



Año 1916

Núm. 3177

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Consideraciones sobre Ulcera Gástrica

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN CARLOS HIDALGO

Ex-practicante externo del Hospital San Roque
1909 - 10

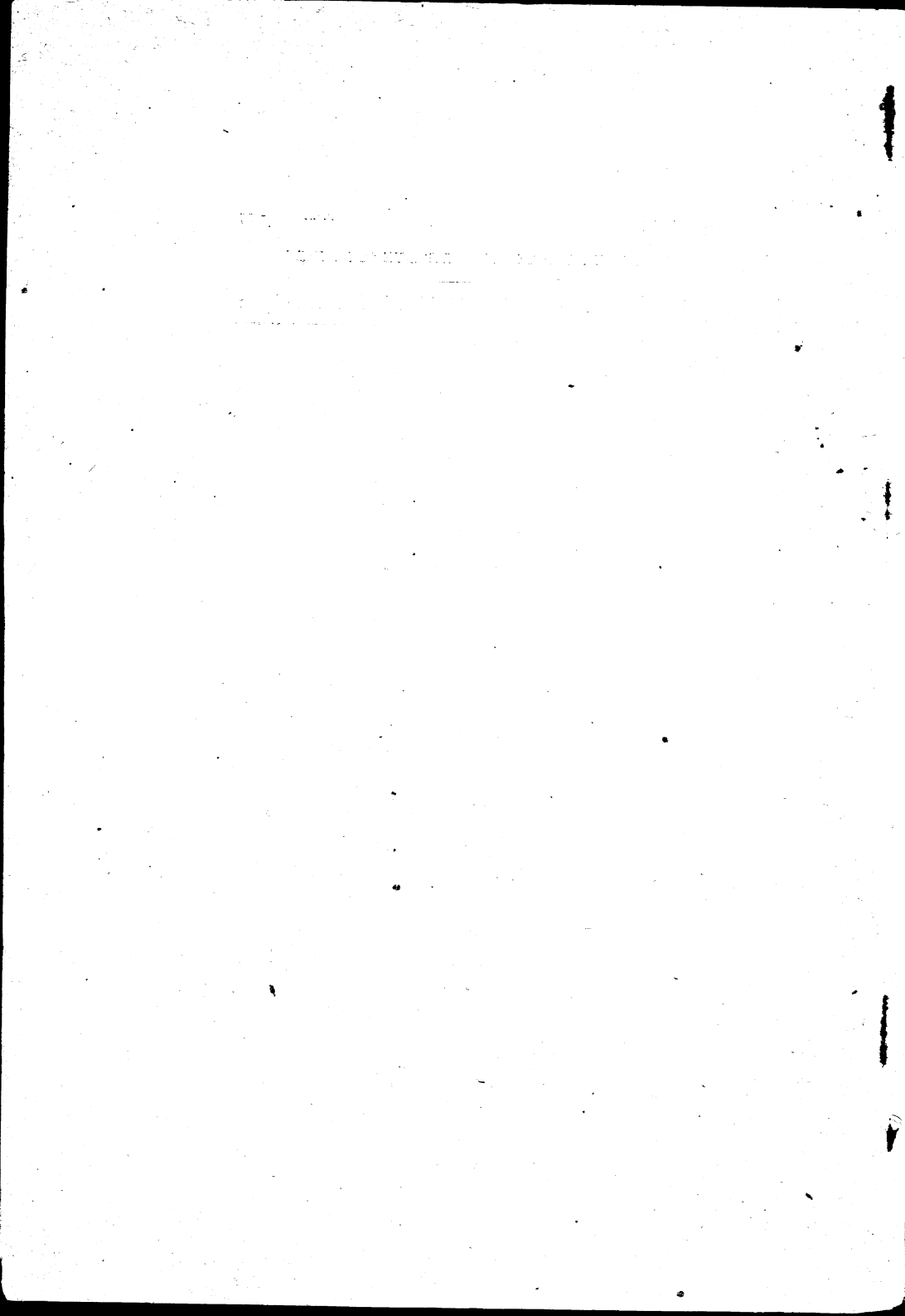
Ex-practicante mayor interno del Hospital de Alienadas
1911 - 12

Ex-practicante menor y mayor interno del Hospital Torcuato de Alvear
1913 - 14 - 15



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES



CONSIDERACIONES sobre ÚLCERA GÁSTRICA

Año 1916

Núm. 3177

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Consideraciones sobre Ulcera Gástrica

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN CARLOS HIDALGO

Ex-practicante externo del Hospital San Roque
1909 - 10

Ex-practicante mayor interno del Hospital de Alienadas
1911 - 12

Ex-practicante menor y mayor interno del Hospital Torcuato de Alvear
1913 - 14 - 15

"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Vice-Presidente

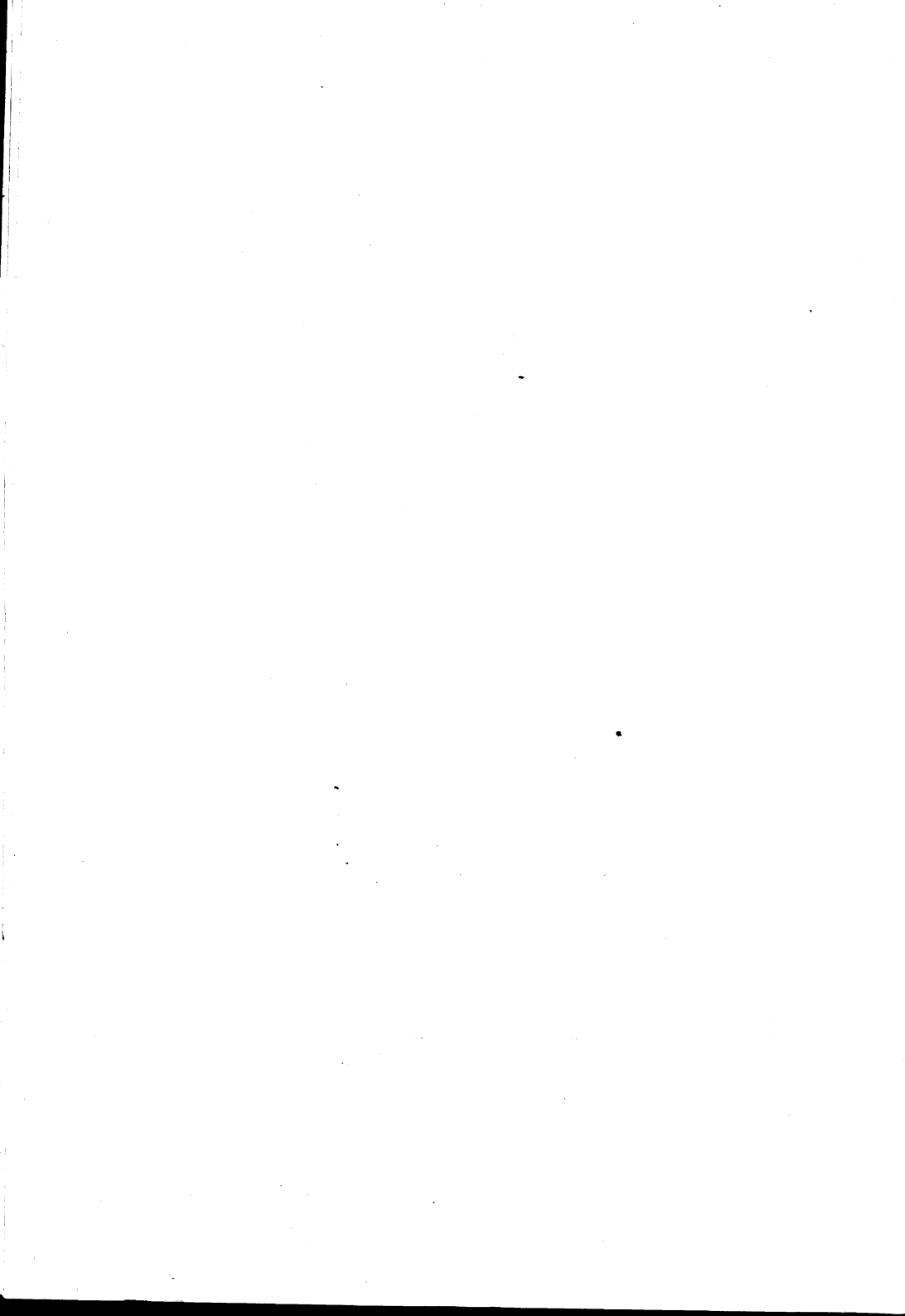
DR. D. DOMINGO CABRED

Miembros titulares

- | | | | |
|-----|---|---|-----------------------|
| 1. | » | » | EUFEMIO UBALLES |
| 2. | » | » | PEDRO N. ARATA |
| 3. | » | » | ROBERTO WERNICKE |
| 4. | » | » | PEDRO LAGLEYZE |
| 5. | » | » | JOSÉ PENNA |
| 6. | » | » | LUIS GÜRMES |
| 7. | » | » | ELISEO CANTÓN |
| 8. | » | » | ANTONIO C. GANDOLFO |
| 9. | » | » | ENRIQUE BAZTERRICA |
| 10. | » | » | DANIEL J. CRANWELL |
| 11. | » | » | HORACIO G. PIÑERO |
| 12. | » | » | JUAN A. BOERI |
| 13. | » | » | ANGEL GALLARDO |
| 14. | » | » | CARLOS MALBRAN |
| 15. | » | » | M. HERRERA VEGAS |
| 16. | » | » | ANGEL M. CENTENO |
| 17. | » | » | FRANCISCO A. SICARDI |
| 18. | » | » | DIÓGENES DECOUD |
| 19. | » | » | BALDOMERO SOMMER |
| 20. | » | » | DESIDERIO F. DAVEL |
| 21. | » | » | GREGORIO ARAOZ ALFARO |
| 22. | » | » | DOMINGO CABRED |
| 23. | » | » | ABEL AYERZA |
| 24. | » | » | EDUARDO OBEJERO |

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» MARCELINO HERRERA VEGAS

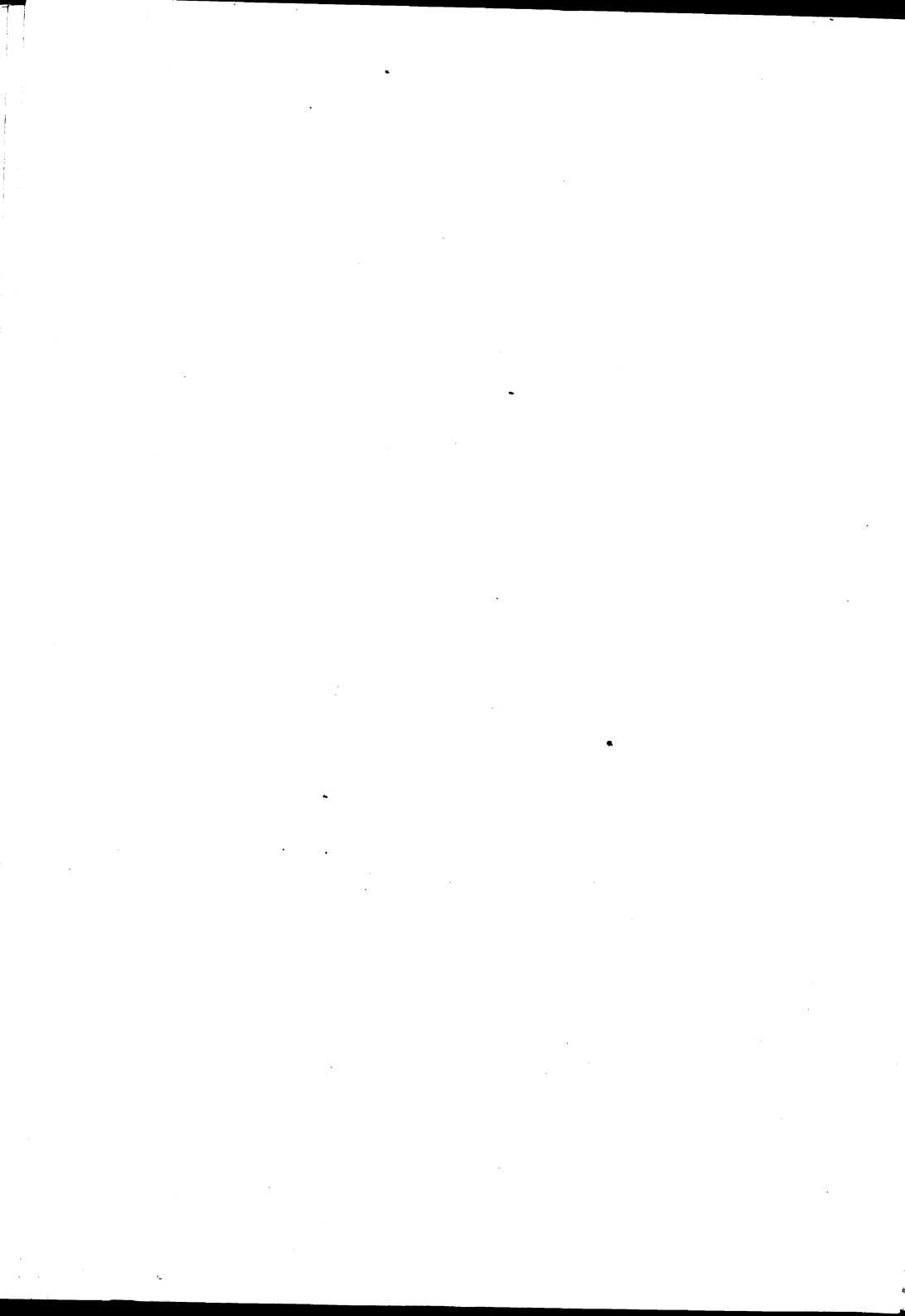


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

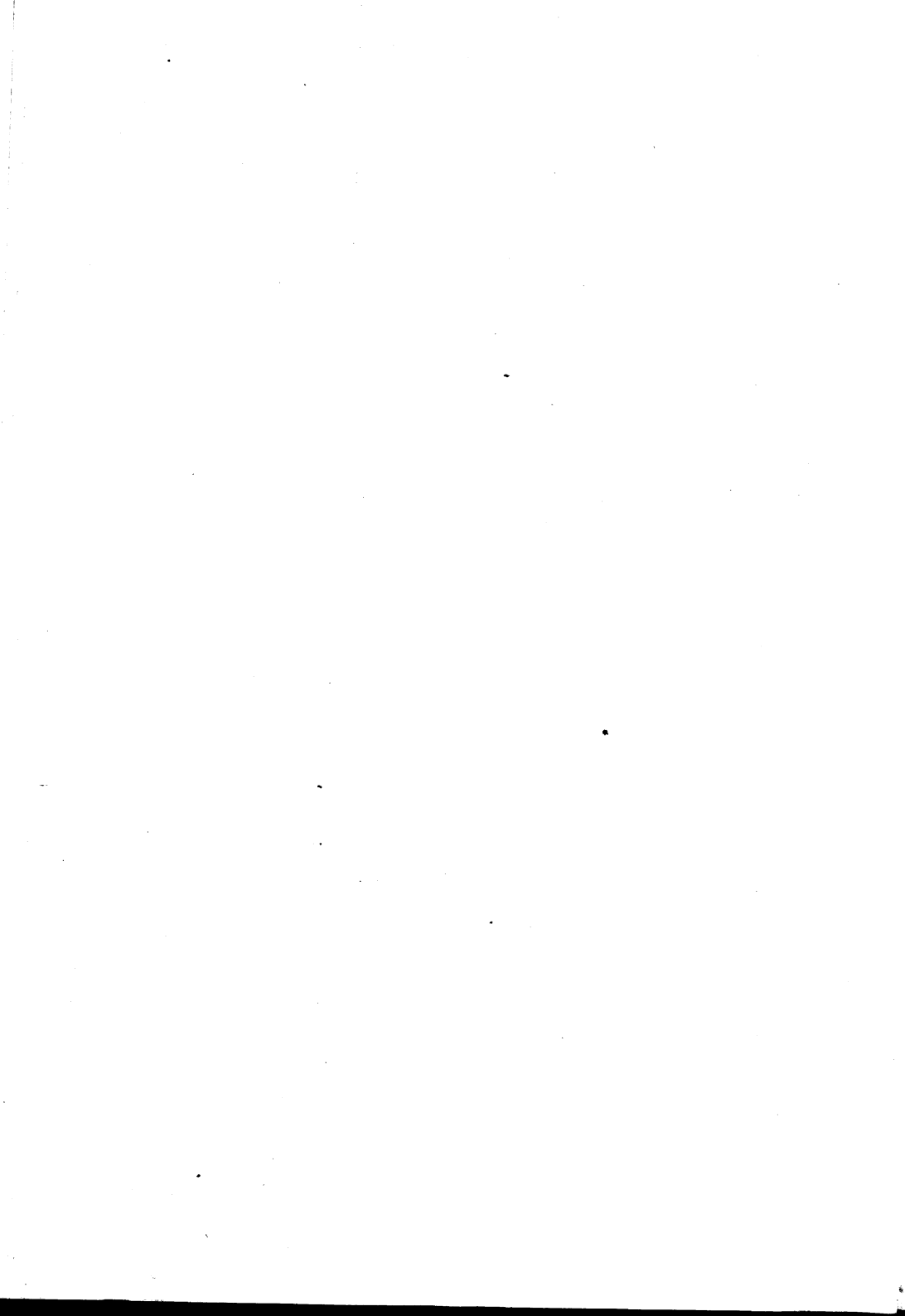
DR. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. LUIS GUERRAS
• • ENRIQUE BAZTERRICA
• • ENRIQUE ZÁRATE
• • PEDRO LACAVERA
• • ELISEO CANTÓN
• • ANGEL M. CENTENO
• • DOMINGO CABRED
• • MARCIAL V. QUIROGA
• • JOSE ARCE
• • ABEL AYERZA
• • EUFEMIO UBALLES (con lic.)
• • DANIEL J. CRANWELL
• • CARLOS MALBRAN
• • JOSÉ F. MOLINARI
• • MIGUEL PUIGGARI
• • ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
• • JUAN A. GARANTOU (Facultad de Medicina)

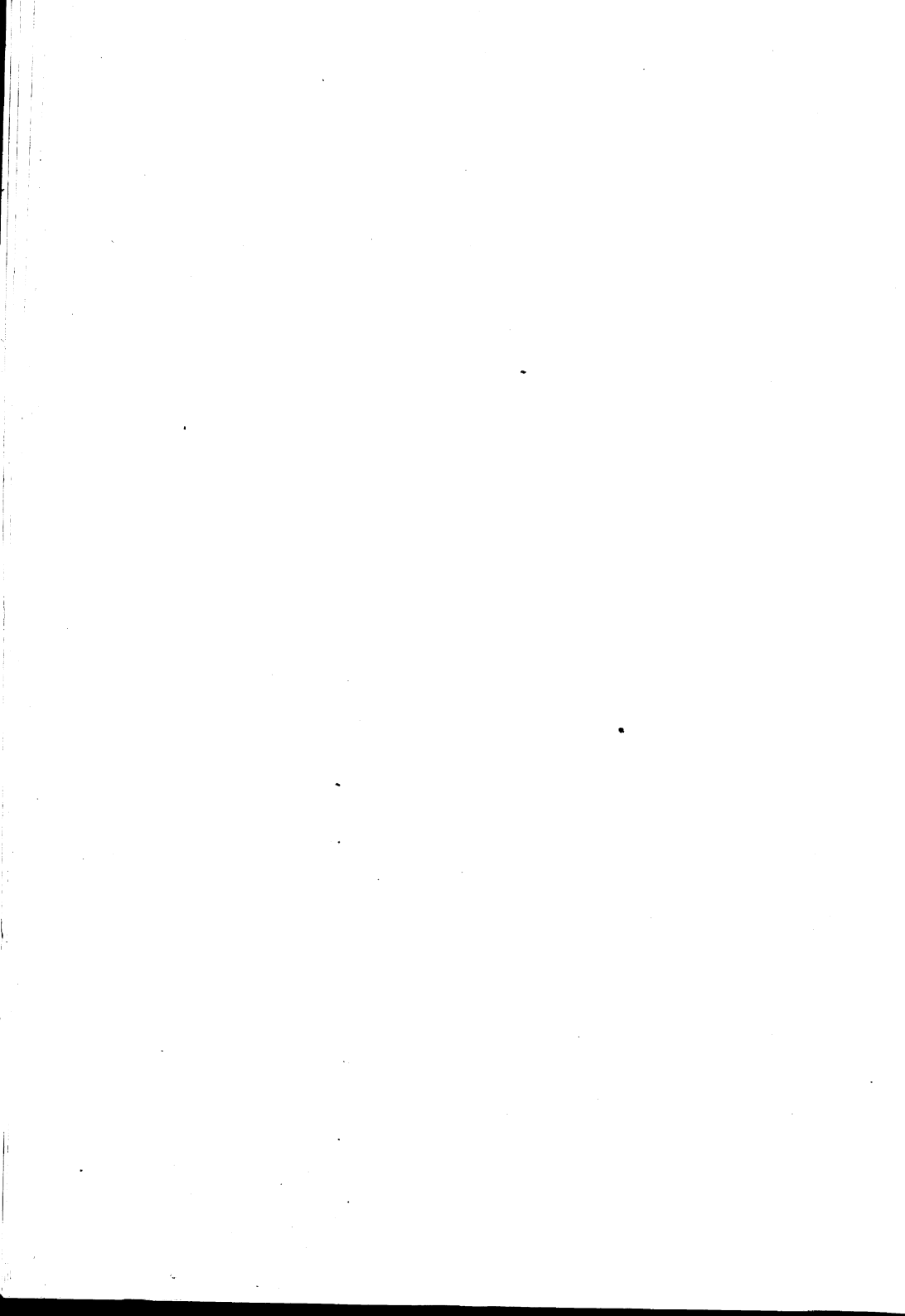


ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTON
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-uritarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Médica.....	» LUIS GUENES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSE A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	" JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	" JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	" JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	" LEOPOLDO URIARTE
Clinica Ginecológica.....	" JOSÉ BADIA
Clinica Médica.....	" JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Dermato-sifilográfica.....	" PATRICIO FLEMING
" Génito urinaria.....	" MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Neurológica.....	" BERNARDINO MARAINI
Clinica Pediátrica.....	" JOSÉ R. SEMPRUN
Clinica Psiquiátrica.....	" MARIANO ALURRALDE
Clinica Quirúrgica.....	" BENJAMÍN T. SOLARI
Clinica Quirúrgica.....	" ANTONIO F. PIÑERO
Patología interna.....	" MANUEL A. SANTAS
Clinica oto-rino-laringológica.....	" FRANCISCO LLOBET
" Psiquiátrica.....	" MAR ELINO HERRERA VEGAS
	" RICARDO COLON
	" ELISEO V. SEGURA
	" JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

