcera píloro duodenal — Anales del Instituto Modelo de Clínica Médica. Tomo II,

pág. 41.

Venoglio. — Malattie dell'apparato digerente.

Vives J. — Therapeutique clinique, Les maladies de l'estomac — París 1911.

Waudeck M. — Tratamiento de la úlcera del duodeno — Semana Médica 1912.

Wirsing. — Arch. für Verdauungskrank, tomo II N.º 3.

Yague R. L. — Las indicaciones del tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago — Instituto Rubio, Madrid 1912.

Zweig und Calvo. — Die Sahlische Mageninhaltuntersuchung und ihre Bedeutung für die Diagnose der alimentäre Hypersekretion — Archiv. für Verdauungsk 1903.



30615

Buenos Aires, Junio 15 de 1918.

Nómbrese al señor Académico Dr. Abel Ayerza, al profesor titular Dr. David Speroni y al profesor suplente Doctor R. Armando Marotta para que, constituidos 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

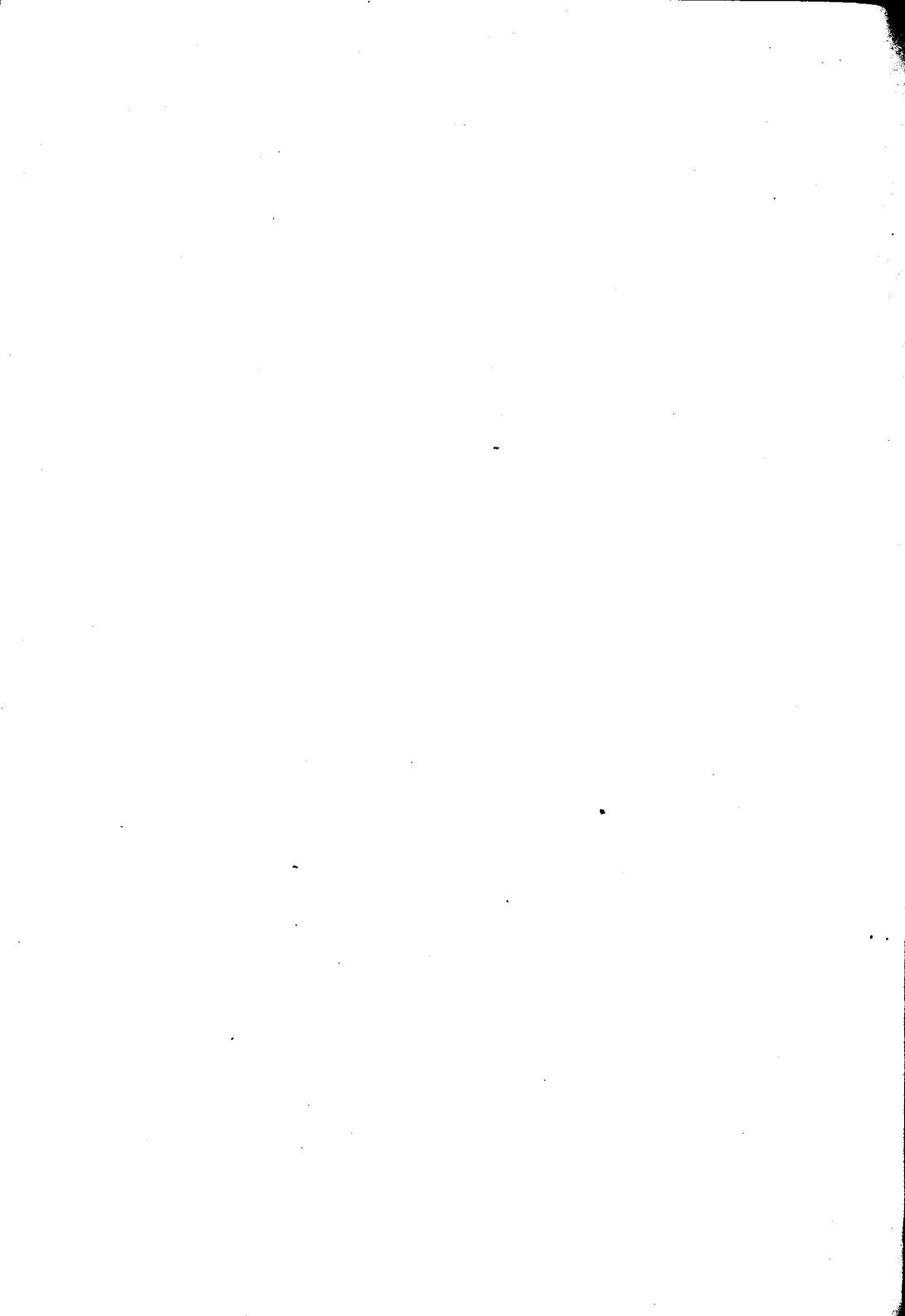
Buenos Aires, Julio 20 de 1918

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3470 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou

Secretario



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Como obra el suero de caballo, en la úlcera gástrica?

Ayerza

II

Diagnóstico diferencial entre la úlcera del estómago i la del duodeno.

Speroni.

III

Recidivas en el tratamiento médico.

R. A. Marotta.