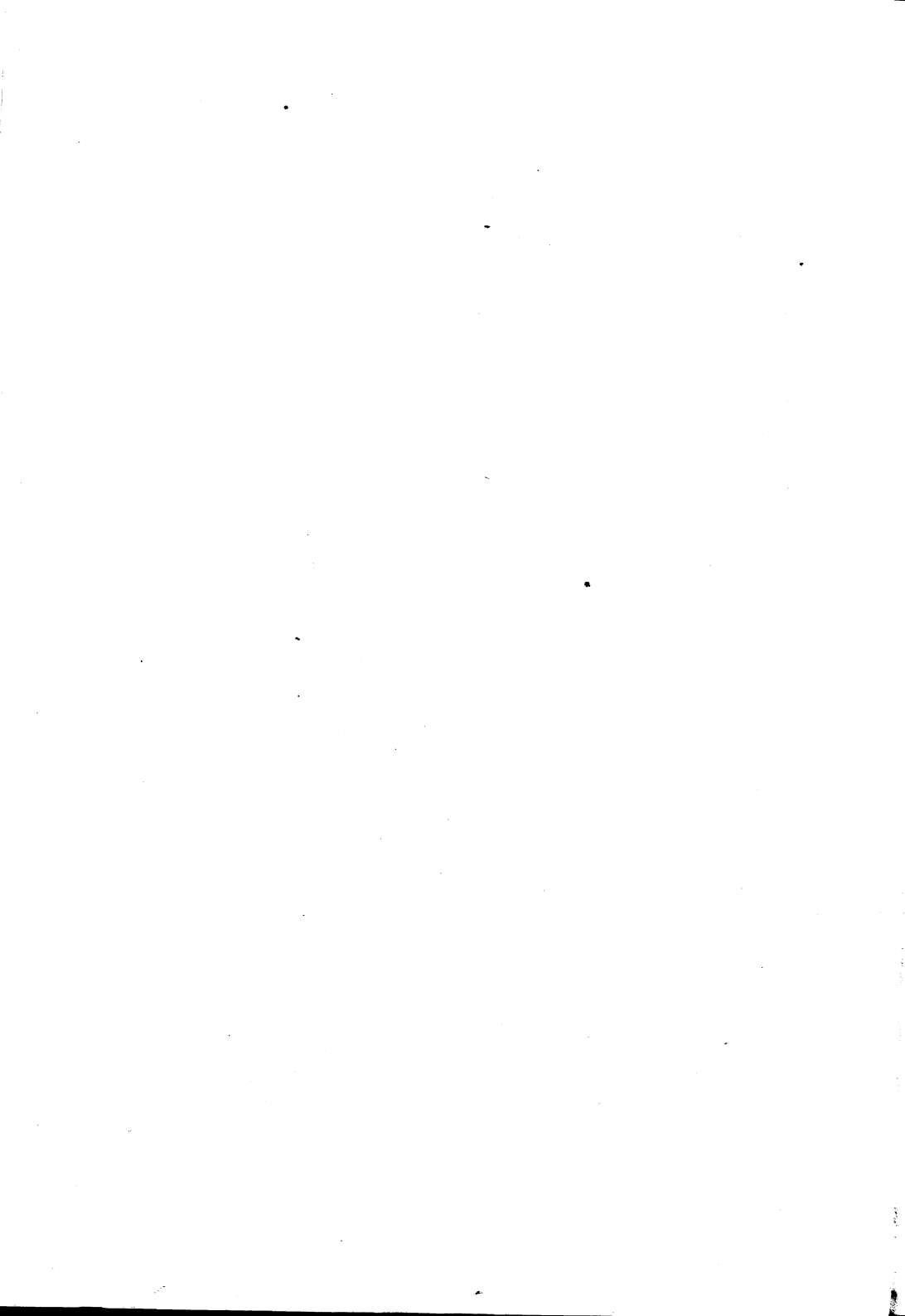
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica.....	" GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	" SILVIO E. PARODI
	" EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana.....	" FRANK L. SOLER
	" BERNARDO HOUSSEY
	" RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Química Biológica.....	" GERMAN ANSCHUTZ
Higiene Médica.....	" BENJAMINGALAROE
	" FELIPE JUSTO
Semeiología y ejercicios clínicos.....	" MANUEL V. CARBONELL
	" CARLOS BONORINOUAONDO
Anat. Patológica.....	" ALFREDO VITON
	" JOAQUIN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapia.....	" ANGEL H. ROFFO
Medicina Operatoria.....	" JOSE MORENO
	" ENRIQUE FLOCHETTI
Patología externa.....	" CARLOS ROBERTSON
	" FRANCISCO P. CASTRO
	" CASTELFORT LUGONES
	" NICOLAS V. GRECO
	" PEDRO L. BALIÑA
Clinica Dermato-sifilográfica.....	" FERNANDO R. TORRES
" Epidemiológica.....	" FRANCISCO DESTEFANO
" Oftalmológica.....	" ANTONINO MARCO DEL PONT
" Oto-rino-laringológica.....	" ENRIQUE B. DEMARIA
	" ADOLFO NOCETTI
Patología interna.....	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARTIN CASTRO ES
	" PEDRO LABAQUE
	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARIARO
	" EDUARDO MARINO
	" JOSE ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
Clinica Quirúrgica.....	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLE
	" PEDRO CHUTRO
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
Clinica Neurológica.....	" VICENTE DIMITRI
	" ROMULO IL. CHIAFFORI
	" JUAN JOSE VITON
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. BULLRICH
" Médica.....	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" JUAN JACOB SPANGENBERG
	" MAMERTO ACUÑA
" Pediátrica.....	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
" Ginecológica.....	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
" Obstétrica.....	" FAUSTINO J. TRONGE
	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. BOERO
Medicina legal.....	" JOAQUIN V. GNECCO
	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada.....	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas...	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica.....	Dr. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	„ PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas....	„ OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMI
Química orgánica.....	{ SR. PEDRO J. MESIGOS
	„ LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica.....	DR. JUAN A. SANCHEZ
Química inorgánica.....	{ „ ANGEL SABATINI
	„ EMILIO M. FLORES

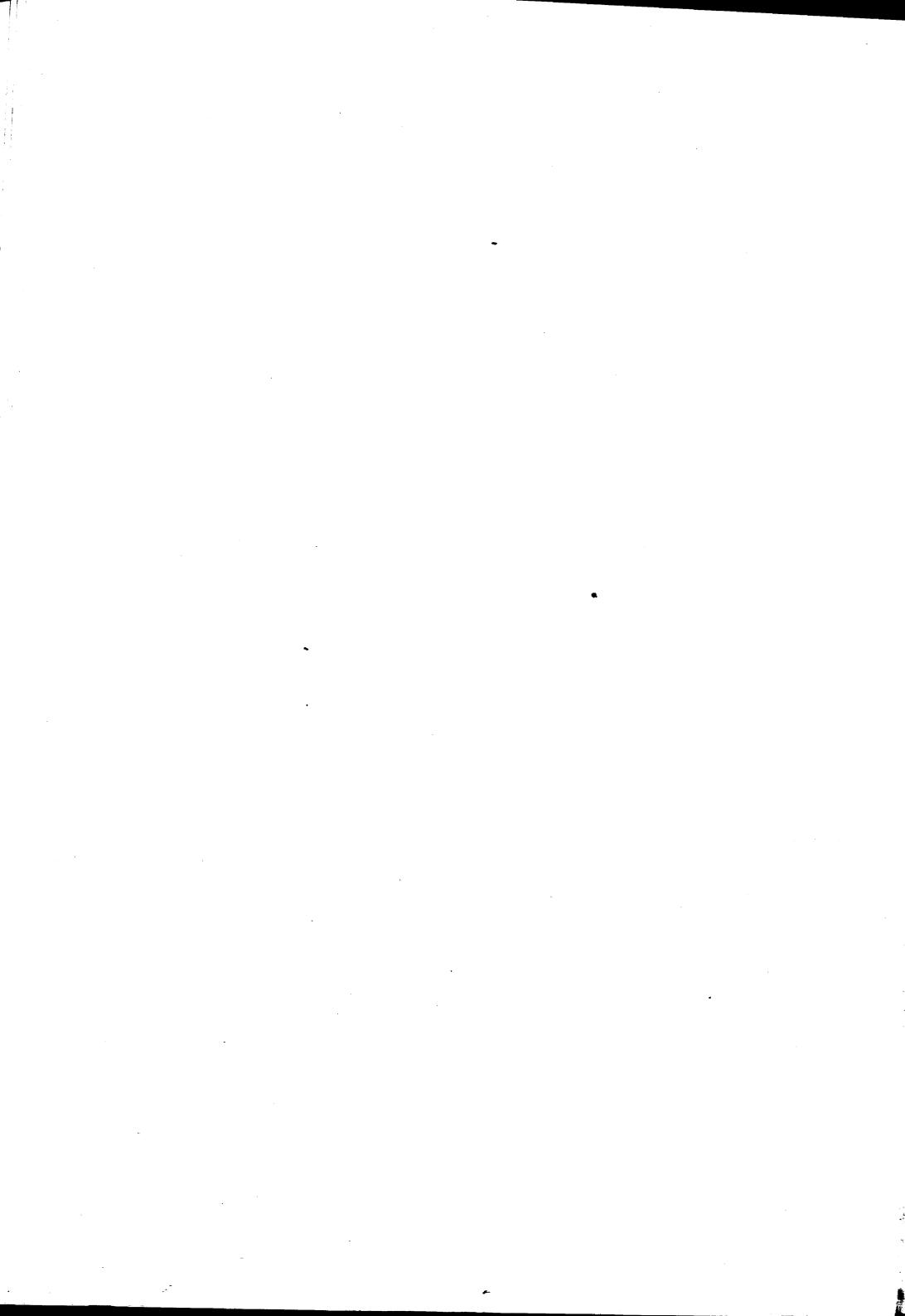


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	*Dr. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	" LEON PEREYRA
3er. año.....	" N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

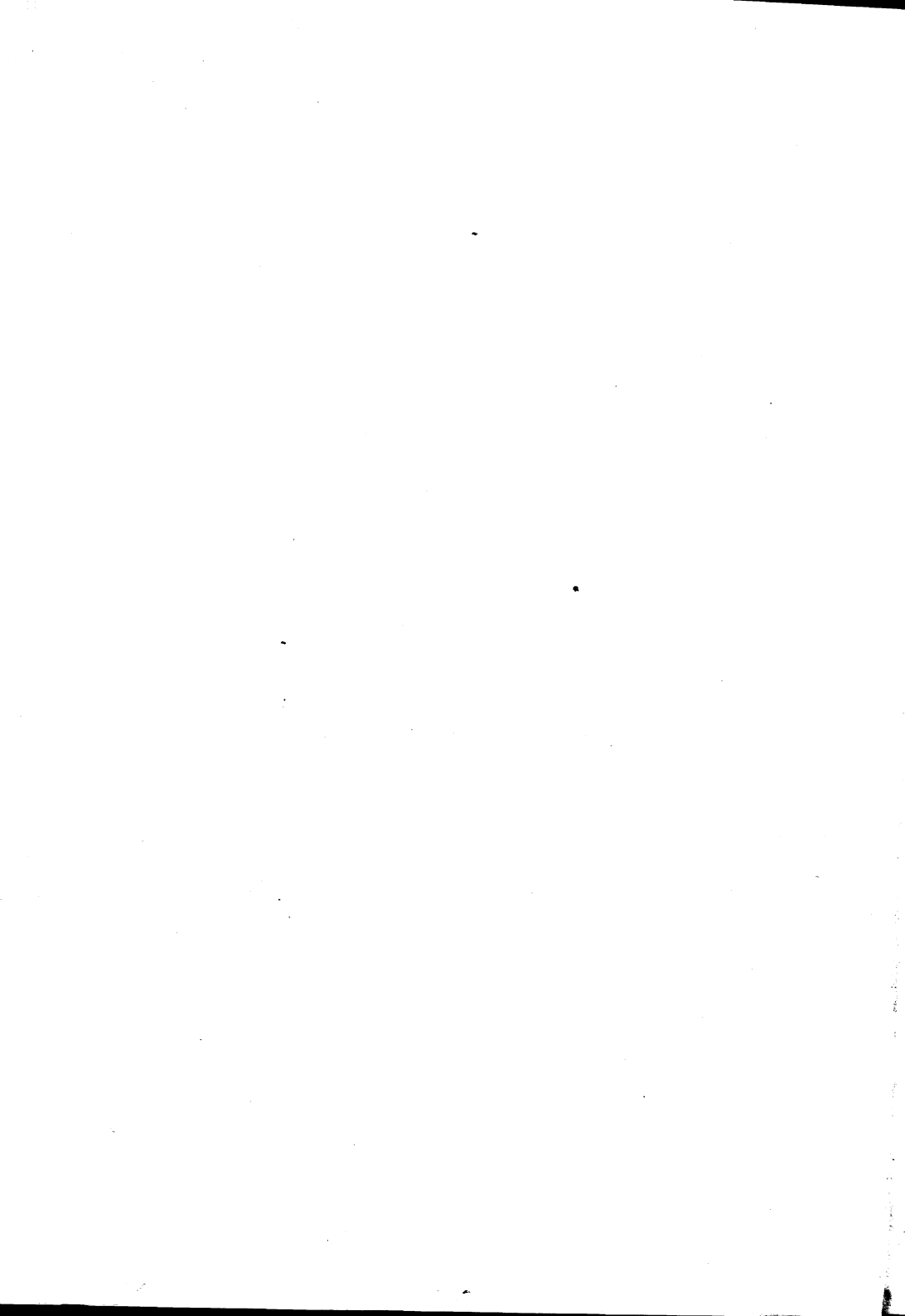
Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE
„ TOMÁS S. VARELA (2º año)
„ JUAN U. CARREA (Protesis)



ESCUELA DE PARTERAS

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



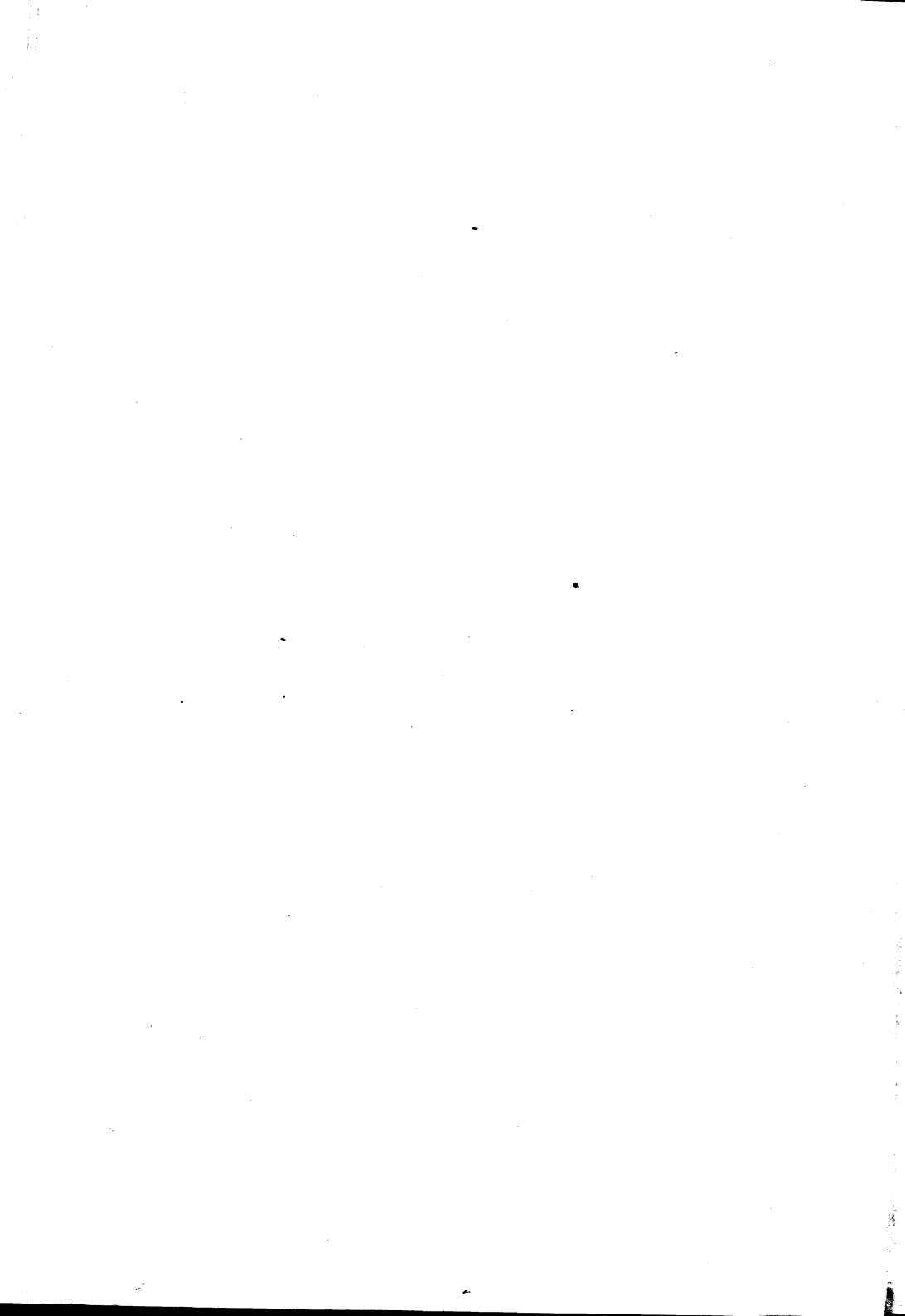
Padrino de tesis :

Doctor HÁMILTON CASSINELLI

Médico interno del Hospital Torcuato de Alvear

Jefe de Clínica del servicio de Cirugía del Prof. Dr. Oscar Copello

Cirujano de los Institutos y Asilos de las Damas de Caridad



A LA MEMORIA DE MI QUERIDA MADRE

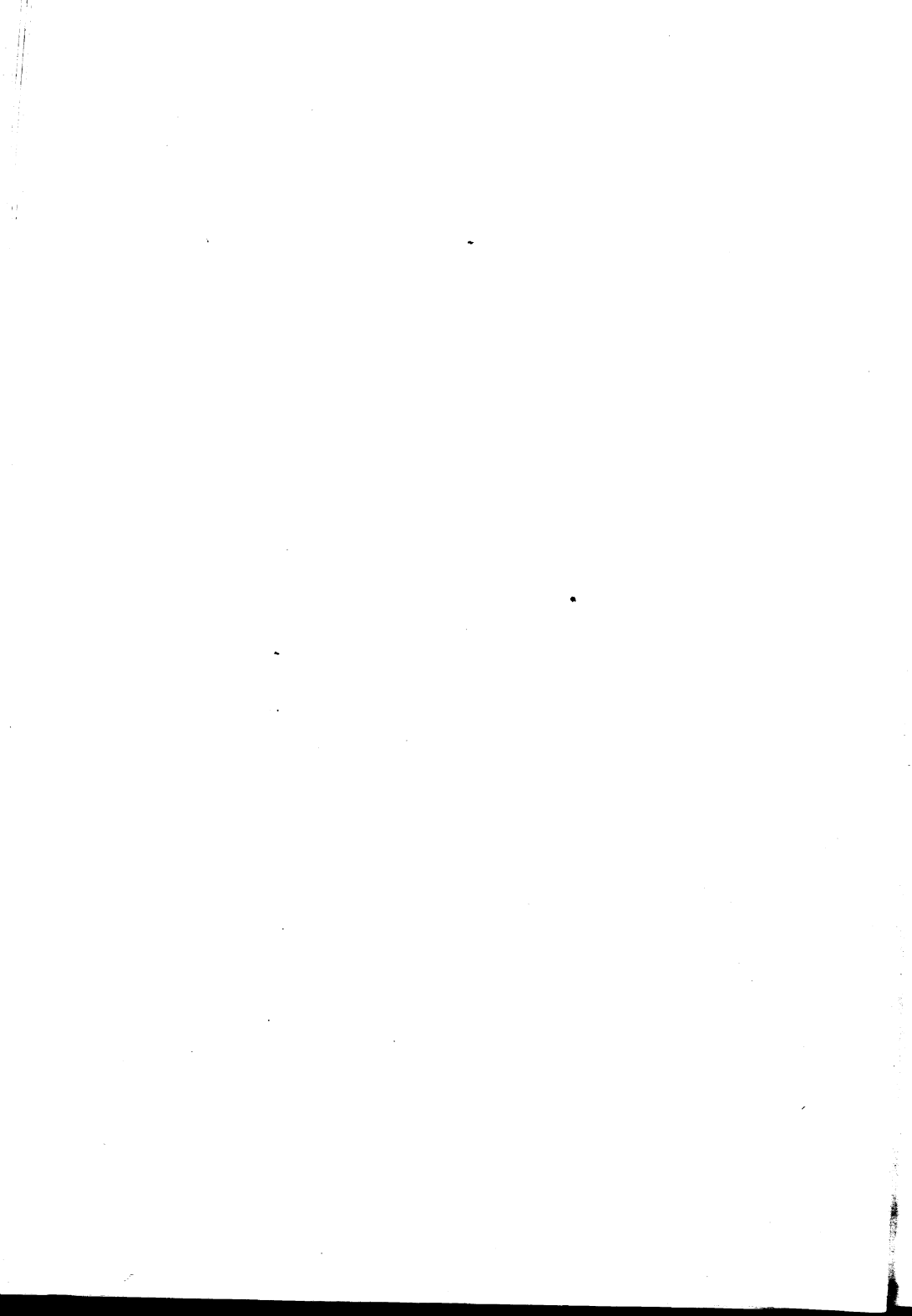
Y DE MI HERMANA SARITA



A MI PADRE

A MIS HERMANOS:

JOSÉ PALEMÓN Y FEDERICO



A MI NOVIA



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Llenando una disposición reglamentaria que consagra a la vez el término de la carrera, sometido a la consideración de vuestro elevado criterio, este trabajo que no aspira a la originalidad, sino a llenar lo más cumplidamente posible esta última prueba para optar al grado de Doctor en Medicina.

Dentro del propósito de reunir el mayor número de datos para un trabajo de conjunto, he tenido que vencer las dificultades de una bibliografía dispersa en folletos y revistas, dificultades que me han servido de estímulo para el tema elegido que es de palpitante actualidad.

He dividido este trabajo en cinco capítulos :

- 1º—Etiología y patogenia.
- 2º—Diagnóstico clínico.
- 3º—Diagnóstico radiológico.

4°—Tratamiento médico y oportunidad del tratamiento quirúrgico.

5°—Observaciones personales.

Previamente a la labor, permitidme exteriorice mi mejor tributo de respeto, admiración y reconocimiento, al Cuerpo de Profesores, por las sabias lecciones que de ellos recibí y que en síntesis fueron las que modelaron de manera sólida, mi cerebro en el campo de la ciencia.

Ingrato sería si no recordara en este momento, al profesor el doctor Oscar Copello, a cuya sala concurrí por espacio de un año, el que fué para mí, como para todos los que a su clínica concurrieron, un compañero y un gran maestro; por el cariño que nos dispensó siempre, por la alta erudición de su enseñanza y excelente técnica quirúrgica.

Al Hospital Torcuato de Alvear, como practicante, un adios, y a su digno director el doctor José A. Viale, figura distinguida de nuestro cuerpo médico, operador de nota, sencillo y franco, como todos los hombres de verdadero valer, un saludo de despedida y reconocimiento por lo mucho que en su estadía al frente del nosocomio, hizo por el bien del cuerpo de practicantes.

A los señores médicos internos del Hospital Torcuato de Alvear, los doctores Roberto Acosta,

Fernando Coni Bazán, Hámilton Cassinelli y Adelio Barceló, así como a los distinguidos practicantes, mi sincera amistad.

Al doctor Hámilton Cassinelli, distinguido médico y hábil cirujano, que con talento, supo guiarme en mis primeras armas quirúrgicas y que hoy con tanta gentileza me digna apadrinando esta tesis, mi eterno agradecimiento.



Consideraciones generales

La úlcera de estómago es una enfermedad bastante común, variando su frecuencia en las diversas comarcas desde uno a trece por ciento de la población. Ataca en una proporción doble a los hombres que a las mujeres y de estas últimas a las comprendidas entre los 15 y 40 años; observándose raras veces en la infancia. En los hombres se observa entre los 30 y 45 años.

Como sabemos, la úlcera del estómago es una pérdida de substancia de la mucosa sola o de las capas más profundas de la pared gástrica, caracterizándose por su poca tendencia a la cicatrización, por permanecer estacionaria durante meses y años y por extenderse en profundidad y amplitud. Nos ocuparemos por exclusivo de la úlcera simple por ser el tema elegido para nuestro trabajo.

Reside generalmente en la pared posterior y en la mitad inferior de la corvadura menor del es-

tómago hasta el píloro, en una proporción de casi las cuatro quintas partes de todas las úlceras del estómago : 40 por ciento en la pared posterior del cuerpo ; 25 por ciento en la región pilórica y píloro ; 15 por ciento en la pequeña corvadura, y el 20 por ciento restante se distribuye en cualquier otro sitio del estómago. Sólo la vigésima parte de las úlceras gástricas, corresponden a la pared anterior. Generalmente se observa una sola úlcera, pero a veces hay dos o más y en cuanto a su amplitud y profundidad pueden también variar, a tal punto que las más grandes pueden llegar al tamaño de la palma de la mano ; éstas son generalmente úlceras confluentes. El borde de la úlcera suele ser generalmente cortado a pico y no rebasar el nivel de los tejidos vecinos, siendo raras veces elevado y engrosado. Su fondo es siempre mucho más profundo, presentando un aspecto infundibuliforme o escalonado, porque cada capa más profunda es atacada en menor extensión. En cuanto a la profundidad es completamente independiente de su anchura. Las recientes presentan una ligera infiltración celular en sus bordes y fondo, siendo esta infiltración más considerable en las úlceras antiguas, debido a la introducción de células redondas y tejido conjuntivo entre los tubos glandulares y demás tejido ; por eso que las úlceras antiguas son

duras al tacto presentando las características de un tumor. Si la úlcera profundiza hasta la serosa se produce la adherencia con la superficie peritoneal que la recubre, originando una peritonitis circumscripta o perigastritis y en los casos en que la defensa peritoneal no se haga en forma, tiene lugar la perforación en un espacio limitado del peritoneo o en la cavidad libre del abdomen.

La curación de la úlcera tiene lugar de diferentes maneras : las que interesan tan solo las capas superficiales de la mucosa pueden curar sin dejar rastro alguno. Las más profundas producen una cicatriz más o menos marcada que queda, sin embargo, revestida de mucosa. Si ha invadido la túnica muscular y serosa, deja una cicatriz profunda de tejido conjuntivo, por cuanto el tejido muscular no se regenera, revistiendo únicamente a esta cicatriz una capa de epitelio cilíndrico. Curada la úlcera queda terminado, por regla general, el proceso ; sin embargo, pueden desarrollarse nuevas úlceras en la antigua cicatriz o en otro punto cualquiera o también ingertarse un cáncer. Cuando la úlcera radica en el píloro o cerca de éste, puede desarrollarse una estenosis. Es menos frecuente que una cicatriz desarrollada en el cuerpo del estómago dé lugar a una estenosis de la continuidad del órgano mismo, al llamado estómago en reloj de arena

o estómago bisacular. Lo mismo que en cualquier caso de peritonitis circumscripita, además de las adherencias producidas por una úlcera, pueden existir otras que en algunos casos son causas de trastornos subjetivos por doblamiento o por tracción.

Etiología y Patogenia

Capítulo muy estudiado y que a pesar de todo permanecemos en la más absoluta obscuridad. Todas las hipótesis construídas sobre el asunto han quedado siendo hipótesis. Se han hecho innumerables experiencias produciendo úlceras de estómago en animales diversos, con el fin de precisar el determinismo del fenómeno sin alcanzarse a resultados definitivos, explicándose ésto fácilmente: en condiciones normales es difícil transportar los resultados de la fisiología experimental y aplicarlos al hombre y mucho más difícil resulta cuando, como en el caso en cuestión, se trata de fenómenos patológicos

Respecto a las investigaciones experimentales sobre la etiología de la úlcera de estómago, Latzel, de Viena, ha hecho experiencias sobre ratas, cobayos y conejos.

I.—Practica ligaduras hacia arriba y hacia aba-

jo del píloro, en estómagos llenos o vacíos, obliterando total o parcialmente el calibre del tubo digestivo. Exámenes radiográficos han mostrado lo más a menudo el estómago dilatado y contracturado sobre todo en la región pilórica. La muerte de los animales sobreviene en general muy rápidamente y en la autopsia se ha encontrado casi siempre erosiones hemorrágicas y úlceras más o menos numerosas, variables en dimensiones.

Ha encontrado estas lesiones en toda la extensión de la mucosa, sobre todo a lo largo de la pequeña corvadura y en la región pilórica. Algunas de estas úlceras se habían ya perforado dos días después de la ligadura.

II.—Ha seccionado y resecado el nervio neumogástrico por debajo del diafragma. Notó a la radiografía, un retardo de la evacuación del contenido gástrico, y sacrificados los animales 12 días después de la operación, ha constatado en casi todos los casos la presencia de erosiones hemorrágicas y de úlceras, presentando los mismos caracteres que en las experiencias precedentes.

III.—En nuevas experiencias ha tratado de poner el estómago en las condiciones de evacuación de la gastropstosis y para ello ha fijado la primera porción del duodeno a la gran corvadura. Observó retardos de evacuación, dilatación de estómago y

ligeras hemorragias y en tres casos sobre doce sujetos de experiencia, obtuvo úlceras gástricas.

IV.—Destrucción tan completa como posible de las cápsulas supra-renales; ha determinado en dos casos úlceras de estómago.

V.—Por último, ha encarado las experiencias en una faz muy diferente. Ha extraído jugo gástrico del estómago de cobayos en los cuales él había producido, por ligaduras del píloro, úlceras de estómago y después de haber filtrado y esterilizado este jugo, lo inyectó a otros animales por vía sub-cutánea, intra-muscular o intra-peritoneal; obteniendo fenómenos de anafilaxia y úlceras de estómago.

El examen histológico de las úlceras determinadas experimentalmente, por vagotomía o ligadura del píloro, tienen el aspecto de las lesiones que se observan en las úlceras patológicas del hombre. La infiltración leucocitaria es una infiltración de polinucleares y las lesiones de arteritis son siempre nulas.

W. Gundermann ha hecho en conejos ligaduras de la vena porta y del canal colédoco. La ligadura parcial de la vena porta, no produciendo en el hígado más que lesiones anatómicas poco marcadas y bien localizadas, tiene por consecuencia una modificación patológica de la función hepática en dis-

funcionamiento que entrañan trastornos graves. Estos son tres. Digestivos, renales, cerebrales. Los trastornos digestivos, que son los que nos interesan, consisten en la aparición de hemorragias y de úlceras gástricas.

Latzel, después de innumerables experiencias, llega a las siguientes conclusiones :

I.—Las causas experimentales de la úlcera aguda son múltiples : alteraciones del nervio vago determinando la excitación de las fibras motrices estomacales, pero también de las fibras inhibitorias y de las fibras vaso-constrictivas ; anemia de la mucosa causada por la hiper-distensión del estómago, es decir, causas de orden puramente mecánico.

II.—La patogenia de la úlcera crónica del estómago en el hombre es aún más difícil de determinar, pero ella resulta de múltiples causas : lesiones del nervio vago, gastroptosis, disposiciones anatómicas o embrionarias. La cronicidad resulta de la intervención de una acción nociva de origen bacteriano o bien, y sobre todo, del obstáculo a la curación aportada por sustancias gastro-tóxicas. Es notable hacer notar la frecuencia bastante grande de la coincidencia de la gastroptosis, de la hipertensión y de la úlcera del estómago.

Abandonando el terreno experimental para entrar en el de la patología, sería menester recorrer-

la toda, puesto que es casi raro no hallar una enfermedad a la cual no se haya incriminado de ser capaz de engendrar una úlcera del estómago. Así encontramos las diversas afecciones del cerebro y de la médula, del aparato respiratorio, del circulatorio, del hígado y de las vías biliares y sobre todo las enfermedades del intestino (cólicos, constipación crónica, apendicitis, etc.). A este respecto el distinguido cirujano de Hamburgo, Kümme!, en una memoria, insiste en creer que muchas úlceras gástricas se deben a embolias sépticas de origen apendicular, de igual modo pasaríamos a las enfermedades del riñón, de la nutrición, de la sangre y para llegar por fin a todo el vasto grupo de las enfermedades infecciosas. En una palabra, y como muy bien dice el distinguido profesor Mariano Castex, mal puede hacerse tratamiento etiopatológico ignorando éste; y todo lo que se dice al respecto no es otra cosa que una mera hipótesis, pues no hay enfermedad casi, ni órgano de la economía, que no haya sido incriminado, con o sin razón, de desempeñar una acción importante en la patogenia del ulcus gástrico. Respecto a la sífilis, a la tuberculosis y al paludismo se les ha incriminado también de engendrar el ulcus. No hay duda alguna, que existen procesos ulcerosos del estómago de origen luético y tuberculoso, pero ellos son los menos y

solo excepcionalmente diagnosticables. La hiperacidez no puede tampoco servir para explicarnos la patogenia del ulcus, por lo menos de un modo general, ya que ella falta en un 40 a 50 por ciento de los casos.

Bergmann confiesa saber bien poco acerca de las causas de la úlcera de estómago. Es indudable, dice, que intervienen en su producción diversos factores etiológicos. El más constante es el jugo gástrico. La úlcera péptica se observa tan solo en aquellos sitios donde existe jugo gástrico ácido, ésto es, en el estómago mismo, en la porción más inferior del esófago y en la más superior del duodeno. Sin embargo, es evidente que el jugo gástrico ácido no es el factor etiológico del ulcus. Tampoco basta para producirlo la hiperacidez del jugo gástrico; existen numerosos casos de hiperacidez (de base nerviosa a consecuencia de perturbaciones mecánicas) en las que no se produjo el ulcus.

En la génesis de la úlcera gástrica ha de intervenir forzosamente algún factor que perturbe la nutrición de la pared del estómago u otro factor diferente. Virchow fué el primero en llamar la atención sobre ciertos trastornos circulatorios en los vasos de este órgano y en atribuirles la producción de la úlcera. Estos trastornos se originan de muy diversas maneras y pueden afectar a todo el or-

ganismo, a todo el estómago o a regiones circunscriptas del mismo (anemia general, clorosis, isquemia del estómago a consecuencia de la compresión de las arterias y de los capilares por espasmo de la musculatura del estómago, estancación venosa en caso de estancación de la vena porta). La anemia circunscripta puede producirse de muchas maneras : por alteraciones de las paredes vasculares (degeneración hialina, arterioesclerosis, sífilis), por trombosis y embolias y también intervienen en ello las embolias bacterianas piohémicas ; finalmente pueden asimismo ser ocasionadas por contusiones (hemorragias, desprendimiento de la mucosa, etc.).

En general, las experiencias actuales sobre heridas del estómago producidas operatoriamente, en contraposición a las opiniones que reinaban antes, nos permiten afirmar que los defectos de la mucosa se curan generalmente por *restitutio ad-integrum* y asimismo que las demás capas de la pared gástrica se encuentran suficientemente protegidas contra una acción nociva del jugo gástrico. De ésto podemos deducir con seguridad que una lesión de la mucosa gástrica por sí sola no basta para determinar una úlcera de estómago. La terapéutica permite establecer ciertas conclusiones a posteriori en lo que se refiere a la etiología de la úlcera de estómago. Los resultados obtenidos con el tratamien-

to interno dependen principalmente del descargo del estómago, o sea de que se substraen durante largo tiempo a este órgano de sus funciones y, por lo tanto, de una acción más bien local. El organismo, que por efecto de su perturbación general no puede acallar el proceso morbozo, no llega a vencerlo sino acudiendo al descargo funcional que necesita forzosamente el estómago normal para la curación de un defecto de su mucosa. Los casos susceptibles de curarse con un tratamiento quirúrgico sin intervenir directamente en la úlcera, demuestran también que aquí las causas locales detienen la curación, pues la operación se limita en estos casos a combatir causas locales (estenosis, espasmo del píloro, trastorno de la motilidad e indirectamente también la hiperacidez). Otro factor que interviene en la patogenia de la úlcera, es el espasmo del píloro.

Como veremos más adelante, éste existe en todos los casos de úlcera relativamente reciente, cualquiera que sea el punto donde resida y no puede negarse la posibilidad de que el espasmo del píloro sea la causa de una perturbación de la acidez y de la motilidad, y llegue así a constituir el motivo de la producción o de la persistencia de la úlcera. Del modo más preciso se expresan los autores franceses, sobre todo Doyen; éste ve en el píloro el enemigo; el causante de toda afección gá-

trica, y que, por consiguiente, debe atacarse. En contra del espasmo del píloro, como causa de la úlcera, habla la circunstancia de haberse también observado en la úlcera del duodeno; sin embargo, más bien puede suponerse que el espasmo es la consecuencia de la úlcera o vice-versa. Hablan también en contra de la absoluta validez de esta opinión de Talma y Doyen, los indudables fracasos que se experimentan a veces, tanto con la gastroenterostomía como con la piloroplastia, en casos de úlcera del estómago.

Debemos también llamar aquí la atención respecto a un círculo vicioso que fácilmente se desarrolla en casos de úlcera que datan de largo tiempo; la anemia predispone a la úlcera e impide la curación; la úlcera a su vez aumenta la anemia a consecuencia de la perturbación de la nutrición y de las hemorragias. Por esto es posible que en muchos casos la anemia no sea la dolencia primaria, sino la secundaria (así lo sostiene V. Höslin en lo tocante a la clorosis).

De todo esto se deduce la incertidumbre que todavía reina respecto a la patogenia de la úlcera gástrica ordinaria. Más aún, y encerrándose en un margen más estrecho, lo que sobre todo no está suficientemente dilucidado son las relaciones recíprocas entre la úlcera, la hiperacidez, el desorden motor y el espasmo del píloro.

Diagnóstico clínico

El síndrome clínico de la úlcera de estómago puede ser sumamente variable, dependiendo de la extensión y profundidad de la úlcera, de su localización, de la sensibilidad del individuo y de otros varios factores que hacen que en igualdad de tamaño y de localización, la úlcera transcurra en unos casos sin síntoma alguno y en otros con grandes manifestaciones.

De un interesantísimo trabajo del profesor Bonorino Udaondo, en el que está condensada, puede decirse, la última palabra respecto al diagnóstico de la úlcera de estómago, extractamos lo siguiente :

El diagnóstico de las ulceraciones gástricas a ruidosa exteriorización es sencillo y no necesita complejos análisis para ser confirmado.

En cambio, las dificultades son mayores en aquellas que evolucionan silenciosamente, sin sínto-

mas precisos o enmascaradas bajo forma de vulgares gastropatías.

En la sintomatología del ulcus interviene como factor esencial más que el grado o la antigüedad del proceso, la zona en que se localiza, y si con relativa frecuencia evolucionan en silencio las úlceras del cuerpo del estómago, es difícil que no se revelen las orificiales. Debo adelantar, que creo de suma dificultad en las formas no complicadas hacer un diagnóstico racional de úlcera con los solos datos subjetivos o los que revela el examen exterior del epigastrio. Si ellos nos permiten sospechar el proceso, no nos dan datos de suficiente valor para ser definitivos, dada la vulgaridad de sus manifestaciones en unos casos o la total ausencia de signos clínicos en otros.

No es posible con nuestros métodos de examen, precisar el momento inicial o de formación del ulcus. En casos en que el diagnóstico se creía precoz, dado que ningún antecedente sintomático revelara una gastropatía, la operación muestra una úlcera formada y antigua. La hemorragia inicial, como exteriorización primera, la hemos visto tres veces, y en las tres la intervención mostró una úlcera callosa. Fenómenos dispépticos comunes, dolores tardíos a tipo hiperácido, remontándose en ocasiones durante años, es la historia banal que regis-

tran nuestros pacientes y la anamnesis más prolija no permite recoger datos categóricos.

Esta misma falta de datos precisos sobre la manera de iniciarse el ulcus es señalada por Moutier, en una estadística de 600 casos pertenecientes al servicio de Mathieu, al encontrar en una buena mitad de sus enfermos sólo signos vagos de dispepsia sensitivomotriz con dolores tardíos, a veces a tipo hiperácido y sólo en un décimo de los casos un comienzo brusco por crisis dolorosas intensas o hemorragias.

Junto a estas formas poco somáticas en su comienzo se tienen otras que van perfilando reacciones subjetivas más concretas, que al tomar un carácter permanente ofrecen real valor. De éstas exteriorizaciones generales, dos tienen particular interés: el dolor y los vómitos.

El dolor, es casi constante en las úlceras. El dolor es, en general, violento, corrosivo y guarda relación con la alimentación. En ayunas la sensación dolorosa es nula o a lo sumo existe una pesadez molesta del epigastrio. El verdadero dolor aparece un tiempo variable después de las comidas para alcanzar su acmé momentos después.

No creemos posible por el horario del dolor tardío localizar el proceso, dada la inconstancia de su momento inicial. Se han visto ulcus yuxta-piló-

ricos revelarse subjetivamente a la media hora de ingeridos los alimentos, así como otros de la pequeña curvadura provocarlos recién a las tres o cuatro horas.

La cesación del dolor con una nueva dosis de alimentos no la creemos constante, ni digna de interés a los fines del diagnóstico. Si en ciertos casos, en que más que dolor violento acusa el enfermo ardor, la deglución de unos bocados lo moderaba, en la mayoría no se tiene cambio alguno, o aún llegan a exacerbarse. Sólo el vómito producido o provocado en el acmé doloroso da acalmias prolongadas. Se ha observado con relativa frecuencia en ulcerosos gástricos el tipo de « dolor de hambre », el « hunger-pain » que los autores ingleses y americanos, siguiendo a Moynihan, dan como característico del *ulcus duodenal*: dolor que aparece entre los períodos digestivos, que incita a comer y se calma ingeridos los primeros bocados. El sitio máximo de producción del dolor difícilmente lo pueden indicar los enfermos. Es más común que lo localice el *ulceroso duodenal* que el gástrico. En éstos el dolor es más vago y difuso, posiblemente por la frecuencia de adherencias perigástricas.

No se puede atribuir gran importancia al tipo de la irradiación dolorosa. En muy contadas observaciones se ha podido anotar la clásica irradiación

dorsal de los autores, siendo más frecuente la localización bajo el arco costal izquierdo, hombro izquierdo o región precordial del mismo lado. Un dato de considerable interés diagnóstico, es la aparición de los fenómenos subjetivos bajo forma de crisis con períodos de acalmias más o menos prolongados. La mayoría de los ulcerosos registran una larga historia de sufrimientos, con dolores tardíos que se modificaban o 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.

Esta alternancia de los fenómenos subjetivos y su inmenso valor diagnóstico, ha sido señalada con anterioridad por Smithies, Thompson, Verbrycke, etcétera.

Es indudable que el tipo y la intensidad de las crisis dolorosas guardan directa relación con la cantidad y la calidad de la alimentación.

La dieta líquida por sí sola provoca sedaciones manifiestas. 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 de Rutimeyer, Kayser y Latzel, se ve que mientras en Prusia los casos de úlcera provocan dolores intensos con hiperacidez, los de Munich e Insbruck evolucionan con quimo hipo o anácido. En nuestro país, esencialmente carnívoro, existe predominio de fenómenos dolorosos con fórmulas hiperclorhídricas.

Algunos autores, siguiendo a Bonniger, aconsejan en las formas gastrálgicas sospechosas, introducir por la sonda en ayunas 100 a 200 gramos de una solución décimo normal de ácido clorhídrico: en los ulcerosos se provoca de inmediato un vivísimo dolor, que se consigue calmar con un poco de leche. El doctor Bonorino Udaondo, ha ensayado este procedimiento y no lo cree recomendable: origina violentos dolores y en cuatro ocasiones ha visto reanudarse la positividad reaccional de la sangre oculta en las heces, desaparecida en anteriores exámenes.

El vómito espontáneo a horario variable, aparece en el acmé doloroso provocando una acalmia pasajera o total. Es un vómito ácido, alimenticio y deja por su pasaje la sensación de quemadura.

Si los vómitos como elemento aislado ofrecen muy relativo valor, su concordancia con el tipo doloroso lo hacen un factor interesante de diagnós-

tico. Se les encuentra en los ulcus de cualquier localización, aunque con cierta preferencia en los orificiales o yuxta-pilóricos.

Los autores notan con desigual constancia el síntoma: Crämer sólo lo observa en un 5 por ciento de sus casos; Elsner, los cree excepcionales. De los 120 ulcerosos de Müller, 90 vomitan, así como lo hacen las tres cuartas partes de los casos de Smithies y el 66 por ciento de los de Hall. Valores parecidos registran Drummond, Orison y Mathieu.

Las hematemesis son, sin duda, uno de los síntomas cardinales del ulcus, si bien no toda gastrorragia reconoce necesariamente tal naturaleza. No es constante, sino que se cataloga entre los síntomas de excepción. En la estadística del doctor Bonorino Udaondo, de 59 casos todos controlados por la operación o la necropsia, sólo ha observado 10 gastrorragias. Comparado estos valores con algunos recogidos en la literatura, aparecen discordantes: Leube, las registra en el 40 % de sus casos, Fenwick en el 75 %, Ewald en el 50 %, Smithies en un 47 %, Friedenwald encuentra hematómesis en el 22.8 % y melenas en el 51 %, Thompson en el 58 %, Soupault en el 50 %, etc.

La sangre aparece digerida y, por lo general, se acompaña de melena; cuando está sola no traduce la hemorragia. La gravedad de la hemorragia

como es lógico, depende de su intensidad y repetición. En ningún caso se la ha visto originar el deceso inmediato. Junto a estos síntomas cardinales, podrían englobarse un conjunto de exteriorizaciones subjetivas lo más variables, que por ser comunes a las más diversas gastropatías, no tienen mayor valor.

En materia de sensaciones subjetivas, debe tenerse muy presente el factor de tolerancia individual. Es corriente encontrar en casos de esta naturaleza, una desarmonía de las inervaciones viscerales del sistema vegetativo, con predominio de las reacciones del hipervagotonismo, en quienes los fenómenos sensitivos se acusan con una intensidad superior en violencia, a la de los ulcerosos corrientes. La medicación atropínica encuentra aquí su mejor indicación. El examen físico del ulceroso da escasos datos útiles al diagnóstico. Enfermos en general adelgazados por restricciones de la dietética, con anemias moderadas que se hacen considerables en las formas hemorrágicas. En general, se tienen valores de tres millones a cuatro de glóbulos rojos, sin ninguna particularidad en el número y fórmula leucocitaria. La resistencia globular es casi siempre normal, y Parmentier y Salignat, encuentran que la reparación entre el comienzo y el fin de la hemolisis es menos considerable que en el cáncer.

El examen del epigastrio muestra una casi constante hiperestesia a la presión del plexo solar, que en los períodos dolorosos se irradia a toda la región. En las úlceras de las regiones pilórica y del antro suele tenerse, aun cuando no en regla absoluta, un segundo punto doloroso a la derecha de la línea media por encima del ombligo.

Algunos autores, siguiendo a Hander, dan como sintomático de las ulceraciones de la pequeña curvatura, un punto doloroso sobre el músculo recto izquierdo. No se debe admitir como patognomónico, porque aparece en gastropatías no ulcerosas. No se debe en manera alguna atribuir una importancia mayor que la que en realidad tienen a las variantes dolorosas a la presión de estos puntos locales. Ellas se observan en las más diferentes circunstancias al examen directo o a la exploración alge-simétrica.

En las úlceras de la pequeña curvatura se ha observado con relativa frecuencia, un aumento de tensión del recto izquierdo, que contrasta groseramente con su congénere. Es un signo interesante, especialmente en los *ulcus* con perigastritis adhesivas. De relativo valor diagnóstico es la constatación del punto dorsal en los ulcerosos.

Descrito por Cruveilhier (1852) como sintomático de la enfermedad, es estudiado por Müller,

Jürgensen y Boas, que lo populariza y lo encuentra en un tercio de los casos. Se trataría de un punto muy limitado, de apenas un centímetro y cuya presión profunda despierta un vivo dolor, con reacción muscular general.

Se ha pretendido que su sitio de presentación da datos a los efectos de localizar el úlcus. Zeidl y Oppenchowski la sitúan así:

Úlceras del píloro o región duodeno-pilórica: 11ª y 12ª vértebra dorsal, 1ª, 2ª y 3ª lumbar, más dolorosas a la derecha de la línea media.

Vecindades del cardias: 7ª a 10ª lumbar.

Cara posterior: Toda la extensión comprendida entre la 3ª dorsal y la 6ª lumbar a la izquierda.

En una estadística de 59 casos del doctor Bonorino Udaondo, sólo dos daban franco dolor dorsal, los dos en casos de úlcera de la pequeña curvatura, una en la vecindad del cardias y el otro en la zona media. En los casos restantes, la presión más enérgica no provocaba reacción sensitiva. Por otra parte, es un hecho de observación, que la hiperestesia dorsal puede tenerse en afecciones gástricas no ulcerosas y en especial en las neurosis secretorias y mótices. Merece, sin embargo, retenerse como interesante el hecho de que en los casos de úlceras en que el dolor dorsal es positivo, la gastroenterostomía lo hace desaparecer recién a los dos

o tres meses, mientras que la resección lo elimina de inmediato. Tal constatación no está de acuerdo con la teoría de Plönies, que aceptan algunos, que atribuye dicho dolor a la exteriorización de un reflejo nervioso del simpático.

Dado que el examen físico completo no ofrece sino un valor muy relativo y complementario, vamos a analizar los datos recogidos del examen funcional. El uso de la sonda, para muchos contraindicado en estos casos, no ofrece peligro alguno, aún realizado en los días siguientes a una gastrorragia. Los resultados que su empleo permite alcanzar la hacen imprescindible para el diagnóstico; no dando los procedimientos de examen que tienden a sustituirla, sino conclusiones imprecisas y de valor dudoso.

El tipo químico reaccional de nuestros ulcerosos es a predominio hiperácido y su intensidad la creo dependiente del momento de la enfermedad en que se realiza el examen. Con Elsner creemos que la inmensa mayoría de los *ulcus* recientes dan hiperclorhidrias francas, que con el largo evolucionar, los regímenes dietéticos y terapéuticos tienden a modificarse hasta dar valores ácidos que encuadran dentro de la normalidad.

La constatación de hemorragias ocultas en el contenido gástrico o en los líquidos de retención,

es de suma importancia a los fines del diagnóstico. Ella aparece en un 72 por ciento de los casos. Creemos se trate de una exploración indicada en la mayoría de los casos y que las causas de error que al examen son imputadas, pueden fácilmente eliminarse. La positividad reaccional no la hemos nunca encontrado en los casos que se acompañaban de pérdida de substancia. Hay que tener presente al anotar los resultados del examen, que la sangre oculta del contenido gástrico lo mismo que la de las deyecciones, puede aperecer y desaparecer con una cierta periodicidad y que sólo después de una serie de análisis, los resultados podrían considerarse como verdaderos.

El citodiagnóstico de los líquidos de lavaje estomacal, según la técnica de Mariani o de Loeper y Binet, sólo tiene interés para el diagnóstico diferencial entre ulcus y cancer, al reconocer las células específicas de la neoplasia. 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 Reichmann, dependen de un ulcus pilórico o yuxtapilórico, como lo han demostrado Hayem, Soupault y otros. El tubaje en ayunas extrae abundante cantidad de lí-

quido ácido, con residuos alimenticios en cantidad. La confirmación de estos hechos se hace a diario. La constatación de pequeñas cantidades de líquido, con o sin residuos, se han anotado con mayor frecuencia que la gastrosucorrea y aún en procesos alejados del píloro. La sonda en ayunas retira de 20 a 100 gramos de líquido ácido, con valores elevados, altos, ricos en fermentos y a veces con residuos microscópicos. Cuando este cuadro aparece completo, lo creemos de por sí sintomático de ulceración, que no siempre ni en una manera absoluta, ha de estar en las vecindades del orificio.

Si la hipersecreción sin estancación no es dependiente del ulcus exclusivamente, lo acompaña con gran frecuencia.

Sobre 59 casos, fué anotada 33 veces, estando 26 veces vacío el estómago en ayunas. En ciertas formas de úlceras de la pequeña corvadura, 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 detritus alimenticios, etc. Su duración es de días y tienden a desaparecer atenuando los fenómenos dolorosos. Han sido bien estudiadas por Mathieu, quien las refiere a su factor etiológico.

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 frecuencia en la úlcera de estómago, sin que ella sea su causa determinante o necesaria. Parece tratarse de una verdadera neurosis secretoria, que se exterioriza por su coexistencia con un proceso anatómico, pero que puede aparecer como única manifestación funcional.

Es indudable que 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 presentarse 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 líquidos con residuo microscópico.

Sin llegar a las cifras de Kemp que encuentra en el 78 a 80 por ciento de los casos de ulcus insuficiencias motrices, parece ser muy frecuente el pequeño éxtasis en las formas no orificiales.

Faulhaber en una estadística reciente de 48 casos de úlceras alejadas del píloro, encuentra 12 con residuos, o sea el 25 por ciento. Neudörfer sobre

120 ulcerosos, sólo 21 vez encuentra éxtasis a las seis horas. Estos resultados encuentran una lógica explicación, en el espasmo pilórico que se origina o por la hiperacidez que acompaña estos casos, o como lo indica Bergmann y que conceptuamos más lógico, por excitaciones del vago.

Las grandes retenciones en las úlceras no orificiales responden a adherencias perigástricas con tironeamientos del píloro; se las tiene de preferencia en las situadas sobre la pequeña curvatura. No conviene atribuir a las viciaciones de la motilidad gástrica un valor diagnóstico absoluto, dado que no son patrimonio exclusivo de las pérdidas de sustancia de la mucosa, sino que suelen anotarse en otras gastropatías. Förgeusen en un estudio sobre la cuestión, si encuentra retenciones microscópicas en el 61 por ciento de los ulcerosos, las anota en el 44 por ciento de sus gastropatías funcionales. El doctor Bonorino Udaondo en varias observaciones de úlceras de la pequeña curvatura, ha notado un cardioespasmo apreciable por las manifestaciones subjetivas del enfermo y el aprisionamiento de la sonda al pasaje. La proporcionalidad de los casos es manifiestamente menor que la dada por Heyrowsky, que en la etiología de los espasmos del cardias, encuentra en un 36.3 por ciento un *ulcus* vecino o alejado.

El síntoma que aún aislado es más valioso en el diagnóstico del *ulcus* es, en general, la hemorragia oculta buscada en las heces. La positividad reaccional en exámenes hechos durante varios días, previa dietética rigurosa que evite causa de error, alcanza un 89.7 por ciento de los casos. Los resultados señalados con anterioridad por los autores son discordantes, siendo concebible por la diferente sensibilidad de los reactivos químicos empleados. Usando procedimientos hipersensibles, como el de Meyer o bencidina, la inmensa mayoría de los úlcerosos revelan sangre oculta en sus deyecciones. Así, mientras Rutimeyer y Zöppritz sólo obtienen en un 51.4 por ciento y 53.9 por ciento resultados positivos, éstos aparecen en un 86.6 por ciento en la estadística de Friedenwald, en 98 por ciento en la de Sauphar, 80 por ciento en la última de Boas y 100 por ciento en la de Hartmann. Las reacciones positivas, en exámenes seriados, suelen faltar durante lapsus de tiempo variables, espontáneamente o merced a los tratamientos usados. El examen metódico de las heces, ha permitido en algunos casos, en sujetos con sólo vulgares síntomas dispépticos, reconocer un *ulcus* latente, comprobado por la intervención. Se trata de lo que Boas llama hemorragias ocultas premonitoras de la gran hemorragia. Tales son los factores esenciales en que se basa.

el diagnóstico de la úlcera del estómago. Síntomas en su mayoría imprecisos de desigual valor, pero que al combinarse permiten presentar un cuadro o caracteres bastante definidos.

Debe tenerse presente, que si muchas pérdidas de substancia se exteriorizan con los caracteres señalados, un buen número evolucionan tórpidamente, en forma latente y que sólo se revelan por una complicación, muchas veces a sombrío pronóstico.

La anamnesis prolija, al dar el ciclo evolutivo de la enfermedad con sus sensaciones subjetivas, la periodicidad de las crisis dolorosas con sus intermitencias prolongadas, permite presumir la naturaleza del mal, cuyo complemento lo dará el examen objetivo y funcional. El predominio de algunas de las reacciones objetivas, ha hecho que los autores separen dentro del cuadro del ulceroso gástrico una serie de grupos poco definidos, que sobre no simplificar el diagnóstico, no dicen nada a los efectos pronósticos y del tratamiento.

Aceptada la posibilidad de un *ulcus gástrico*, lógicamente se debe tratar de localizarlo. Las formas ubicadas en los orificios o muy vecinas dan caracterizaciones francas y son de sencillo reconocimiento.

No sucede lo mismo en las que se sitúan en las otras regiones del órgano, donde sólo por su con-

junto somático y el relativo valor de algunos signos, hay probabilidades de localizar. Distinguiremos a los efectos de diagnóstico topográfico las úlceras orificiales, de la pequeña curvadura y las del cuerpo del estómago.

Las úlceras del cardias, dan análogas exteriorizaciones que las de la porción inferior del esófago y como ellas llevar a la estenosis total. Provocan dolores inmediatos con la ingestión de alimentos; dolores situados por debajo del apéndice xifoideo y que difícilmente la palpación localiza. La disfagia es progresiva y se hace total, siendo dependiente del fuerte espasmo del orificio, influenciado por la hiperestesia al contacto.

En los ulcus de las vecindades del cardias, el horario del dolor no es tan inmediato; existe dificultad en el tránsito alimenticio, pero no disfagia absoluta. El cardio-espasmo muy constante se revela por la dificultad y aprisionamiento de la sonda a su pasaje. Complementan el cuadro un quimo hiperácido y las hemorragias ocultas.

Al referirnos a las úlceras pilóricas, englobaremos en su síndrome somático, a las ubicadas en su zona de acción, sea tanto del lado gástrico, como en el comienzo de la vertiente duodenal. La escuela francesa admite que los procesos de esta región dan síntomas análogos y que la distinción sólo es fac-

tible en las formas más alejadas del orificio, sea hacia el centro o hacia el duodeno.

En el síndrome úlcero-pilórico, los fenómenos predominantes son los de éxtasis con hipersecreción. Variable en cantidad y sobresaliendo alguno 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 la técnica de Winter, es de indudable utilidad en estos casos particulares, sabiendo que la cifra de concentración de un jugo es de 0.012 y que los valores por encima se originan por éxtasis. El horario del dolor es a predominio tardío, 2 a 4 horas después de la ingestión de alimentos; originado por el espasmo del píloro, guarda relación directa con el grado de la hiperacidez y la hipersecreción.

Ulcus de la pequeña curvadura — La localización es posible hacerla en ciertos casos clínicamente, aun cuando la mayoría necesitan el control radioscópico. El dolor es muy variable y nada ca-

racterístico ; entre los límites extremos, se admite un horario doloroso máximo entre 1 a 2 horas después de la alimentación. La localización subjetiva no es constante, precisa ; en casos en que la presión provocaba dolores atribuibles a la zona de proyección de la pequeña curvadura, el reparo operatorio mostraba un *ulcus pilórico*. Las sensaciones dolorosas son, en general, muy intensas, sobre todo en las formas a larga evolución, hecho comprensible, como lo indica Mathieu, por la relación estrecha de la zona con el plexo solar y sus emanaciones.

El aumento local de tensión del recto izquierdo lo conceptuamos frecuente. La mayoría de los enfermos dan fenómenos de hipervagotonismo, cuyas exteriorizaciones clínicas son el espasmo pilórico, con pequeñas retenciones, bradicardias que llega hasta 50 y 60 pulsaciones y miosis.

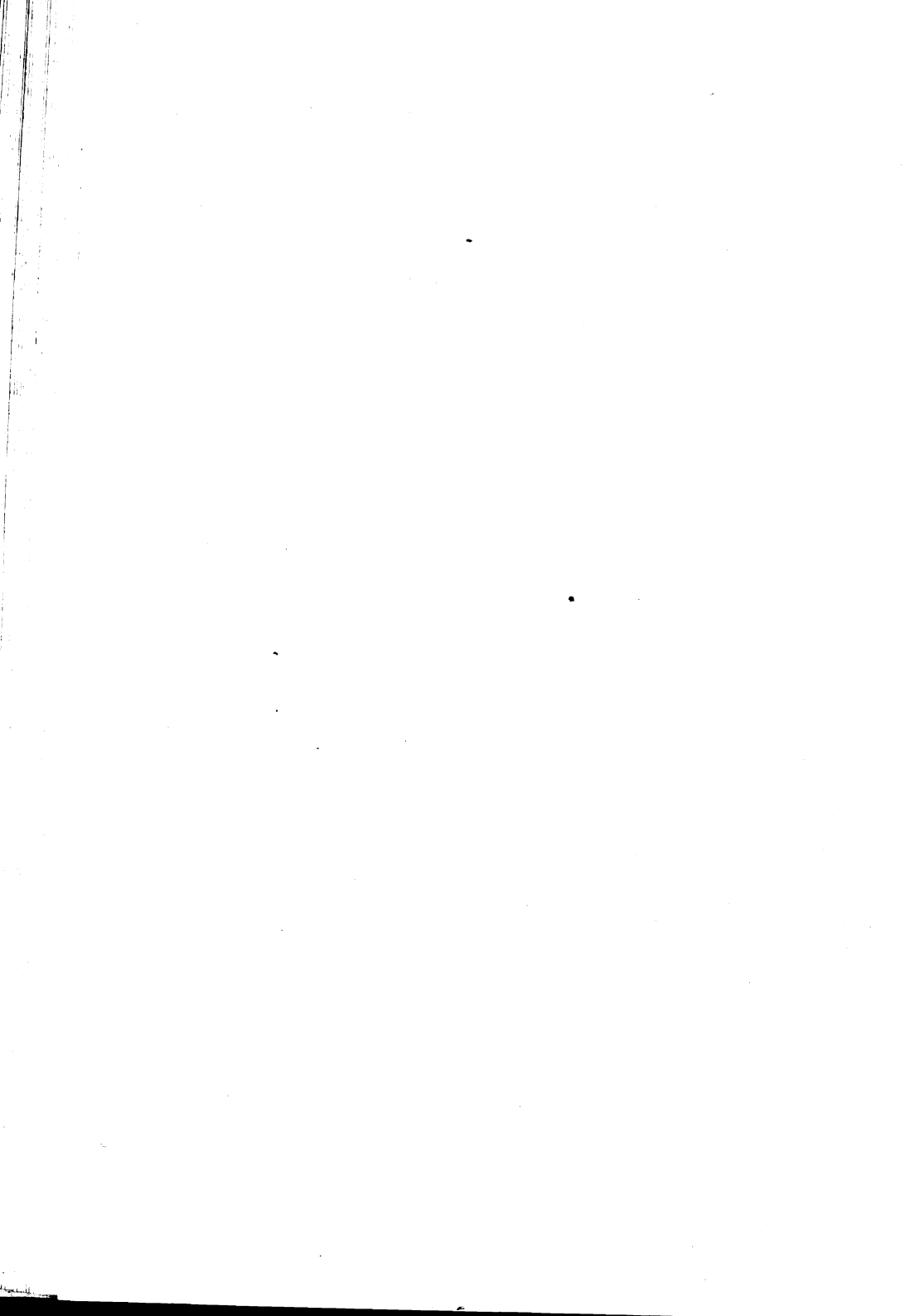
Se ha notado en ulcerosos con fenómenos adhesivos perigástricos, la anisocoria, en sujetos que nada permitía sospechar una infección específica. La sialorrea, un estado nauseoso permanente, y la disfagia, por ataque de los troncos del neumogástrico, son caracteres dados por Loeper, para el *ulcus* de la región que analizamos.

Se concibe que los *ulcus* 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 dorsolumbar, que en ciertos casos parecen calmarse con el decúbito ventral.

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

Las ulceraciones gástricas, en su buena mayoría, son de reconocimiento fácil, aún las que no han llegado a exteriorizarse por gastrorragias, dan conjuntos somáticos bastante definidos para orientar hacia ellas el diagnóstico. Otras, por el contrario, evolucionan tórpidamente, a vaga sintomatología y son las que requieren prolijos y repetidos exámenes para ser despistadas. Los signos que hemos enunciado, si aislados son de dudosa seguridad, al combinarse en síndromes particulares revelan en parte la naturaleza de la lesión. Sólo la sagacidad del clínico, sabrá dar a cada uno de ellos y en cada caso particular, el real valor que merecen.



Diagnóstico radiológico

El examen radiológico o radiográfico es de capital importancia y es un coadyuvante para el diagnóstico de las ulceraciones gástricas, sin querer pretender nunca, como quieren algunos, que la observación radiológica exclusiva basta y sobra para establecer el diagnóstico.

A este respecto transcribimos los párrafos de una interesantísima conferencia dada por el profesor doctor Lanari en la Sociedad Médica Argentina.

Existen numerosos casos en que una úlcera perfectamente comprobada en el acto operatorio o la necropsia, ha escapado a la observación aún hecha por radiólogos expertos, pero este número va reduciéndose poco a poco y cabe esperar que un día, un mejor conocimiento de todas las alteraciones que la pantalla es susceptible de mostrar, pueda hacer de este método de examen un auxiliar tan precioso a la clínica digestiva, como lo es para todas las afecciones de los órganos torácicos.

Entre tanto, el camino recorrido es ya tan largo, está tan lleno de hechos novedosos, ha colmado tantas lagunas en el campo de la semiología como en el conocimiento de la función normal de estos órganos digestivos, que se explica que algunos espíritus siempre dispuestos a la exageración hayan querido hacer de los rayos el procedimiento exclusivo de todo examen gástrico.

El hecho, sin embargo, no es posible, como no es posible ningún exclusivismo en medicina. La observación y exploración clínica deben siempre preceder al examen radioscópico, y es solamente con un conocimiento perfecto de todos los antecedentes y síntomas clínicos que presenta el enfermo, que la observación radioscópica será de verdadera utilidad, para confirmar un diagnóstico o para rechazar lo que no es sino simple conjetura. Es por ésto que el radiólogo debe ser un clínico, que a las nociones necesarias para manejar un aparato, reuna la suma de conocimientos indispensables en la interpretación de una imagen ya de por sí tan vaga y tan difícil.

Antes de entrar al estudio de los signos radiológicos de las úlceras gástricas, queremos decir dos palabras sobre la forma en que se debe proceder al examen. En primer lugar, la observación debe ser radioscópica y no radiográfica, sino de ex-

cepción. 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 obscuro de la imagen, pero el examen radioscópico en éste como en todo órgano susceptible de movimientos y cambios que tienen su importancia, debe ser siempre preferido y de preferencia utilizado.

La forma como se llena el estómago, la manera como él evacúa su contenido, el estudio de la motricidad gástrica, la facilidad de su desplazamiento por la presión o los movimientos respiratorios y la exploración de su sensibilidad al dolor, son hechos que sólo la radioscopia permite averiguar y es por los especialistas casi exclusivamente usada.

La posición corriente de examen es la posición de pie. Con ella se llenan casi todas las necesidades de la observación.

Las imágenes del estómago en esta forma son las que más estamos habituados a ver y además ella nos permite la fácil rotación sobre el eje, necesaria siempre para hacer el examen de la cara posterior del estómago. Muchas veces usamos la posición de acostado, con la cual observamos mejor la región del cardias habitualmente ocupada por la cámara de aire, o el decúbito lateral derecho indispensable a veces para desplegar las paredes de

la región pilórica con el contenido opaco del estómago cuando se sospecha alteraciones en ese sitio y existe una ptosis muy marcada del órgano.

Con el objeto de observar la evacuación gástrica se sigue generalmente la práctica establecida por Riedel, dando seis 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 adicionado 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 mismo y también en muchos casos de úlcera penetrante, la persistencia de una mancha bismutada en un divertículo gástrico o duodenal. Como substancia de contraste habitualmente se usa el carbonato de bismuto que expone menos a accidentes que el subnitrato, aunque es menos opaco. También se usa el sulfato de bario, pero es más difícil de obtener bien puro entre nosotros. En cuanto al óxido de zirconio que los alemanes usan bajo el nombre de contrastina, no se ha tenido ocasión de utilizarlo.

Después de la observación del residuo, si él existe, así como el líquido de secreción (extracto intermedio), fácil de ver y más fácil si se hace ingerir una pequeña cantidad de polvo de bismuto

con licopodio, se procede a hacer tomar al enfermo una nueva cantidad de substancia opaca.

Para ésto 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. .

Es conveniente precisar algo respecto a la nomenclatura de las diferentes partes del estómago, nomenclatura diversa según los diferentes autores y que ha traído más de una confusión en los nombres empleados. Entre nosotros, se utiliza una nomenclatura que se aproxima a la de Faulhaber y que parece la más sencilla. Se distingue en la imagen del estómago una porción cardíaca que comprende lo que algunos llaman fundus y la cámara de aire, una porción media o cuerpo y la porción pilórica. En la unión del cuerpo con la porción pilórica la parte de la gran curvatura que forma el punto más declive del estómago, bien notoria sobre todo en los estómagos ptósicos, se distingue con el nombre de fondo. Conservamos el nombre de antro a la porción próxima al píloro, porción

que durante el proceso de evacuación llega a separarse del resto del contenido gástrico, por la formación de lo que se llama el esfínter del antro cuyo contenido es expulsado a través del píloro por un movimiento de contracción concéntrica, según admiten la mayoría de los observadores y entre nosotros mismos, pero no para la totalidad de los casos, pues hemos visto algunas veces la evacuación hacerse por la progresión de una onda que no se detiene en el esfínter del antro, sino que marchando hacia el píloro, empuja por delante el contenido gástrico, transformando la porción terminal del estómago en un verdadero canal, que Forssell llama con justa razón, canal egestorio.

Los rayos X son de un valor seguro en el diagnóstico de las úlceras de estómago y, bien que el método no sea aún bastante perfeccionado para poder ser utilizado solo, a exclusión de todo estudio clínico, es susceptible de prestar grandes servicios en los casos oscuros. En primer lugar, 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 evacúa muy rápidamente su contenido, del cual la mayor parte es expulsada al cabo de una media hora. La con-

tracción estomacal tiene su forma normal y no hay ningún esboso de estómago en ella.

Se constata, por otra parte, una motricidad exagerada del duodeno con formación de una «aire vide», del cual el asiento permanece fijo y se encuentra el mismo de 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 estómago: 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 esboso de biloculación; en fin, se ve algunas veces, tal vez en casos de úlcera de píloro, una «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 desaparecido, el clínico se encuentra muy impedido de saber si hay

simple acalmia o curación verdadera, y sólo la reaparición o no de los síntomas, desde que el enfermo a vuelto a tomar la alimentación normal, deja terminada la cuestión. Es un medio de control singularmente defectuoso. Mientras que el examen radiológico constata 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 espacio breve.

C. G. Mixer, después de una rápida exposición de la sintomatología de la afección, insiste sobre las dificultades que hay algunas veces para diferenciarla con la indigestión gastro-intestinal y el píloro-espasmo. 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 bis-

mutada es la de un estómago normal, vaciándose sin retardo. Por el contrario, si se trata de píloro-espasmo o de una estenosis hipertrófica, la imagen siendo a poco muy semejante, que cuando se trata de una estenosis funcional u orgánica, la masa de las materias viene a amasarse cerca del píloro, y no es más que después de un tiempo, variable con el grado de la estenosis, que algunas partículas bismutadas aparecen poco a poco. El diagnóstico radiográfico con el píloro-espasmo aparece muy difícil, tanto más que es muy posible, para Mixter, 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. El autor refiere brevemente cuatro observaciones de niños de tres semanas y media, 5 y 6 semanas, habiendo presentado el síndrome clásico: vómitos, peristaltismo, adelgazamiento y en este caso constatación por palpación de un tumor.

Se hizo a cada uno una gastro-enterostomía posterior y la curación fué obtenida completamente. Después de la intervención, el examen radioscópico muestra el estómago vaciándose con una extrema rapidez por la boca anastomótica; este modo de evacuación persistía, con la misma rapidez, en un

caso observado tres años después de la operación. Terminando el autor insiste en que el diagnóstico debe ser rápido y la intervención debe ser practicada cuanto antes.

CARACTERES RADIOLOGICOS DE LA ULCERA DEL ESTOMAGO

Entre los signos radiológicos de la úlcera del estómago hay que distinguir 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 pueden servir para diagnosticarlas aún en los casos en que ella no sea visible. De estos dos grupos el primero es con mucho el más importante.

SIGNOS PROPIOS DE LA ULCERA — Las úlceras simples no se pueden investigar con los rayos. Los depósitos de bismuto que debían quedar sobre la úlcera no son reales y las observaciones que se citan o son errores o son ilusiones. Tales son las palabras bien categóricas con que V. Bergman resume la cuestión.

Mientras la mayor parte de los radiólogos son de esta opinión y niegan la posibilidad de poder

ver una úlcera no penetrante, algunos pocos declaran haberlas visto, y hasta dan la técnica con ayuda de la cual se las puede observar.

Pero si bien es real que la observación directa de una úlcera es un hecho de excepción y sobre el cual no se puede contar el diagnóstico, es innegable que cuando la ulceración no se limita a la mucosa y penetra ya en las capas subyacentes, es posible en muchos casos poder hacer su observación bajo la forma de una ligera saliencia que corta la pureza del contorno gástrico cuando haciendo girar al enfermo ella forma parte del perfil observado en ese instante. Esa saliencia nunca muy grande, adopta a veces un carácter diverticular, constituyendo una pequeña mancha oscura muy próxima al borde del estómago, del cual puede hasta parecer independiente.

Esa formación diverticular corresponde a úlceras que se llaman perforantes, tipo de úlceras callosas que han destruido la pared gástrica y cuyo fondo está formado casi siempre por una gruesa placa de perigastritis tan espesa que origina en muchos casos la sensación de un tumor palpable.

Se diferencian radiológicamente del tipo de úlceras que estudiaremos luego en que ellas se vacían junto con el estómago, sin dejar residuo bismutado, que es muy rara en ellas la presencia de

una burbuja de aire y que muchas veces libres, se desplazan junto con el estómago en los movimientos respiratorios y a la presión manual.

Pero si es extraordinariamente raro observar una úlcera simple y muchas veces difícil una perforante, no pasa lo mismo con la llamada úlcera penetrante, y es a Haudek a quien corresponde el mérito principal de haber dado en forma definida los rasgos generales con ayuda de los cuales es fácil reconocerla. Su característica radiológica es también la existencia de una saliencia opaca en el contorno de la sombra gástrica.

Esta saliencia, verdadero divertículo al que Haudek ha dado el nombre de nicho, se presenta bajo la forma de una mancha cuyo tamaño varía de un poroto a un anuez, rara vez más, cuyo sitio más común de aparición está en el contorno de la pequeña curvatura. El divertículo opaco puede tener una amplia superficie de implantación en la sombra gástrica, pero otras veces aparece como pediculado, independiente casi del estómago, al cual está unido por una fina línea oscura que corresponde al canal de penetración que une la cavidad ulcerosa con la cavidad gástrica. En algunos casos esta línea oscura, no aparece visible y la cavidad de la úlcera, el nicho, queda independiente del estó-

mago, a alguna distancia del cual se encuentra colocado.

Si se examina con atención el nicho, se pueden distinguir en él algunas particularidades que sirven para reconocerlo.

Estas particularidades son fáciles de comprender si se recuerda que el divertículo está constituido por una cavidad abierta por la úlcera en el seno del tejido de un órgano con el cual el estómago se ha adherido.

Cuando el líquido bismutado penetra en la cavidad ulcerosa, encuentra muy frecuentemente una cierta cantidad de gas que impide que él la llene por completo. El nicho aparece entonces a la pantalla como una mancha oscura sobremontada en la parte superior por una zona clara debida al aire y con una línea de separación horizontal bien visible entre los dos. El contorno periférico de las zonas clara y oscura, ordinariamente curvo, no es siempre perfectamente regular, como que está formado por la pared muchas veces anfractuosa, que limita la cavidad de la úlcera.

Otra de las características del divertículo es su fijeza.

Si con las manos hacemos presión sobre las paredes abdominales, podremos levantar el contenido del estómago, pero el contenido del nicho quedará

siempre en el mismo sitio. Lo mismo sucederá con los movimientos respiratorios, cuando la cavidad de la úlcera se ha hecho en el páncreas. No así en las que se hacen en el hígado.

Por último, la mancha diverticular puede persistir en muchos casos, aún después de la evacuación completa del estómago. El hecho, como se comprende, no podrá ocurrir sino en los casos en que exista un canal de comunicación que no ofrezca fácil salida al contenido del divertículo, cuando el nivel en el estómago baje a medida que el estómago se vacía.

Estos caracteres de la úlcera penetrante son tan claros y notorios, que es muy raro que cuando ella se presenta con el cuadro completo, pueda ser confundida, y hacen del nicho, el más característico de todos los signos de la úlcera péptica. A pesar de que el sitio más frecuente de úlcera es la región pilórica, las estadísticas de las úlceras radiológicamente diagnosticadas es más numerosa para las de la pequeña curvatura. Es que, en realidad, el fenómeno de la úlcera penetrante se ve raramente en el píloro. La radioscopía no solamente nos revela la existencia de este tipo de úlceras, sino que también nos permite reconocer en el seno de qué órgano se ha abierto camino. Lo más frecuentemente se hacen en hígado o páncreas. En el hí-

gado las de la pared anterior, en el páncreas las de la pared posterior.

En las primeras, el nicho se desplaza junto con los movimientos respiratorios y haciendo rotar ligeramente al sujeto a derecha o izquierda, la sombra del nicho corre en el sentido de la rotación.

Las segundas, colocadas detrás del eje de rotación del sujeto, se desplazan en sentido contrario a los movimientos de éste, y no son modificados por la respiración.

Cuando la úlcera se ha abierto camino en el intestino delgado o grueso, la existencia de una fístula gastroyeyunal o cólica, es fácil de poner en evidencia y no necesitamos describir sus caracteres.

SIGNOS QUE TOMAN SU ORIGEN EN FENOMENOS QUE ACOMPANAN A LA ULCERA

Si las úlceras gástricas no determinaran más manifestaciones radiológicas que las que acabamos de ver, el diagnóstico, salvo para las úlceras que han destruido la pared gástrica, habría ganado bien poco con ello.

Afortunadamente las cosas no ocurren así y la observación radiológica ha conseguido poner en evidencia una serie de signos que acompañan tan fre-

cuentemente a las úlceras que en muchísimos casos no solamente permiten afirmar su presencia, sino aún más, localizar su asiento. Estos signos toman su origen en las alteraciones inflamatorias, motoras, sensitivas y secretorias, que las úlceras producen en el estómago y son a veces tan características, que constituyen por sí solas un excelente indicio de su existencia.

Alteraciones inflamatorias — La reacción inflamatoria de las úlceras conduce lo más frecuentemente a la formación de placas de perigastritis y adherencias consecutivas. Si bien es cierto que las adherencias pueden tener su origen en un cáncer del estómago o en procesos inflamatorios de los órganos vecinos, entre los cuales están, en primer término, la vesícula biliar, el hígado, el páncreas y el duodeno, la comprobación de adherencias en un enfermo en que la evolución clínica hace sospechar una úlcera, tiene su importancia innegable.

En algunos casos la misma observación radiológica nos permite excluir alguna de estas afecciones; en otros es necesario recurrir a otros medios de exploración clínica. Tomando su origen en un proceso localizado, las placas de perigastritis y las adherencias consecutivas, son lo más frecuentemente circunscritas.

Los signos principales que permiten reconocer las adherencias son los siguientes: 1º Inmovilidad de una porción determinada del estómago, tanto a los movimientos respiratorios profundos (maniobra de Chilaiditi), a los cambios de posición del cuerpo, como a las maniobras palpatorias sobre el vientre; 2º deformación de la sombra gástrica que aparece como si el estómago estuviera enganchado en el punto de adherencia; y por último, 3º imposibilidad de separar por la presión manual la sombra del estómago de la del órgano con el cual está adherido.

Los signos que hacen sospechar una placa de perigastritis sin adherencias se confunden tanto con los que corresponden a los de la úlcera misma, que es muy difícil separarlos. Muchos de los signos que nos permiten reconocer la úlcera son debidos, quizás, a las placas de perigastritis.

Entre los más importantes están el estómago en reloj de arena, la exageración de la peristáltica, la interrupción de la onda peristáltica al llegar al nivel de la placa y el dolor localizado.

Los estudiaremos en detalle más adelante.

Alteraciones motoras — Las funciones motoras del estómago en su más amplio sentido, sufren, bajo la influencia de las úlceras, modificaciones muy acen-

tuadas que pueden ir desde una simple exageración de la función normal, hasta una desviación completa.

Una de las alteraciones más leves está en la exageración de la peristáltica que acompaña frecuentemente a las úlceras.

Esta exageración que se traduce radioscópicamente por ondas de contracción profundas y frecuentes, podría ser atribuída a la necesidad de vencer el espasmo pilórico que a menudo se presenta con las úlceras, pero como existe aún sin pilorismo en muchos casos, ha sido atribuído más bien a una acción refleja que toma su origen en la úlcera misma.

Al aumento de la función peristáltica acompaña también un aumento del tonus o función peristólica.

El aumento del tono es un fenómeno muy común en las úlceras, y como en muchos casos, muy intenso, él se limita a una zona circunscrita del estómago, en relación o no con la úlcera, origina un verdadero estado de espasmo local tan visible y notorio que constituye uno de los más bellos signos de la ulceración. Es conveniente recordar que los espasmos pueden presentarse a veces sin base anatómica alguna, como sucede en el tabes, la histeria y algunas otras neurosis, pero se distinguen de

los originados por úlceras, en que ellos son, por lo general, transitorios e inconstantes en su localización. El espasmo local de úlcera puede afectar cualquier sitio del estómago. Necesario es estudiarlo para cada uno de ellos.

Espasmo del píloro — El espasmo del píloro, según el clásico concepto de Kussmal, fué uno de los primeros fenómenos comprobados por los rayos como frecuente acompañante de las úlceras pépticas. La mejor forma de reconocerlo está en la observación de la evacuación después de seis horas. En general, se puede decir que una retención apreciable después de seis horas con una buena peristáltica gástrica, permite afirmar un obstáculo pilórico. Debe recordarse, sin embargo, que en ciertos casos de atonia, puede haber pequeños residuos después de seis horas sin obstáculo pilórico, pero este fenómeno que se llama de sedimentación es muy fácil de reconocer.

El obstáculo pilórico puede ser orgánico o espástico. Si es orgánico es debido a cáncer, úlcera o consecuencia de úlcera. Siendo espástico la causa más frecuente es la úlcera del estómago.

La comprobación del pilorismo tiene, como se ve, enorme importancia en el diagnóstico de la úlcera péptica, cualquiera que sea el sitio de ella,

pero más especialmente de las que están situadas en el píloro mismo.

En cuanto a su causa se comprende que en las del píloro sea debido a un espasmo por irritación local, pero la explicación es más difícil cuando se trata de úlceras a distancia que son capaces, sin embargo, de producir espasmo pilórico (vago-tonia).

Se ha querido explicar el pilorismo por la hiperacidez que acompaña a la úlcera, pero no existen todavía observaciones, ni experiencias concluyentes que permitan dar como absolutamente válida esta explicación. •

Espasmo del cuerpo.—Estómago en reloj de arena — La observación de los espasmos del cuerpo es una de las que más llaman la atención por la frecuencia y claridad con que ellas se presentan a la pantalla. Corresponde a Jonás, Faulhaber y Haudek el mérito de haber reconocido su importancia como signo de úlcera.

La gran mayoría de los estómagos bilobares, en reloj de arena, corresponden a úlceras de la pequeña curvatura. La bilobación se hace por medio de una contracción de las fibras circulares del estómago, verdadero espasmo que sólo puede ser explicado, por la acción de un estímulo irritativo que

parte de la úlcera misma y actúa sobre las fibras musculares fronterizas. De aquí que el espasmo señala el sitio de la úlcera.

La mejor demostración de que se trata de un hecho espástico, está en la variabilidad que tiene en los primeros tiempos de su aparición, en la acción que sobre él tienen los medicamentos antiespasmódicos y la anestesia general. Es por eso que es muy frecuente en la mesa de operaciones, no encontrar los estómagos bilobados que la radioscopia señalaba, lo que no impide que una vez hecha la excisión quirúrgica, la bilobación aparezca de nuevo a la pantalla, pues para dar origen al espasmo no es necesaria una úlcera en actividad y basta el estímulo que parte de una cicatriz de úlcera.

La resolución muscular post-mortem suprime también las bilobaciones gástricas de esta causa.

Teniendo su origen en un espasmo de las fibras circulares, la bilobación aparece a la pantalla en su forma atenuada, como una depresión ligera que afecta solamente un punto de la gran curvatura. Esta depresión puede alcanzar todos los grados de profundidad, al punto de llegar a unirse a la pequeña curvatura, dividiendo entonces al estómago en dos sacos.

En todos los casos la depresión se hace siem-

pre a expensas de la gran curvatura y es de bordes netos, puros, sin irregularidades.

Puede afectar pocas fibras solamente formando una depresión en ángulo agudo, y puede comprender una bastante amplia superficie, al punto que hemos visto estómagos bilobados donde la bolsa superior estaba separada de la inferior, por un espacio de más de seis traveses de dedo.

Cuando el espasmo es medianamente acentuado, el cuadro que aparece en la pantalla es muy característico. Ya antes de la ingestión bismutada se puede sospechar la bilobación por los residuos de la comida de seis horas. En vez de un solo residuo se observan dos, uno encima de otro. Pero el cuadro se completa con la lechada. Se ve elevarse por debajo del diafragma una pequeña bolsa, en la cual se observa la cámara de aire, y uno, dos o cinco minutos más tarde, a veces inmediatamente, se ve por debajo otra bolsa llena también de bismuto, pero sin aire, en la cual se reconoce la porción pilórica del estómago.

Comúnmente entre las dos bolsas se puede ver un canal de comunicación que corre a lo largo de la pequeña curvatura, canal que, en algunos casos, no se distingue, notándose solamente el lleno de la bolsa inferior sin poder decir por donde pasa el líquido.

Cuando la estenosis es muy acentuada puede haber dificultad en el vaciamiento de la bolsa superior, la que se deja distender hacia el lado de la gran curvatura, formando una especie de divertículo lateral donde el bismuto sedimentado puede permanecer muchas horas.

Las biloculaciones gástricas pueden ser originadas también por otras causas.

No hay que tomar por una estrechez del cuerpo la especie de cuello que se forma a este nivel en los estómagos atónicos tironeados por el peso de la comida opaca que se acumula en el fondo, ni tampoco las deformaciones por la compresión de tumores extragástricos principalmente del bazo, mesenterio e hígado. Un examen atento permite distinguirlos, lo mismo que las alteraciones de forma que se deben frecuentemente a la compresión por gases del colon descendente. Pero sí, es conveniente conocer los signos que permiten diferenciar un estómago bilobado por úlcera, del que proviene de un cáncer del cuerpo.

La escotadura en el cáncer no es de bordes netos y puros, sino irregular y anfractuosa. En la úlcera la depresión y el estrangulamiento no afectan sino la gran curvatura, mientras que en el cáncer ella toma frecuentemente las dos, de manera que el canal de comunicación en vez de estar a un lado

siguiendo la pequeña curvatura, es central y a igual distancia de ambos. Por último, este canal en la úlcera es generalmente corto, porque la estrechez es casi en anillo, mientras en el cáncer el canal es largo y de curso irregular.

Espasmo del antro — Cuando la úlcera está colocada en la región del antro pilórico es rarísimo ver espasmos en anillo que dividan al estómago a este nivel. Toda la región del antro se contrae en un espasmo total y hay desaparición de toda esa parte gástrica a la radioscopia. Se nos ofrece entonces un estómago que se termina bruscamente por su extremo inferior abultado en forma de badajo de campana y que es muy difícil distinguir de un cáncer de la región pilórica que ocupe todo el antro.

Es por su contorno irregular que es posible muchas veces hacer el diagnóstico diferencial. Las úlceras de la región cardíaca dan por espasmo fenómenos de cardioestenosis.

Al lado de estos fenómenos generales de espasmo, llama la atención que hayamos observado alguna vez, en casos de úlcera, el cuadro clásico de la insuficiencia pilórica: pasaje continuo y fácil de la comida opaca al duodeno sin las interrupciones normales.

Aparentemente contradictorio es el hecho y, sin embargo, real. Ya Sterling había mostrado que un traumatismo gástrico podía producir la abertura del píloro, y la explicaba porque la herida producía una contractura de las fibras longitudinales que abrían el píloro. Otros la explican más fácilmente por la deformación pilórica que podría producir una perigastritis y los casos que nosotros hemos visto se avenían más con esta explicación.

Alteraciones de la secreción — La hipersecreción continua o intermitente, es uno de los fenómenos interesantes que acompañan a las úlceras. Se la observa más especialmente en las yuxtapilóricas.

Se puede reconocer la hiperacidez utilizando el procedimiento de digestión de cápsulas bismutadas preconizado por Schwartz, Cohn y Schlesinger, mientras que 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 extratifica encima de la comida bismutada en el momento del examen (estrato intermedio).

Alteraciones de la sensibilidad — No nos referimos al dolor espontáneo que aparece a horas

variables después de las comidas, y que sirve a muchos para hacerles presumir el sitio de localización de la úlcera.

El dolor que nos interesa en radiología es un dolor a la presión que puede existir en un punto determinado del estómago, siempre en el mismo sitio para cada caso y cuyo punto de origen gástrico está justificado por el hecho que él se desplaza con los movimientos que intencionalmente determinamos en el órgano por los cambios de posición y maniobras manuales.

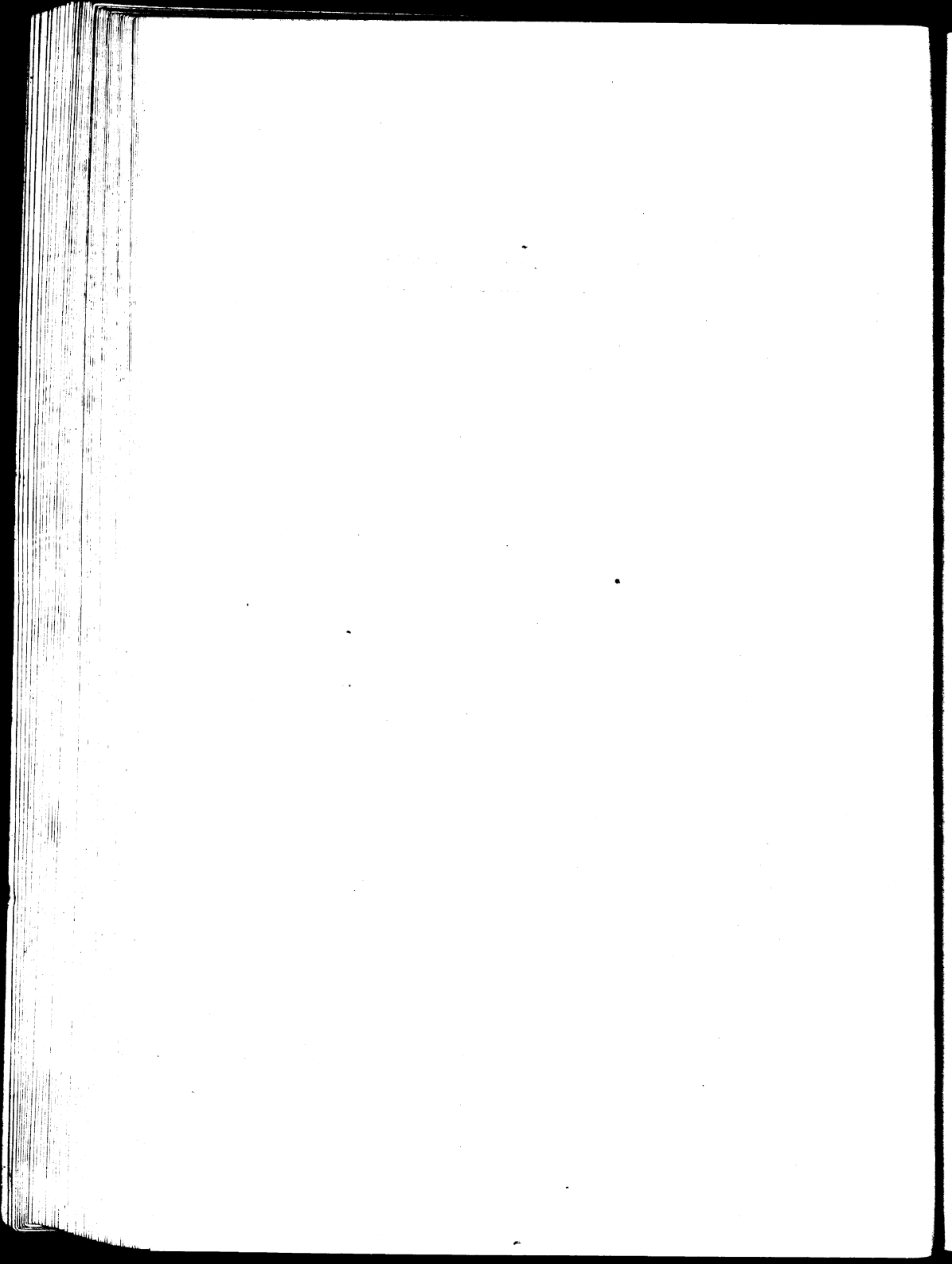
Es un signo muy bueno de úlcera que raras veces falta y que existe lo mismo en las ulceraciones superficiales que en las úlceras penetrantes que producen el nicho.

Hay que advertir que en este último caso los fenómenos dolorosos no son muy acentuados cuando el nicho se ha hecho en tejido pancreático.

Tales son los signos radiológicos de la úlcera del estómago. De ellos los que toman su origen en la úlcera misma son los más importantes y pueden servir por sí solos para hacer el diagnóstico. Desgraciadamente, sólo se presentan en la minoría de los casos

Los otros, los que toman su origen en los fenómenos que acompañan a la úlcera, no bastan por sí solos, pero sumados a otros elementos de la ob-

servación clínica, que siempre debe preceder al examen radioscópico, pueden constituir buenos elementos de presunción.



Tratamiento médico e indicaciones operatorias de la úlcera gástrica

Por mucho tiempo el tratamiento de la úlcera gástrica fué considerado como uno de los capítulos mejor estudiados de la medicina interna. Pero en el último decenio, clínicos y cirujanos, sometieron a una crítica minuciosa, los ya casi dogmas terapéuticos, y vieron, con no pequeña sorpresa, 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, el eminente clínico de Hamburgo, quien en un modo casi revolucionario intentó derrocar, sino todos, por lo menos una gran parte de los dogmas reinantes hasta entonces. Simultáneamente, o sea unos diez o doce años atrás, 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 ac-

ción, incluyéndolas en el dominio limítrofe de la medicina y de la cirugía. Así resultaron muchos ulcerosos gástricos beneficiados y grandes las adquisiciones de la clínica médica en todo lo referente a la patología y, principalmente, al diagnóstico de las úlceras.

Sin embargo, las cosas no se detuvieron allí: el empuje benéfico dado por los cirujanos no tardó en tener sus sombras; ya no bastó en considerar a las úlceras como afección limítrofe de la medicina y de la clínica, sino que se pretendió, amplificando poco a poco su dominio de acción, incluir casi en absoluto a la enfermedad en el terreno quirúrgico retirándola de la esfera de acción de los internistas.

Esta tendencia, en concepto general condenable, ha hallado buen número de partidarios. Al dogmatismo anticientífico antiguo ha sucedido una era reaccionaria, en la cual se basan todas o la mayor parte de las medidas terapéuticas en los hechos positivos que suministran la clínica, la patología experimental y la farmacología.

La terapia, en ulceraciones de estómago, debe de favorecer, en todo lo posible, el proceso curativo de la úlcera. Este proceso curativo se lleva a cabo, por la aparición en el fondo del ulcus de una proliferación inflamatoria de tejido conjuntivo, el cual frunciéndose lleva a la cicatrización. Esta

es solo posible dentro de ciertos límites de extensión del ulcus, en las úlceras profundas penetrantes o excesivamente extendidas la curación por el proceso de cicatrización es imposible. Los medios de que disponemos para favorecer la cicatrización de la úlcera, va a ser el objeto principal de este capítulo, siguiendo en un todo el interesante trabajo del doctor Mariano Castex.

Abordaremos el tema dividiéndolo en dos capítulos: en uno primero, nos ocuparemos del tratamiento de la úlcera gástrica simple no complicada, y en un segundo, del tratamiento de la úlcera gástrica complicada.

Desconociendo la intimidad del proceso etiopatogénico, nos vemos obligados a hacer no un tratamiento causal, sino sintomático. La base del tratamiento médico de la úlcera simple, aguda o subaguda, no complicada, lo constituye el reposo, tan completo como sea posible. Este factor, de valor muy grande, fué ponderado ya por Cruveilhier, quien preconizaba con entusiasmo el mayor reposo posible del estómago, para lograr la cicatrización de la úlcera. 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. La aplicación continua o sostenida, de calor

en cualquier forma sobre el epigastrio, influye indiscutiblemente de un modo favorable sobre la evolución del proceso coadyuvando la cicatrización. Es indiferente la forma de aplicación del calor, no creyendo justificada la predilección por tal o cual forma, pues la temperatura elevada es la que ejerce la acción benéfica, sea cual fuese la fuente de origen: fomentos, bolsas de agua, termóforos eléctricos, las clásicas cataplasmas, etc.

Habiendo mencionado estos dos factores: el reposo general y las aplicaciones calientes, de valor muy grande, pasaremos a ocuparnos del tratamiento verdadero de la úlcera simple, no complicada, tratamiento que dividiremos en dos partes, una dietética y otra medicamentosa, para analizarlas independientemente.

Un ulceroso gástrico no complicado debe de alimentarse, por la vía bucal y no por la vía rectal, como se ha hecho durante muchos años, teniendo en cuenta, ante todo, el de irritar lo menos posible el órgano, y luego suministrando al enfermo 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 nos estamos ocupando del tratamiento de la úlcera simple no complicada, que se exterioriza

riza por vez primera en una forma aguda o subaguda, y hemos dicho, 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. Cuando mayor es la hiperacididad, menos fácil es la curación, hecho demostrado experimentalmente por Litthauer y clínicamente por Wirsing. Para evitar las excitaciones térmicas, que es la condición más fácil de llenar, es menester impedir que el enfermo ingiera líquidos o sustancias a temperaturas extremas, muy frías o muy calientes, aconsejándosele la ingestión de los alimentos a una temperatura media. Para evitar las excitaciones mecánicas es indispensable la supresión de todas aquellas sustancias que por su consistencia (corteza de pan) o por su estructura (hojas vegetales), hagan en el estómago, de cuerpos extraños, excitando la pared gástrica, para provocar jugos que los digerirán o movimientos peristálticos que los propulsarán fuera de la cavidad gástrica, hacia otro medio donde existan fermentos capaces de transformarlos.

En los sujetos con buena dentadura se le recomendará la prolija masticación de los alimentos, pues con la buena masticación va la buena insalivación y con ambas, va involucrado un alivio, mecánico y químico, para el estómago, en el centro de cuyo quimo, es posible continúe la amilolisis ptiálica, hasta que la llegada del jugo gástrico al centro del quimo, modifique la reacción del medio e interrumpa la acción enzimática salivar.

Salvo en los sujetos con mala dentadura o con dentadura artificial a mal funcionamiento, aconsejamos el empleo de los masticadores instrumentales. 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. La carne en general, así como también el caldo común del puchero, provoca una reacción más abundante y más prolongada que la leche y el pan.

Las grasas en general disminuyen la secreción clorhídrica y la motilidad gástrica. 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 reflejo duodenal, por medio del cual a tra-

vés del píloro relajado penetra bilis y jugo pancreático (que lleva carbonato sódico) en el estómago.

Sólo 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 (Zawilski). La leche, la manteca, la crema de leche y el tocino, ejercen igual acción inhibito-depresora sobre la secreción y motilidad gástrica, según los estudios de C. Cohnheim, pero no provocarían como las demás grasas el reflujo duodenal.

Según las experiencias de este fisio-patólogo, las albúminas ingeridas conjuntamente con la grasa son peptonizadas muy lentamente y en forma mucho menos activa que con ausencia de las grasas. Estos hechos me parecen de capital importancia, pues nos explican la perfecta tolerancia que presentan para esos alimentos la mayoría de los ulcerosos que permiten interpretar hasta cierto punto el mecanismo de la influencia tan favorable que ellos ejercen. A estas ventajas reúnen las grasas su gran poder calórico, siendo la isodinamia, comparadas con los hidratos de carbono y albuminoideos, a menos de la mitad del peso.

Los albuminoideos generalmente empleados en

la alimentación estimulan la secreción gástrica, presentando una digestibilidad más o menos igual, aunque no idéntica entre ellos. Así la caseína es más fácilmente digerida que las ovalbúminas o que las albúminas de la carne (sintonina), pero las diferencias son muy pequeñas. Es precisamente basado sobre esta acción, que se ha rechazado durante muchos años, todo el grupo de las albúminas carneas, de la alimentación de los ulcerosos.

La fisiopatología experimental nos demuestra que esta conducta no tiene razón de ser, y la clínica nos revela continuamente cuán injustificado resulta este temor, siempre que se proceda con criterio e individualizando en la composición del menú del enfermo. Veremos más adelante al ocuparnos del régimen de Lehnhartz que las albúminas animales constituyen la base principal de la dietética. Se comprende fácilmente que todas las albúminas de difícil o imposible digestión, ya naturalmente, como la keratina, la amiloidea, etc., o artificialmente por las transformaciones que han experimentado en las manipulaciones culinarias, deben de ser eliminadas del régimen alimenticio. Bickel ha probado que las albúminas en condición de división tan grande como las que se dan a los ulcerosos, provocan realmente escasa secreción gástrica y poseen en cambio en alto grado la propiedad de combinar el HCl libre

del medio gástrico, haciéndolo desaparecer. Iguales ventajas poseen las albúminas vegetales, contenidas por ejemplo en los cereales (maiz, trigo) o leguminosas. La preparación de estas substancias alimenticias no es indiferente, pues si las carnes cocidas o semicrudas o crudas del todo, no perjudican al sujeto, procurando una hipersecreción considerable, lo hacen cuando se les incorpora asadas o muy condimentadas. Nos parece importante insistir sobre este hecho, pues son numerosísimos los especialistas y clínicos que condenan enérgicamente todas las carnes y las albúminas en general y muy particularmente las carnes crudas o poco asadas. Backmann, sostiene estas ideas fundándolas en hechos experimentales, pero nosotros haciéndonos solidarios de las ideas de Lenhartz, no las aceptamos sino para determinados casos.

Los hidratos de carbono, en general, son bien tolerados por los ulcerosos. Se debe el hecho, en gran parte, probablemente, al mecanismo digestivo de los farináceos. La principal parte de esta digestión se realiza en la boca y en el intestino delgado, y está perfectamente demostrado por múltiples experimentadores, que la amilolisis ptialica se prosigue en el estómago más o menos enérgicamente. Ello no implica mayor actividad gástrica, siendo, sobre todo con relación al estómago, un fenómeno

pasivo, sólo interrumpido cuando la concentración iónica ácida alcanza al interior de la masa de quimo, haciendo cesar la acción enzimática amilolítica de la ptialina.

Esto por una parte, y la riqueza relativa en proteínas, de fácil digestión y escasa acción estimulante sobre la secreción gástrica, hace de estas sustancias, factores de gran valor en la dietética de los ulcerosos.

El empirismo, precursor de todos los tratamientos científicos, ya había evidenciado el beneficio de la cura de hidro-carbonados. Las investigaciones realizadas con el propósito de precisar la causa de esta acción benéfica, no han dado resultados concordantes y la cuestión permanece aún enigmática.

Entendemos por hidratos de carbono, principalmente a los farináceos, excluyendo, por cierto, de él a las verduras y legumbres de grandes hojas, así como a la fruta con espesas envolturas celulósicas, las cuales ejercen acción contraria, simplemente como factores de excitación mecánica, y por lo cual deben ser rigurosamente proscriptos. Todos los farináceos bajo forma de sopas con leche o crema o de pastas y las legumbres bajo igual forma, llenan el desideratum como alimentos, pues contienen de por sí hidratos de carbono y albúminas (suministrando gran cantidad de calorías), fácilmente dige-

ribles, 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 (manteca, crema, leche) con todas sus múltiples ventajas.

No hay que creer, sin embargo, que puede aplicarse ésto a todos los enfermos, pues hay más de un ulceroso que no tolera las grasas o los hidratos de carbono, o por ideas preconcebidas o porque realmente sus idiosincrasias se lo impiden. Teniendo en cuenta todas las consideraciones precedentes, puede combinarse fácilmente un menú al cual el enfermo se someterá durante semanas y meses. Este menú deberá fabricarse teniendo en cuenta, como ya dijimos, el desgaste energético de las 24 horas, a fin de calcular a razón de 30 a 35 calorías por kilo. Precizando el número total de calorías necesarias, se determina el minimum albuminoideo, a razón de 0.50 a 0.70 centígramos de albúmina por kilo de peso corporal, cubriendo el resto con hidratos de carbono y grasas.

Repetimos, una vez más, que damos nuestra preferencia entre los cuerpos grasos, a la crema de leche fresca y a la manteca fresca. La leche tiene la ventaja cuando es bien aceptada y tolerada por el enfermo de suministrar junto con las grasas, al-

búminas muy fácilmente digeribles e hidratos de carbono que casi no requieren trabajo digestivo.

Entre los hidratos de carbono empleamos preferentemente el arroz, las harinas de cereales (maíz, trigo), en natura o bajo forma de pastas diversas, las patatas, etc. Entre las proteínas, a los huevos y carnes rojas o blancas muy frescas, crudas o semicrudas. Como ya van proteínas en la leche y en las harinas, no se necesita gran cantidad de ellas.

Es indispensable la reglamentación de las comidas y de las horas para ingerirlas. Lo común son cuatro comidas al día, de las cuales dos muy livianas (por la mañana en ayunas y por la tarde) y dos más consistentes a medio día y a la noche. El volumen de los alimentos tiene capital importancia. La hiperextensión de la pared gástrica por cantidad excesiva de líquidos es, según Tecklenburg, la causa principal que dificulta la cicatrización del defecto de la mucosa. Acompañamos a Fleiner cuando dice que lejos de perjudicar hay que favorecer la peristole, para que el estómago se reduzca a un volumen mínimo en buena contracción, para que, aproximándose los bordes de la úlcera, la cicatrización resulte más fácil.

El reposo absoluto durante algún tiempo des-

pués de las comidas, con aplicaciones termopáticas, parece por demás ventajoso.

Vamos a ocuparnos brevemente de una serie de sustancias o de alimentos, las cuales no siendo eliminadas más o menos radicalmente, exponen a malograr el éxito del tratamiento. Nos referimos a todos los alimentos que natural o artificialmente (por la preparación culinaria, condimentación excesiva, etcétera), son difícilmente digeribles, a todas las sustancias fuertemente picantes o ácidas, pues contribuyen a provocar una secreción intensa y una motilidad excesiva del estómago. Todas las bebidas alcohólicas deben de ser radicalmente proscriptas. Todas ellas ejercen una acción evidentísima sobre la secreción, contribuyendo de este modo a exaltar o entretener uno de los factores que más perjudican al ulceroso y al que debemos de combatir con todos los medios, cual es la hiperclorhidria, y en especial, la hipersecreción digestiva. Cuando el enfermo se encuentra en franca mejoría, puede permitírsele bajo severo control, la ingestión en pequeñas cantidades de cerveza y vinos tintos, debiéndose prohibir durante largo tiempo, aún en las mejores condiciones del enfermo, los vinos blancos y muy particularmente el champagne y otras bebidas espirituosas efervescentes.

El café, bajo cualquiera de sus formas, es alta-

mente nocivo por sus efectos locales sobre el estómago y su acción a distancia, principalmente sobre el sistema nervioso. Iguales inconvenientes que el café verdadero, presentan todos aquellos reemplazantes que circulan en el comercio, bajo forma de café sin cafeína, cafés de bellotas, etc. Cuando mucho podrá permitirse ya al enfermo, cuando se le considere curado y eso en pequeñísima cantidad, mezclado con abundante leche o crema y bajo control severo de sus influencias. Terminamos esta lista de alimentos perjudicadores de los ulcerosos mencionando a los dulces.

Todos los dulces y postres, con almibares espesos y pastelerías ricas ejercen una influencia malfélica sobre los ulcerosos. El determinismo del fenómeno no se conoce bien, pero el hecho empírico indiscutiblemente existe; son muchos los ulcerosos que se quejan de vinagreras, de dolores fuertes en cuanto se les permite ingerir dulces como los mencionados. Entre ellos el de acción menos perjudicial es nuestro clásico dulce de leche, en general no siempre bien tolerado.

Es difícil llegar a explicar el porqué de todos estos hechos, pero ante la imposibilidad de conseguir interpretaciones científicas y satisfactorias, debemos de contentarnos con los hechos empíricos. Esta incongruencia resalta más aún en los casos en

que con mala tolerancia gástrica general, reciben bien los enfermos, soluciones azucaradas, más o menos concentradas, que encerrando un gran poder calórico constituyen un precioso recurso.

Estos elementos fueron puestos en juego a raíz de las experiencias de Strauss en la clínica de Riegel, pero hasta la fecha no se ha conseguido dar una interpretación aceptable del mecanismo de acción. Finalmente, para concluir con este párrafo de la dietética y ocuparnos del tratamiento medicamentoso, deseamos dedicar unas pocas palabras al asunto del cigarro y de los cigarrillos.

La nicotina es un poderoso excitante de la secreción gástrica. Brunton ha demostrado experimentalmente y la observación clínica diaria le da razón, que la influencia nefasta del tabaco sobre los dispepticos en general y los hiperclorhídricos y ulcerosos en particular, se manifiesta con toda evidencia, cuando el enfermo fuma con el estómago vacío o antes de la ingestión de los alimentos. Según Elsner es materialmente imposible hacer desaparecer los trastornos de la hiperacidez mientras el enfermo no renuncie al fumar. Si el vicio fuera tan arraigado hasta el punto de ser imposible la supresión radical, puede consentirse el fumar en pequeña escala después de las comidas. Observando todas las prescripciones dietéticas ya mencionadas,

durante semanas y meses, curan perfectamente los ulcerosos, pero puede acelerarse la cicatrización del ulcus, recurriendo a ciertos medicamentos de verdadero valor. Creo que se debe recurrir a ellos cuando el tratamiento dietético por sí solo resulta insuficiente o cuando se quiere acelerar y abreviar la asistencia del enfermo o cuando lo exijan fenómenos objetivos (espasmos pilóricos, contracciones hiperkinéticas, gastrosucorrea, etc.) o fenómenos subjetivos (dolores grandes, ardores, etc.). Constituyen nuestros cuerpos de predilección la atropina, el bismuto y los antiácidos comunes.

Con la atropina y belladona, se han obtenido resultados óptimos en una serie muy numerosa de casos. Ha sido preconizada con entusiasmo por von Tabora, hace algunos años, después de haberla ensayado en una serie de ulcerosos crónicos, con hipersecreción digestiva o continua y con insuficiencia motriz, obteniendo brillantes resultados. Naturalmente que el régimen dietético era el de úlcera, estricto, al cual añadía la incorporación de sulfato de atropina por vía hipodérmica, en dosis de uno a tres miligramos diarios, durante varias semanas. Presenta el inconveniente la atropina incorporada en esta forma de producir parálisis de la acomodación y sequedad de la boca y de la faringe, con suma frecuencia. Pero estos trastornos, por lo general, son

transitorios y no molestan grandemente al enfermo. Sin embargo, hay sujetos tan sensibles a la atropina, que no toleran más de medio milígramo por vez, siendo así necesario, la repetición de la dosis, varias veces al día. Puede reemplazarse la atropina por la belladona, bajo forma de tintura, de extracto o de polvos, pudiéndose incorporar por vía gástrica o por vía rectal, siendo indispensable, la administración de una dosis elevada a fin de que la cura sea eficaz. Lo mejor es dar el medicamento hasta alcanzar al límite de la tolerancia que se traduce por la sequedad de la boca y de la faringe y la midriasis paralítica.

Bajo la acción de la atropina se obstaculizan las contracciones de la musculatura gástrica, tranquilizándose la hiperkinesia y cesando el espasmo del píloro, como lo ha demostrado Schick. Esta acción no se debe a la parálisis de los ganglios motores automáticos del plexo gástrico de Auerbach, sino a la de las terminaciones del vago, en directa relación con sus ganglios, según Auer y Meltzer. La acción de la atropina sobre el intestino, constituye también un nuevo hecho a favor de la administración de esta substancia en los casos de úlceras con constipación espástica, pues ella origina la relajación del espasmo intestinal y la tranquilidad del mismo.

Empleamos el tratamiento atropínico, en la forma indicada, durante semanas y meses, en aquellos ulcerosos en los cuales la hipersecreción, digestiva o continua, es considerable, y en los que existen trastornos de la motilidad, ya sea como simple insuficiencia motriz o como espasmos pilóricos verdaderos.

En las formas dolorosas de *ulcus*, nos da resultados satisfactorios por lo general, asociándole a veces la codeína, cuando las gastralgias mortifican mucho al enfermo. Con este temperamento jamás hemos tenido que recurrir a otros anodinos, ni a la cocaína, ni al agua cloroformada, etc., que consideramos como cuerpos activos, diferentes, eficaces, pero no exentos de inconvenientes múltiples.

Los preparados bismutados, preconizados por Odier hace más de un siglo como excelente medio para combatir los espasmos gástricos, son de una utilidad muy grande en el tratamiento de los ulcerosos.

Empleamos de preferencia el carbonato al subnitrato de bismuto, por ser aquel menos tóxico. Fué generalizado su empleo en la úlcera gástrica por Kussmaul y Fleiner, quienes recomendaban la introducción en el estómago por medio de la sonda, previo lavaje, de 10 a 20 gramos suspendido en el agua. Este procedimiento ha sido sustituido por

el más sencillo, de ingerir el bismuto en un pequeño vaso de agua caliente o tibia, todas las mañanas en ayunas, aconsejando al enfermo ponerse durante algunos minutos boca arriba y luego boca abajo.

Empleamos el bismuto en la forma indicada, en los casos de úlceras dolorosas, que sangran con facilidad o que no ceden al tratamiento dietético o atropínico.

En las úlceras con hipoclorhidria nos abstemos de su empleo. La influencia benéfica ejercida por el bismuto parece deberse, según las investigaciones de Matthes, ratificadas por numerosos clínicos y experimentadores, a que el bismuto provoca en el estómago una abundante secreción de mucus, mezclándose el bismuto íntimamente con el mucus, constituyendo una especie de capa aisladora de la mucosa y de las ulceraciones.

Con idénticos resultados he empleado en diversas ocasiones la bismutosa, que constituye una combinación de albúmina con bismuto al 21 por ciento.

Ha sido introducida en el tratamiento del úlcus gástrico por Maybaum, Elsner, Stark y otros; es un preparado más agradable para ser ingerido, que el bismuto común, pero tiene el inconveniente del precio elevado que lo hace inaccesible a los recursos de nuestros medios hospitalarios.

Constituye el tratamiento con el bismuto, un recurso de valor indiscutible, en la terapia de la úlcera gástrica, pero fracasa con frecuencia y suele originar trastornos desagradables, de origen tóxico.

Llenando las mismas indicaciones, con ventajas en lo referente a precio e inocuidad sobre el bismuto, propuso Pariser en 1902 reemplazarlo por una mezcla de creta blanca preparada y talco veneciano en partes iguales, con la mitad de magnesia calcinada. De esta mezcla da Pariser una cucharada de té o de postre en medio vaso de agua dos o tres veces al día después de las comidas. Esta preparación que puede emplearse sin inconveniente durante semanas y meses, reúne la doble ventaja de actuar como antiácida y como laxante, sirviendo de esta suerte para combatir en los ulcerosos dos de los fenómenos más frecuentes y molestos, cuales son los ardores y la constipación.

Por su mecanismo de acción constituyen un puente de unión entre el bismuto por una parte y el grupo de los alcalinos y antiácidos por otra parte.

Los empleamos con óptimo resultado en todos los casos con gastralgias violentas, con pirosis intensas y con constipación más o menos tenaz.

Igualmente útil nos resulta la combinación de la magnesia calcinada con el bismuto, en partes iguales y en dosis elevadas (por cucharadas de té o

de postre), repetidas 2 o 3 veces al día en agua, después de la ingestión de alimentos.

Muy pocas veces hemos recurrido a los clásicos alcalinos cuyo prototipo lo constituye el bicarbonato sódico. Cuando lo hemos empleado, lo hicimos asociándolo a la belladona y a la magnesia, pero rara vez hemos recurrido a él, pues con los preparados ya estudiados, hemos salido siempre del paso.

Antes de abandonar este capítulo sobre tratamiento medicamentoso, es conveniente mencionar algunos cuerpos que han sido preconizados con mayor o menor entusiasmo, de los cuales no se ha visto nada de particular, pero sobre los cuales no se ha emitido juicio definitivo por la reducida experiencia personal que de su empleo se tiene. Nos referimos al nitrato argéntico preconizado por Gerhardt hace casi treinta años, a la cura con ferruginosos recomendada por Edwald, al empleo del sesquicloruro férrico aconsejado por Bourget, al agua oxigenada utilizada por Petri, a la escalina de Klemperer, al neutalon y finalmente al suero de caballo.

Vamos a ocuparnos un instante sobre un fenómeno muy frecuente en la úlcera de estómago, cual es el espasmo pilórico, bajo el punto de vista terapéutico. En general, se consigue dominar el fenómeno con el tratamiento dietético severo, los lava-

jes diarios de estómago con soluciones alcalinas y la medicación atropínica en la forma recomendada por Von Tabora, pero a veces habiendo fracasado con este último medicamento se ha tenido que recurrir a la óleoterapia en la forma creada por P. Conheim. El paciente debe ingerir varias veces al día aceite de olivas o almendras, en dosis de dos o tres cucharadas de sopa cada vez, medicación que debe sostenerse durante algún tiempo, después de vencido el espasmo. Este cede, en general, muy rápidamente. El determinismo de esta acción es el ya estudiado al analizar la influencia de las sustancias grasas sobre la motilidad y secreción gástrica.

Tiene el inconveniente la óleoterapia de ser muy mal aceptada por muchos enfermos, en cuyos casos hemos vertido por la sonda gástrica el aceite, después de haber lavado a blanco el estómago con agua alcalinizada.

Abordando ahora el estudio del tratamiento médico de la úlcera complicada, debemos manifestar que incluimos bajo el epíteto de complicaciones, a las hemorragias profundas, sea bajo forma de hemátémesis o de enterorragias, a la estenosis pilórica por cicatrización del ulcus, al estómago biliar, a la perigastritis, a la perforación, a los ab-

cesos de vecindad, a la úlcera callosa y a la úlcera degenerada (carcinomatosa).

Consideramos a las hemorragias profusas complicando al ulcus gástrico como patrimonio casi exclusivo del tratamiento médico. Empleamos sistemáticamente en estos casos la dieta de Lenhartz. Se comienza a alimentar al enfermo de úlcera a las pocas horas de la hematómesis, siguiendo en ello a Lenhartz; a la hora o dos se le puede dar leche helada sola o con huevos deluídos, por cucharadas de sopa; al 3º o 4º día, se agrega azucar (unos 20 a 30 gramos) a la leche y a los huevos. La cantidad de leche del primer día de la hematómesis debe de ser de 200 gramos, aumentándose 100 gramos al día, hasta alcanzar mil gramos que se mantendrán hasta el final del tratamiento.

El primer día se hace ingerir al enfermo dos huevos, aumentándose uno al día hasta que llegue a tomar ocho en las 24 horas, cantidad que no debe de excederse. Al 5º o 6º día de la hematómesis, puede empezarse con carne picada y al principio de la segunda semana con jamón crudo.

De este modo se aumenta rápidamente la alimentación, pues empezando el primer día con unas 300 calorías, se llega a 3000 calorías entre el 10º y 14º día.

Aplicando el temperamento aconsejado por Le-

nhartz, nunca se ha visto inconveniente de ninguna especie, pero no todos los clínicos que emplean sistemáticamente este régimen, siguen a Lenhartz en lo de la alimentación tan precoz después de la hematómesis, esperando la mayoría de ellos que pasen las 24 o 48 horas de la hematómesis para recién instituirle. Junto con lo que se hace ingerir carne al enfermo, se le permite comer bizcochos con manteca y arroz con leche, en cantidades pequeñas al principio, pero luego rápidamente crecientes.

Lenhartz ha proyectado un cuadro que puede servir de tipo general y de base para instituir el tratamiento, pero él mismo declara que no es posible esquematizar la dietética del *ulcus gástrico* y que el cuadro por él construido sólo debe servir en sus líneas generales, siendo absolutamente indispensable individualizar en el tratamiento en cada caso, quedando esta individualización a criterio del clínico, el cual deberá modificar, suprimir o agregar alimentos en cada caso particular.

Adjuntamos el cuadro de la dietética construido por Lenhartz. La cantidad de leche es siempre reducida al principio; se aumenta lentamente, procediendo con cautela y sin jamás exceder de un litro, para evitar la distensión del estómago. Lenhartz da gran importancia a este último hecho, pues lo

Régimen de Lenhartz para la úlcera gástrica

DIAS CONTADOS A PARTIR DE LA ULTIMA HEMATEMESIS														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
								4 mezclados con leche 4 pasados por agua						
Huevos	2	3	4	5	6	7	8	8	8	8	8	8	8	8
Azúcar (con leche) ..	—	—	20 grs.	20	30	30	40	40	50	50	50	50	50	50
Leche (helada y por cucharadas)	200	300	400	500	600	700	800	900	1000	1000	1000	1000	1000	1000
Carne cruda (picada).	—	—	—	—	—	2 veces 35	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	2 veces 50 grs.
Arroz con leche	—	—	—	—	—	100 grs.	200	200	300	300	400	400	400	400
Bizcochos	—	—	—	—	—	—	—	20	40	40	60	60	80	100
Jamón crudo	—	—	—	—	—	—	—	grs.	50	50	50	50	50	50
Manteca	—	—	—	—	—	—	—	20 grs.	20	40	40	40	50	60
Número de calorías (aproximado)	280	280	420	650	800	1000	1000	1800	2200	2500	3000	3100	3100	3200

consideramos cómo la causa principal de las hemorragias y de la curación retardada. Si una vez iniciada la cura se producen nuevas hemorragias, no se debe interrumpir la dieta, sino continuarla.

En caso de que el pulso fuera muy pequeño, frecuente e inquietante, se recurre a las hipodermocclisis de suero fisiológico o glucosado.

Al empezar la segunda semana, se hace ingerir manteca en pequeña cantidad, alimento excelente sobre cuyas múltiples ventajas ya insistimos en otro lugar.

Los enfermos deben guardar cama por lo menos durante las primeras tres semanas y en ciertos pocos casos es conveniente prolongar la estadía en cama una o dos semanas más. Durante todo este tiempo, conservará una bolsa de hielo sobre el epigastrio. Según Lenhartz, la acción del hielo es más eficaz que el calor excesivo recomendado por Leube, el cual presta servicios muy grandes en las úlceras crónicas. Según Lenhartz, es necesario suministrar al enfermo un número tal de calorías, que alcancen para satisfacer las necesidades de un intercambio moderado y, sobre todo, evitar una alimentación insuficiente.

El peso de los enfermos tratados en esta forma, aumenta rápidamente, siendo frecuente el ver aumentos de 4, 6 8 y hasta de más kilos en la

quincena o veintena de días que dura la cura. Del mismo modo que el peso, se ve bajo este tratamiento elevarse el porcentaje de hemoglobina y la cantidad de glóbulos rojos. Con esta dieta se pasan días y días (5, 10 y 15) sin que se produzcan deposiciones. Esta constipación pasajera tiene la ventaja de dejar reposar el tractus intestinal y de permitir la reabsorción de los detritus de la sangre que así son aprovechados.

La sangre se transforma en el estómago en una masa parduzca, por el desdoblamiento de la hemoglobina y oxihemoglobina en hematina y albúmina; la hematina, insoluble en el estómago, se disuelve al llegar al intestino y luego sufre transformaciones mal conocidas; lo que se sabe es que el hierro se separa de la molécula de hematina y que es posible encontrarlo en las células del revestimiento duodenal; el grupo albuminóideo es peptonizado en el estómago, desdoblado en el intestino, a través de polipépticos hasta los amido-ácidos, bajo cuya forma es absorbido.

Se ha incriminado a la dieta de Lenhartz, de propender a las recidivas de hemorragias, pero esta incriminación parece ser completamente inexacta. Es este tratamiento el de nuestra predilección en todas las úlceras hemorrágicas, a menos de no tratarse de formas recidivantes y rebeldes al trata-

miento. Los resultados clínicos con este procedimiento han sido tan favorables que su empleo, se ha generalizado en todas las clínicas alemanas, desplazando los clásicos métodos anteriores, y en especial, a la cura de Leube, tan en boga durante varios lustros.

Lenhartz, al crear su régimen, ha partido de la base de dar el máximo de alimentación, con el menor recargo de trabajo posible sobre el estómago, dejándolo en reposo relativo el mayor tiempo posible, sin distenderlo, ni excitarlo, química, térmica o mecánicamente.

Las hemorragias graves en la úlcera gástrica ceden, por lo general, al tratamiento interno. Según Payr, uno de los cirujanos alemanes más competentes sobre la cuestión, considera que las hemorragias graves se detienen en el 93 a 97 por ciento de los casos con el tratamiento médico. Sin embargo, si ellas no cedieran a este tratamiento, constituyen, en nuestro concepto, una de las indicaciones del tratamiento quirúrgico y de las más ingratas por cierto. La estenosis originada en el píloro por una cicatrización de úlcera, no es accesible al tratamiento médico y pertenece por completo al dominio de la cirugía. Por lo que se refiere al estómago bilocular, no puede darse una regla precisa, pues existen diversas formas clínicas de este

proceso. Según Faulhaber, que es quien se ha ocupado de estudiar el asunto más minuciosamente en los últimos años, la úlcera gástrica profunda, puede engendrar tres tipos distintos de estómago bilocular : un primer tipo, puramente orgánico, por cicatriz retráctil de la úlcera o por la perigastritis concomitante o por ambos procesos a la vez ; un segundo tipo, puramente funcional, por contracción muscular tetánica localizada a la región ulcerosa, y un tercer tipo, mixto, en el cual participan estenosis orgánicas de poca importancia y contracciones tetánicas intensas.

Estos tres tipos son de estómagos biloculares persistentes a los rayos X y su diagnóstico diferencial es, según Faulhaber, muy sencillo por la radioscopia. Las formas con fenómenos dinámicos, aún asociados a las lesiones orgánicas discretas, son perfectamente accesibles al tratamiento médico, dietético y medicamentoso, anteriormente expuesto.

El doctor Mariano Castex tuvo oportunidad de estudiar en el otoño de 1915, un caso de esta naturaleza en su servicio del Hospital Durand. Se trataba de un ruso, enviado por el colega doctor Wolkovich, de Entre Ríos, con síndrome de un ulcus gástrico, ruidoso y rebelde.

El diagnóstico pudo ser afirmativo en ese caso y el examen radioscópico reveló un estómago bilo-

cular del segundo tipo de Faulhaber. Con el régimen dietético y una cura atropínica intensiva, desaparecieron los fenómenos subjetivos y objetivos y el enfermo sintióse curado a las seis semanas de iniciado el tratamiento. Schlesinger, Gerhardt y Nonnenbrich, habiendo obtenido resultados muy satisfactorios en casos similares, se declaran conservadores ante enfermos de esa naturaleza. Las demás formas de estómago bilocular, respondiendo a lesiones orgánicas, entran casi por completo dentro del dominio quirúrgico. Digo casi, pues una gran parte de los síntomas subjetivos de esos casos son susceptibles de atenuarse considerablemente y hasta de desaparecer con el tratamiento médico, lo cual implica, que aún persistiendo las alteraciones morfológicas, el sujeto puede ser poco o nada molestado por su lesión, lo cual equivale a decir, que resulta hasta cierto punto inútil el tratamiento quirúrgico (con peligros indiscutibles y resultados problemáticos) en esas circunstancias. Para los casos rebeldes al tratamiento médico no queda más recurso que el tratamiento quirúrgico, bajo forma de gastroanastomosis, de resección, de gastroenteroanastomosis, etc. La experiencia bastante grande de Eisselsberg, lo hace preconizar la gastroenteroanastomosis, que es fácil hacer en la mayoría de los casos.

A iguales resultados ha llegado Veyrassat, con una estadística de 73 casos tratados en esta forma.

La perigastritis es, por lo general, invulnerable al tratamiento médico. Con frecuencia suelen mejorar subjetiva y objetivamente los ulcerosos con perigastritis, bajo el tratamiento médico, pero en estos casos los trastornos no se deben a la perigastritis, sino a la úlcera misma, por lo general callosa y perforante. Estos estados no ceden al tratamiento médico y son patrimonio de la cirugía, la cual se limitará a la gastroenteroanastomosis o se extenderá a una excisión con gastrolisis concomitante, según se presente la víscera una vez hecha la laparotomía exploradora.

Muchos de estos casos, mejoran poco con la simple gastroenteroanastomosis, siendo necesaria la excisión o exclusión del ulcus y la deliberación de las adherencias gástricas.

La perforación de la úlcera implica un solo tratamiento racional; el quirúrgico, que será tan precoz cuanto posible, pues las probabilidades de éxito dependen principalmente de la precocidad con que se haya procedido a intervenir quirúrgicamente. De igual modo, la perigastritis flegmonosa y los abscesos de vecindad por ulcus, sólo son susceptibles de ser tratados quirúrgicamente.

La úlcera callosa suele ser vulnerable al tra-

tamiento médico ; éste debe ser dietético y medicamentoso intensivo ; sólo en caso de fracasos reiterados en ensayos diversos, debe pasarse al tratamiento quirúrgico, el cual será de simple derivación, con o sin exclusión, con o sin excisión, según los casos y lo que opina el cirujano una vez explorada la región. La úlcera carcinomatosa, no tiene más que un sólo tratamiento racional y es el operatorio, resecando todo lo que sea posible.

¿ Cuándo debe o puede considerarse curada una úlcera gástrica ?

Cuando desaparezcan todos los síntomas subjetivos y objetivos de la afección. Entre los fenómenos subjetivos el que tiene mayor valor, en nuestro concepto, es el dolor ; cuando éste desaparece, aún después de volver a un régimen alimenticio liberal, que no llena los requisitos anteriormente mencionados, constituye esa cesación algésica un buen elemento de criterio a favor de la curación del proceso. Tiene también valor, aunque para nosotros mucho menor, el dolor a la palpación y presión del epigastrio, pues puede verse en sujetos sin ulcus, neurópatas frecuentemente, o en ulcerosos cuyo proceso ha cicatrizado, pero habiendo dejado adherencias con los órganos circunvecinos o procesos perigastríticos más o menos extensos.

Creemos de escaso valor clínico la apreciación

instrumental de este dolor epigástrico, como aconsejan hacerlo algunos especialistas alemanes (Boas) y franceses (Roux).

Un ulceroso con reacciones positivas de sangre oculta en las heces investigada por medio de las reacciones catalíticas corrientes (guayaco, aloina, bencidina, Meyer, etc.) no se debe considerar jamás como curado.

Es natural, y ello se sobreentiende, que para dar valor a las reacciones deben de haberse llenado todos los requisitos, o sea haber suprimido de la alimentación las carnes, conteniendo hemoglobina, y las legumbres y verduras que contengan clorófila, pues ambas sustancias, muy próximas desde el punto de vista químico, encerrando en su constitución el anillo pirrólico, son capaces de dar las reacciones características con los cuerpos ya mencionados.

En los casos de *ulcus hemorrhagicus*, debidamente tratados en las condiciones ya detalladas, la presencia prolongada de sangre en las materias fecales, hará pensar en la posibilidad de una degeneración epiteliomatosa o en la invulnerabilidad del proceso al tratamiento médico. El plazo máximo para que desaparezca la positividad de estas reacciones, oscila entre tres y seis semanas.

Creemos que con este tratamiento curan y hemos visto curar gran número de úlceras; tanto ma-

yores son las probabilidades de éxito cuanto más precozmente se instituye el tratamiento. En algunos casos el resultado benéfico del tratamiento médico, dietético y medicamentoso, no se hace esperar, aparece inmediatamente de instituido el tratamiento racional, resultado que persiste o que puede persistir indefinidamente; esto lo hemos visto principalmente en casos de úlceras hemorrágicas tratadas con el régimen de Lenhartz. En otros casos, el efecto del tratamiento tarda en pronunciarse, pero hecha la aparición mediata de los beneficios, ellos pueden sostenerse definitivamente. Hay casos en los cuales el sujeto, conservándose en la dieta prescrita, ve aparecer nuevamente las manifestaciones del mal, el cual cede total o parcialmente, temporarily o definitivamente, a una nueva cura dietético-medicamentosa, más severa, más enérgica y más prolongada que la anterior. Finalmente, hay casos que no obedecen en ninguna forma a la dietética, ni a la medicación. Tanto estas formas clínicas cuanto las recidivantes entran dentro del dominio de la cirugía.

Y con esto entramos al capítulo final de nuestra exposición en lo referente al tratamiento de la úlcera de estómago, o sea a las indicaciones operatorias de la misma. Conceptuamos indicado el tratamiento quirúrgico en aquellas úlceras simples de

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. Consideramos igualmente indicado el tratamiento quirúrgico en aquellos ulcerosos no complicados, que demuestran una invulnerabilidad más o menos grande, a la medicación y a la dietética ya estudiada.

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, creemos que, a menos de no poder ser recluido prolongadamente el enfermo en una clínica hospitalaria en la cual se le someta a una cura bien hecha y sostenida, debe de pensarse en la intervención quirúrgica.

Excepción hecha de las hemorragias profusas que, como ya dijimos, son en general vulnerables a la dietética y a la medicación, y que sólo excepcionalmente exigen la intervención quirúrgica inmediata, todas las demás complicaciones de la úlcera de estómago deben de ser tratadas quirúrgicamente; la intervención operatoria es el único tratamiento racional de las estenosis pilóricas orgánicas, del estómago bilocular orgánico o mixto: orgánico funcional (que no ha cedido a la medicación), de la

úlceras perforadas, de los abscesos de origen ulceroso, de la úlcera callosa, de la perigastritis y de la úlcera carcinomatosa. Aunque no es nuestra intención abordar el tema de los procedimientos operatorios, deseamos, sin embargo, hacer unas breves consideraciones al respecto.

La gastroenteroanastomosis (posterior, siempre que ella es posible), ha sido durante muchos años, la exclusiva operación que se practicaba en las úlceras gástricas, y yo he visto, no uno, ni dos, sino un número elevado de ulcerosos, curar después de la gastroenteroanastomosis.

En los últimos años se ha pretendido desvirtuar a la operación tal cual, mientras no se le asocie la exclusión o excisión del píloro, objetando que sin esta medida, era completamente inútil la apertura de la nueva boca, pues no cerrado el píloro o excluido por completo, no funcionaba la nueva boca y la operación resultaba inútil. Hemos visto curar úlceras después de la simple gastroenterostomía; los hemos visto con su nueva boca funcionando perfectamente, con una estenosis ligera de píloro y aún sin ella. Otras veces hemos visto que practicada la nueva boca, y entreabierto el píloro, no ha funcionado la nueva apertura y el cuadro clínico no se ha modificado en lo más mínimo.

Creemos por tanto que no se puede ser siste-

matizado en ese sentido, condenando la gastroenteroanastomosis simple, sin excisión o exclusión del píloro. Parécenos que el procedimiento operatorio recién debe elegirse una vez explorada toda la región y después de haberse dado cuenta exacta de todas las alteraciones existentes.

La gastroenteroanastomosis sencilla o completada con una excisión del ulcus o con una exclusión de píloro, pueden todas ellas conducir a la mejoría y hasta a la curación definitiva del enfermo, pero también pueden ellas no modificar la situación preoperatoria o modificarla temporariamente por la recidiva de los trastornos ulcerosos o por la aparición de una nueva úlcera en un punto cualquiera de la mucosa gástrica o en el punto de la cicatriz operatoria, o en el yeyuno y hasta aún más lejos.

Esto significa, que con el haber practicado la operación, no puede ni debe de abandonarse el enfermo, diciéndole que está curado y libre de su dolencia a perpetuidad. Lejos de eso, es necesario convencerlo que con la intervención se ha hecho un paso grande a su favor, pero que no es tan solo necesario, sino absolutamente indispensable, que se someta después de terminado el acto operatorio, a un tratamiento médico : dietético y medicamentoso, bien llevado. Es de rigor hacer la pro-

filaxis postoperatoria del ulcus, pues de lo contrario se expone a perder todos los múltiples beneficios que puede proporcionar la intervención quirúrgica. Esta profilaxis postoperatoria, puede en general ser exclusivamente de naturaleza dietética, prescindiéndose de los medicamentos, y aquí, como también para el ulcus simple no complicado, conviene recordar las palabras que dijera Brinton, hace más de cincuenta años : « No hay la menor duda de que muchos casos—hasta me animaría a decir que la mayoría—de úlceras gástricas, curan perfectamente, observando una dieta adecuada, severa y sistematizada, durante largo tiempo, con prescindencia completa de los medicamentos ».

El tratamiento postoperatorio, debe perseguir dos fines : la cicatrización completa del ulcus que ha provocado la intervención y la profilaxis de nuevas úlceras gástricas. Para lograr estos fines es indispensable tratar al operado como si no lo hubiera sido y que se tratara de una úlcera común, o sea con el reposo, las aplicaciones calientes y el régimen dietético, que estudiamos anteriormente. Este tratamiento debe prolongarse por espacio de seis meses después de la operación para poder obtenerse del tratamiento quirúrgico todo cuanto él es capaz de dar.

En síntesis y para terminar con todo lo refe-

rente al *ulcus* gástrico, diré que el tratamiento ideal y exclusivo de la úlcera simple, no complicada, es el médico : dietético-medicamentoso, con el cual puede curar perfectamente el defecto de la pared gástrica. En las formas complicadas, puede ser indispensable el auxilio de la cirugía, pero si se recurre a ésta sin tener presente las consideraciones hechas anteriormente, no se beneficiará al enfermo o sólo se le beneficiará a medias. En las formas complicadas de úlceras, deben hermanarse los dos tratamientos, el quirúrgico y el médico ; sometidos los enfermos a uno de estos tratamientos aisladamente, conseguirán poco o nada ; en cambio sometidos a ambos tratamientos, debidamente aplicados, mejorarán o curarán radicalmente, siendo raro, aunque posible, que tratados en esta forma, los enfermos no se alivien, pues hay también úlceras gástricas invulnerables a toda clase de tratamientos.

A. R. Andersen dice en una interesante monografía : se admite muy generalmente en la hora actual, que la úlcera no complicada debe ser operada cuando el dolor no desaparece bajo la influencia de un tratamiento médico apropiado o cuando la úlcera, volviéndose crónica, se manifiesta por exacerbaciones dolorosas ; en cuanto a la úlcera complicada, las hemorragias profusas, la perforación, las estenosis constituyen otras tantas indicaciones ope-

ratorias. La gastroenterostomía no es considerada más como una panacea; actuando por el reflujo los jugos intestinales alcalinos en el estómago, la desaparición del espasmo pilórico, su eficacia, aunque cierta, no es más que temporaria; los alimentos vuelven a pasar por el píloro y los síntomas de úlcera reaparecen. Estas solas consideraciones deben hacer admitir que la verdadera conducta a tener, en presencia de una úlcera gástrica que conviene operar, es la excisión seguida de gastroenterostomía posterior. Ni la excisión simple, ni la gastroenterostomía solas, dan la misma certeza de curación.

Permanece la cuestión de la gravedad de la excisión. Basándose sobre las cifras suministradas por Herrich, Lockwood, Mayo, etc., se concluye que la mortalidad inmediata es probablemente, en casos de excisión superior de 2 a 5 por ciento, a los resultados obtenidos con la sola gastroenterostomía. Pero es necesario fijarse en la mortalidad y en los resultados tardíos; es necesario considerar, en efecto, que 40 por ciento de los casos no habiendo sufrido más que una gastroenterostomía tienen recidivas y deben ser reoperadas a riesgo de una complicación; entre éstas, el desarrollo de un cáncer sobre la cicatriz de la úlcera, sobreviniendo, por cierto, en un 70 a 78 por ciento de los

casos, nos coloca de una manera indiscutible en favor de la operación radical.

El profesor doctor E. Finocchietto, en una interesante comunicación presentada a la Sociedad Médica Argentina al respecto, dice : el tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago lo constituye de una manera general, digámoslo desde ya, la gastroenteroanastomosis.

La operación, cuando se la realiza en buenas condiciones, ofrece poca gravedad y sus resultados son de lo más satisfactorios.

La mortalidad operatoria puede calcularse alrededor de 5 por ciento, considerando la totalidad de los casos, siendo sensiblemente menor para los casos no complicados sometidos al tratamiento en un período poco avanzado de la enfermedad.

La precocidad del diagnóstico y de la indicación operatoria, al mismo tiempo que la perfección de la técnica, deben reducir el número de los malos resultados. En cuanto a los resultados terapéuticos, de un 70 a un 80 por ciento de los enfermos sometidos al tratamiento quirúrgico, queda completamente curado después de la operación.

La desaparición de los síntomas, sobre todo del dolor, es habitualmente inmediata ; los enfermos de esta categoría siguen un régimen de vida común, sin limitaciones apreciables. Por lo general, experi-

mentan una mejoría sorprendente del estado general, durante algunos meses que siguen a la operación y que se manifiesta por el aumento considerable del peso del enfermo; después de un período variable, el peso vuelve a descender para mantenerse en el límite normal, sin que esta disminución venga acompañada de otros síntomas del aparato digestivo. Otros enfermos (15 o 20 por ciento), experimentan tan solo una mejoría con persistencia de algunos síntomas que requieren durante largo tiempo ser sometidos a un régimen dietético severo y un tratamiento medicamentoso regularmente continuado. La persistencia de los síntomas, o más bien, su reincidencia, se observa en una proporción que varía de 5 a 8 por ciento.

Para evitar en ciertos límites estos malos resultados, el cirujano deberá tener presente que la gastroenterostomía no es una operación anodina, que además de constituir una comunicación anormal entre dos puntos del canal gastrointestinal que habitualmente no se continúan directamente, ella ocasiona cambios en el quimismo gástrico que tienen una gran importancia. Por consiguiente, si se realiza la operación en circunstancias en que ella no esté precisamente indicada, los enfermos quedarán en peores condiciones que antes, si es que el acto

quirúrgico no es seguido de consecuencias más desagradables.

En presencia pues, de un enfermo con sintomatología de úlcera y principalmente si esa sintomatología es incompleta, se pensará en las enfermedades que puedan ser causa de error. A esta misma asociación se han presentado casos curados con tratamiento específico y que presentaban una sintomatología gástrica dolorosa, que hacía sospechar en la presencia de una úlcera.

En casos de hematómesis habrá que pensar en que el síntoma puede presentarse en un cirrótico o ser la consecuencia de estados tóxicos generales o locales. Del mismo modo en caso de hemorragia por el recto, será necesario hacer un prolijo examen sigmoidoscópico de preferencia y sin excluir los exámenes biológicos. En una enferma hemos visto coincidir las hemorragias de punto de partida sigmoideorectal, con trastornos dolorosos del epigastrio durante los períodos digestivos; los dolores gástricos eran debidos a adherencias entre el epiplón y los órganos genitales y desaparecieron con la operación apropiada. En otro caso los trastornos gástricos eran debidos a la presencia de una acodadura en la terminación del ileón.

Si, en otras circunstancias, se comprobara la existencia de apendicitis, pericolitis membranosa,

ptosis viscerales, acodaduras del ileón, litiasis biliar, etc., se tratarán estas lesiones y en ausencia de úlcera no se hará la gastroenterostomía, a menos de otra indicación especial. Errores de técnica y una mala elección del sitio de implantación de la nueva boca pueden ser causa de su mal funcionamiento y de la inutilidad del resultado final. Fuera de estas circunstancias en que el error debe evitarse, el mal resultado puede ser debido al desarrollo ulterior de una úlcera en el sitio de la anastomosis; la úlcera péptica yeyunal o gastroyeyunal.

Esta consecuencia desagradable de la gastroenteroanastomosis se presenta en 2 o 3 por ciento de los casos operados y los perfeccionamientos modernos de la técnica no han logrado todavía eliminar esta complicación, que se ha observado después de todas las formas de anastomosis con los procedimientos habituales. Se ha atribuido a varias causas la producción de estas úlceras postoperatorias, y la observación de esos hechos, ha influido poderosamente en la elección de los procedimientos operatorios. Desde luego, los procedimientos de gastro-yeyunostomía por implantaciones, han sido casi totalmente eliminados en el tratamiento de las úlceras, porque impidiendo el paso de la bilis al estómago y, por consiguiente, la neutralización del contenido ácido del estómago, la herida operato-

ria y unos cuantos centímetros del yeyuno, se hallan continuamente expuestos a la acción irritante de esos jugos.

Han sido también imputados, el uso de clamps durante la operación, el empleo de botones anastomóticos, la imperfecta coaptación de los bordes de las mucosas, o su constricción excesiva por el hilo de las suturas.

Pero, la úlcera péptica ha aparecido a consecuencia de operaciones en las que no había intervenido ninguna de esas causas enumeradas.

Ultimamente, W. J. Mayo ha insistido en que la úlcera péptica tiene por causa más frecuente la presencia de los hilos no reabsorbibles con los que se hacen las suturas. Ha podido observar en una serie de casos reoperados, que esos hilos se hallaban todavía presentes al nivel de la anastomosis y en vía de eliminación hacia la luz intestinal, a pesar de haber transcurrido hasta tres años en un caso desde la primera operación.

Estas observaciones tienen gran importancia. En primer lugar, porque entre las causas invocadas capaces de producir la úlcera péptica, es la que con más frecuencia interviene cualquiera que sea el procedimiento empleado, y su manera de actuar persistentemente, produce irritaciones en la re-

gión operada que la predispone para que se establezca allí la lesión ulcerosa.

Por último, es lógico suponer, entonces, que con el uso de hilos reabsorbibles debe disminuirse la presencia de complicación tan enojosa ; si los hechos confirmaran estas previsiones, con ese solo detalle de técnica se habrá conseguido un progreso considerable en el tratamiento quirúrgico de las úlceras.

La cuestión de las exclusiones, pilórica o duodenal, ha interesado vivamente a los cirujanos en estos últimos tiempos. La observación de algunos resultados incompletos obtenidos después de gastroenterostomía simple, indujo a buscar el medio de mejorarlos. Ya dijimos que en 1892, Doyen fué el primero en aconsejar la oclusión completa o incompleta del píloro con el objeto de evitar que el contenido irritante del estómago continuara actuando sobre la úlcera y retardara la cicatrización. El mismo cirujano se proponía por ese medio mejorar el funcionamiento de la nueva boca, fundándose en la observación que los gastroenterostomizados después de la pilorectomía no tenían regurgitaciones biliosas que algunas veces se observaban después de gastroenterostomía simple.

Durante varios años las ideas en favor de la exclusión del píloro se abrían camino muy lenta-

mente, a pesar que en 1895 V. Eiselsberg la propone nuevamente para el tratamiento de los grandes tumores u otras lesiones inextirpables de la región pilórica. Las experiencias emprendidas por Kelling en 1900 y más tarde por Cannon y Blake, Legget y Maury y posteriormente por Delbet, etc., tuvieron al parecer una influencia más decisiva y poco a poco fué infiltrándose en el ánimo de ciertos cirujanos la idea de que la gastroenterostomía llenaba deficientemente las funciones de drenaje estomacal; que las contracciones de este órgano impulsaban constantemente hacia el píloro su contenido de tal modo que persistiendo el píloro permeable el funcionamiento de la nueva boca sólo se ponía en juego mientras persistía el espasmo, pero que una vez desaparecido éste, la gastroenterostomía tendía naturalmente a cerrarse por retracción cicatricial a consecuencia de la falta de función. Otros argumentos sacados de la observación radiológica de los enfermos operados parecieron confirmar esas ideas y se manifiesta en el mundo quirúrgico un importante movimiento en favor de la exclusión, cuyos resultados inmediatos más apreciables son: el conocimiento del valor experimental y clínico de innumerables procedimientos operatorios con los que se ha enriquecido la técnica, y sobre todo, un mayor perfeccionamiento en la técnica de la gastroenteros-

tomía, cuya ejecución se precisa en todos sus detalles. Porque, en realidad, examinando los hechos con criterio imparcial, la experimentación menciona el examen radiológico de los operados y el análisis cuidadoso de los resultados post-operatorios, no permiten por el momento emitir juicio en favor de las exclusiones erigido en tratamiento sistemático para las úlceras de la región pilórica. Desde luego, las experiencias hechas por los autores aludidos han sido realizadas en condiciones muy desemejantes a la clínica. Hartmann en un trabajo reciente llama justamente la atención de que debido a la configuración especial del estómago del perro, las bocas se han establecido casi siempre cerca del fundus en lugar de hacerlo al nivel del antro; y en experiencias de contralor realizadas con Metivet pudo llegar a conclusiones contrarias a las enunciadas, colocando la boca en el sitio de elección.

Hay que hacer notar también, que aquellos autores se han colocado en circunstancias anormales; ya sea, introduciendo cuerpos extraños al nivel de la nueva boca, o bien, eligiendo para la anastomosis porciones de intestino que no son las comúnmente empleadas o realizando operaciones que bien poca semejanza tienen con la gastroenterostomía. No es posible, pues, deducir nada útil de esas experiencias; tanto más, si se tiene en cuenta que

han sido hechas sobre órganos normales, de espesor y musculatura considerables, que afectan una disposición muy diferente a la de la especie humana debido a la estación propia a esos animales, en los cuales, por otra parte, los órganos del abdomen no han completado su rotación, como ha sucedido en el hombre.

El examen radiológico hecho con los perfeccionamientos actuales, permite asegurar que la nueva boca funciona regularmente aún en los casos de píloro permeable. La aseveración de que la boca de anastomosis tiende normalmente a cerrarse por falta de función, no puede sostenerse por más tiempo.

En enfermos reoperados, ha podido comprobarse su perfecta permeabilidad aun cuando el píloro permanece abierto; y en otros casos, Gerster y Lund separadamente encontraron la boca anastomótica cerrada a pesar de estar obliterado el píloro. Por último, la exclusión del píloro si bien constituye un obstáculo al pasaje de los jugos estomacales, no por eso impide que en ciertas circunstancias la úlcera continúe evolucionando y aunque sea el punto de partida de complicaciones post-operatorias; Jonnesco y otros, han visto aparecer hemorragias mortales, y Bier la perforación de la úlcera a las tres semanas de hecha la exclusión. Estos hechos contradictorios prueban que hay todavía ciertas du-

das con respecto al mecanismo de curación de las úlceras, bien explicables por cierto, si se considera que sólo podemos hacer congeturas en lo referente a la etiología de las lesiones. Otro tanto sucede cuando se trata de investigar el momento de acción de la gastroenterostomía.

La mayoría de los cirujanos piensa que ella actúa facilitando el drenaje del estómago. Pero es difícil explicar por este mecanismo la curación de las úlceras situadas a un nivel más alto que la nueva boca; por otra parte, el examen radiológico sistemático de los gastroenterostomizados, prueba que el vaciamiento del estómago no se halla acelerado después de la operación. La acción derivativa de la gastroenterostomía es innegable cuando existe en el píloro un obstáculo orgánico o por espasmo; en este último caso, su efecto puede ser intermitente, constituyendo una verdadera válvula de seguridad para el estómago. Pero las comprobaciones hechas por Carle y Fantino y por Neuhans de que la presencia de bilis es constante después de gastroenterostomía, induce a atribuir un papel muy importante a su acción neutralizadora.

Según esta manera de pensar, la gastroenterostomía es una operación fisiológica. Paterson, que en la actualidad ha hecho comprobaciones análogas, atribuye los principales efectos de la operación a

la presencia de la bilis en el estómago, que trae como consecuencia una disminución de la acidez total, atribuible a su vez a una disminución de la secreción gástrica. La exclusión del píloro, pues, no mejorará en nada estos cambios fisiológicos y será por tanto una complicación inútil.

Sea lo que fuere de estas consideraciones teóricas, el juicio sobre el valor de la exclusión debe fundarse en los resultados obtenidos en la práctica, y a pesar de no haberse observado hasta el presente inconvenientes imputables a la exclusión, no debe practicársela sino obedeciendo a una indicación precisa, porque con ella se alarga la operación y porque podrían sobrevenir consecuencias muy serias en caso de mal funcionamiento de la anastomosis, a causa, por ejemplo, de una úlcera péptica. La exclusión pilórica se realizará conjuntamente a la gastroenterostomía, siempre que existan adherencias en la región pilórica que sean causa de dolores y, muy especialmente, en casos de fístulas duodenales. Son éstas, dos indicaciones precisas en las que es necesario colocar la región pilórica y el duodeno en estado de absoluto reposo. Son numerosos los procedimientos de exclusión descritos en estos últimos tiempos. Muchos de ellos sólo se proponen realizar la operación muy rápidamente, corriendo el riesgo de una oclusión incompleta o solo

temporariamente. No comprendemos la utilidad de esas operaciones a medias. Las oclusiones con hilos o cintas de cualquier naturaleza o las plegaduras con suturas, sólo producen un efecto temporario, restableciéndose la luz en un plazo más o menos largo. Si no se interrumpe la continuidad del órgano de una manera completa y total, las contracciones del estómago se propagan a través del píloro y del duodeno. Para llegar a colocar estas regiones en reposo absoluto, es necesario seccionar completamente todas las tónicas del estómago, cerrando separadamente cada uno de los cabos. Esta sección es muy fácil a nivel del píloro, donde el calibre del órgano es reducido; pero nos parece preferible practicarla en el estómago mismo, lo más cerca posible de la boca anastomótica para suprimir todo fondo de saco. Sólo así los enfermos quedarán en las condiciones de los piloroectomizados.

Es opinión de algunos cirujanos que los resultados de la gastroenterostomía serán más favorables cuando la úlcera se sitúa en las vecindades del píloro que cuando se halle localizada en las partes altas del estómago, es decir, entre el cardias y la nueva boca. Esta opinión está de acuerdo con la teoría de que la gastroenterostomía es una operación de drenaje que actúa derivando el curso del jugo gástrico e impidiendo el contacto con la porción

de pared del órgano situado más allá de la nueva boca ; si así fuera, en los casos de localización alta de la úlcera, las condiciones no cambiarían en nada con el establecimiento de la gastroenterostomía. Paterson, en cambio, dice haber obtenido tan buenos o tal vez mejores resultados cuando la lesión se halla situada arriba y encuentra que es una consecuencia bien explicable si se tiene en cuenta la acción fisiológica ejercida por la operación.

Por nuestra parte, hemos tenido pocas ocasiones de tratar úlceras de situación alta, pero en ellos el resultado de la gastroenterostomía ha sido bueno.

Una cuestión que ha interesado vivamente a los cirujanos en estos últimos tiempos, es la posible degeneración de la úlcera gástrica en cáncer. El asunto es en realidad muy importante, porque de él debe deducirse la conducta a seguir en el tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago. En la actualidad, la divergencia es muy grande entre las opiniones extremas.

Rodman y W. J. Mayo, basándose en comprobaciones anátomo-patológicas, estiman que más o menos el 80 por ciento de los cánceres del estómago se han desarrollado sobre una úlcera anterior. En cambio, Kocher, Paterson, etc., fundándose en el examen ulterior de los operados de úlcera consideran que la proporción es de 2 a 3 por cien-

to solamente. Teniendo en cuenta la semejante localización de ambas lesiones y la imposibilidad de precisar el diagnóstico durante la operación, de la existencia o no de una degeneración maligna, nosotros preferimos excindir la zona afectada con fines de profilaxia y siempre que las condiciones locales y generales lo permitan.

La excisión sola, sin gastroenterostomía, no deberá practicarse, porque esa operación no modifica en nada el quimismo de los jugos estomacales y no evita, por consiguiente, las recidivas. Toda operación de excisión irá, pues, acompañada de la gastroenterostomía.

Debe comenzarse la operación por el establecimiento de la nueva boca y se procederá luego a la excisión siempre que el estado local y general lo permita.

Antes de proceder a la excisión, se explorará minuciosamente la zona afectada, teniendo en cuenta su extensión y sus posibles conexiones con los órganos vecinos a los que puede adherir de manera a hacer prácticamente imposible la ablación. El cirujano se decidirá por la extirpación, sólo cuando se haya cerciorado de que es anatómicamente posible y de que las suturas podrán hacerse de una manera fácil y correcta. Generalmente se dará a la resección una forma losángica o elíptica debiendo

su orientación según los casos. Habitualmente no se dejará drenaje; cuando se le juzgue necesario se pondrá una cinta de goma de 2 cm. de ancho que se hará salir por uno de los extremos de la incisión.

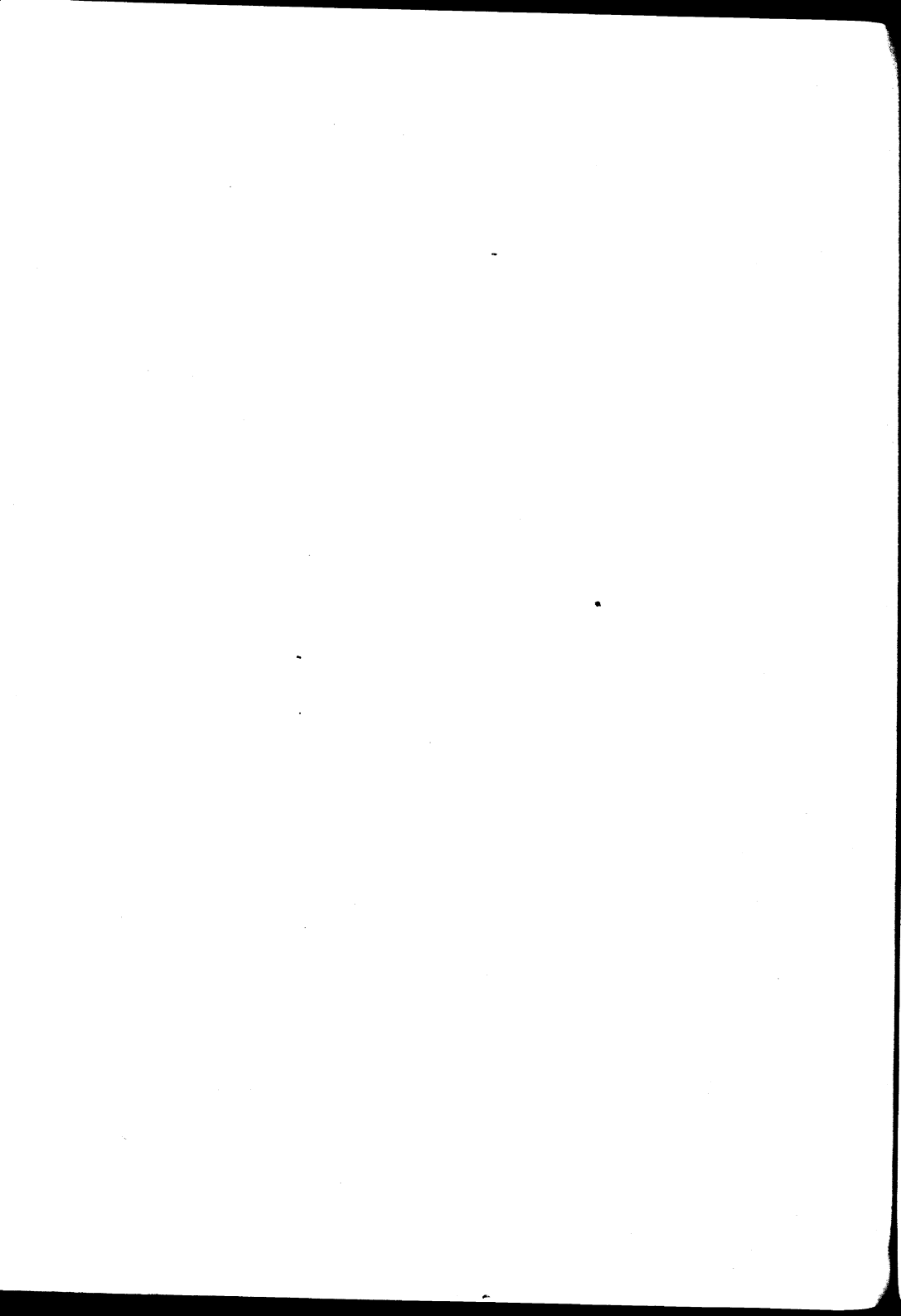
La resección cilíndrica mesogástrica es una operación aparentemente buena, porque deja los órganos con su forma y conexiones normales; pero es precisamente por esta razón que las secreciones gástricas no se hallan modificadas en manera alguna, de modo que persisten las probabilidades de recidivas. La gastroenterostomía es, por consiguiente, preferible. Cuando la úlcera se sitúa en las vecindades del píloro y siempre que las condiciones locales y generales lo permitan, preferimos la pilorectomía con gastroenterostomía (operación de Rodman) a cualquier otra operación, sobre todo si las úlceras son múltiples. Las úlceras que asientan en esta región suelen ocasionar trastornos por las conexiones que afectan con los órganos vecinos; muestran una marcada tendencia a la recidiva y son las que con mayor frecuencia degeneran en cáncer. Por estas razones preferimos la extirpación de toda esa zona vulnerable.

La operación está perfectamente reglada y los resultados que con ella hemos obtenido son excelentes. El tratamiento de las manifestaciones agu-

das de la úlcera gástrica, debe variar según la naturaleza de los síntomas. No nos extenderemos sobre el tratamiento de la perforación, que requiere una intervención inmediata cuyos detalles sería largo enumerar.

En los casos de grandes hemorragias, los enfermos serán sometidos al tratamiento médico con muchas probabilidades de éxito. Esta imponente manifestación, sólo da de 3 a 5 por ciento de mortalidad en los sujetos tratados convenientemente. La operación, en cambio, será de consecuencias desastrosas, dadas las circunstancias precarias en que se encontrará el sujeto y en vista de los pocos indicios que se encontrarán durante la operación para dar con el sitio de la hemorragia. Las hemorragias menos abundantes, pero repetidas durante largo tiempo, constituyen una complicación grave que lleva a los enfermos a la anemia y la caquexia. En estos casos, hemos obtenido buenos resultados con la operación mínima, es decir : gastroenterostomía simple, limitando las maniobras de exploración, etc., a lo estrictamente indispensable.

OBSERVACIONES CLÍNICAS



OBSERVACION I

Hospital Torcuato de Alvear. — Sala 5. —
Servicio del doctor Oscar Copello. — Junio 2 de
1915.

S. C., 49 años, oriental.

Diagnóstico — Ulcera redonda del estómago,
pequeña corvadura, región yuxta-pilórica.

Antecedentes hereditarios — Sin importancia.

Antecedentes personales — A los 8 años sarampión, a los 25 años blenorragia, luego un chancre con bubón inguinal no supurado, placas en el labio inferior y en la garganta que curaron sin tratamiento médico. A los 29 años vino a Buenos Aires, apareciéndole un eczema impetiginoso que curó bien. No es bebedor, pero sí fumador.

Enfermedad actual — Hacen 18 años que comenzó a sentir dolores de estómago, lentos al prin-

cipio, aumentando después en intensidad y duración. Siguió diversos tratamientos médicos. Hacen 2 años los dolores se hicieron más fuertes, casi insoportables, acentuándose a las 9 a.m. y a las 3 p.m. Tenían propagación hacia la espalda. Muy a menudo lo atacaban durante la noche con localización en el flanco derecho.

Carácter de los dolores : Ardores que aumentan hasta asemejarse a quemaduras. Casi siempre, a las 2 o 3 horas después de comer tiene vómitos, los cuales son casi inmediatos, cuando los alimentos son grasos.

Estado actual — Sujeto adelgazado, 52 kilos, buena conformación esquelética, escaso panículo adiposo. No hay edemas ni temperatura.

Cráneo : Bien conformado, calvicie pronunciada ; facie rosada, adelgazada.

Visión : Normal, pupilas iguales que reaccionan a la luz y a la acomodación.

Lengua : Húmeda y limpia, falta de la mayoría de los dientes y muelas.

Cuello : Bien conformado sin latidos apreciables. Sobre la cara anterior del tórax y brazos existe una erupción maculosa de color parduzco, de dimensiones variables agrupadas en ciertas zonas. No provoca prurito ni se descama.

Aparato digestivo : Esófago normal. Abdomen bien conformado, tensión mediana, sin circulación colateral visible, sin ascitis ; no hay puntos dolorosos a la presión. Estómago : borde inferior un través de dedo por encima del ombligo. Dolor a la presión del plexo solar y región pilórica. No se observan movimientos peristálticos. La palpación no muestra resistencia ni tumor. No hay ruido de clapeteo.

Quimismo gástrico : No hay líquido de retención. Almuerzo de prueba de Edwald Boas y extraído a los tres cuartos de hora. Cantidad extraída, igual a 170 cent. cúbicos. Acido clorhídrico libre ; acidez total, 42 por ciento. Sangre Weber, negativo. Bencidina, negativa. Intestinos. Palpable en todo su trayecto, el colon ascendente y el colon descendente, contractil y algo doloroso. Materias fecales. Weber y bencidina, negativos.

Hígado : borde superior 4° espacio ; inferior un través de dedo por debajo del reborde costal.

Bazo y riñones : normales.

Circulatorio : 72 pulsaciones, iguales, regulares, buena tensión. Corazón : la punta late en el 5° espacio, línea mamaria. Sus límites son normales. Tonos limpios en todos los focos. La aorta se palpa en la orquilla esternal.

Respiratorio : Normal.

Agosto 10 de 1915: A pesar del tratamiento médico los dolores han vuelto a recrudecer. Se hace un sondaje en ayunas y se extraen 15 gms.

Acido clorhídrico libre: Reacción intensa. Materias fecales. Weber positivo débil. Bencidina positiva.

Operación (agosto 14 de 1915) — Operador: doctor Hámilton Cassinelli; ayudante: Juan C. Hidalgo.

Anestesia general. Eter y cloroformo. Laparatomía mediana supra-umbilical. El estómago regularmente dilatado ofrecía cerca de la pequeña curvadura y región yuxta-pilórica, un nódulo de consistencia dura, cuyo tamaño era el de una avellana. El peritoneo del estómago que correspondía al sitio del nódulo estaba completamente despulido y sumamente vascularizado. El resto del estómago completamente normal; duodeno algo distendido. Dada la clase de lesión se practica una gastroenteroanastomosis trans-meso-cólica posterior, sin atacar la ulceración. Cierre de la pared en tres planos. El 10 de septiembre es dado de alta en espléndidas condiciones. El 1º de noviembre y luego el 1º de mayo de 1916 nos hizo su visita reglamentaria, no habiendo sufrido ninguna molestia y pesando 82 kilos.

OBSERVACION II

Hospital Torcuato de Alvear. — Sala V. —
Servicio del doctor Oscar Copello. — Julio 5 de
1915.

E. S., 54 años, español.

Diagnóstico — Ulcera redonda del estómago,
cara anterior, región yuxta-pilórica.

Antecedentes hereditarios — Padre y madre
muertos de viejos; tuvo dos hermanos y cinco her-
manas. Los dos hermanos murieron de tuberculosis
laríngea y de viruela respectivamente. De las her-
manas, tres murieron de tuberculosis laríngea, una
de parto y la que resta es sana.

Antecedentes personales — A los 28 años neu-
monía, luego tifoidea. A los 38 años fiebre perni-
ciosa. Es fumador y bebedor. No tuvo enferme-
dades secretas ni fué constipado antes de la enfer-
medad actual.

Enfermedad actual—Comenzó hacen cinco años con dolores de estómago bastante fuertes. Estos dolores eran irregulares desde el punto de vista del momento de iniciación. A veces aparecían inmediatamente después de las comidas, otras veces largo rato después y otras antes de las comidas. Ha tenido vómitos, pero no constantes. Estos vómitos calmaban los dolores, por lo que a veces el mismo enfermo los provocaba. Interrogado el enfermo respecto al aspecto de los vómitos, dice que eran casi siempre biliosos. Cuando los provocaba después de las comidas, eran abundantes, líquidos y sin restos de alimentos. Los dolores de estómago se correspondían con otros muy intensos en la columna lumbar con irradiación a la espalda y hasta los hombros. Desde que sufre del estómago se ha hecho constipado.

Estado actual — Sujeto adelgazado, mediocre musculatura, conformación esquelética normal. Sin ganglios palpables. No hay edemas visibles. No hay temperatura. Pelo canoso, abundante. Cráneo bien conformado. Facie adelgazada, pálida. Visión normal, anisocoria, reacciones pupilares normales. Lengua seca, saburral. Dientes en regular estado de conservación. Audición normal. Cuello bien conformado sin latidos apreciables.

Circulatorio : 80 pulsaciones por minuto, igual, regular, buena tensión. Punta late en el 4º espacio, línea mamaria. Límites cardíacos sensiblemente normales. Tonos normales en todos los focos. Aorta no se percute ni se palpa sobre la horquilla.

Respiratorio : Tipo respiratorio abdominal. Tórax simétrico, buena excursión de las bases. Nada de anormal en las pleuras y pulmones. Tos escasa, expectoración muco-purulenta.

Digestivo : Esófago normal. Abdomen bien conformado, tensión algo aumentada. No hay circulación colateral, ni ascitis. Estómago : borde inferior a la altura del ombligo. Hiperestesia a la presión profunda en todo el epigastrio, aunque parece mayor a la derecha de la línea media encima del ombligo. No hay movimientos peristálticos visibles.

Quimismo gástrico : Almuerzo de prueba Edwald Boas y extracción a los tres cuartos de hora.

Cantidad 325 c.c., acidez total 20 por ciento, ClH. libre no hay.

Sangre : Weber negativo, bencidina negativa. Intestino no se palpa ningún punto de su trayecto. Materias fecales : Weber positivo, bencidina positiva intensa.

Hígado : Borde superior en el 4º espacio, el inferior desciende un través de dedo por debajo del reborde costal. Bazo y riñones : no se palpan.

Sistema nervioso : Buen estado intelectual. Nada de particular en el examen de la motilidad y de la sensibilidad.

Septiembre 24 de 1915 : Materias fecales. Weber positivo débil. Bencidina positiva franca.

Operación (septiembre 26 de 1915) — Operador doctor Oscar Copello ; ayudante Juan C. Hidalgo.

Anestesia general. Eter y cloroformo. Laparotomía mediana supra-umbilical. Abierto el peritoneo se constata que el estómago está disminuído de volumen, completamente cubierto por el hígado. El píloro ofrece una zona indurada, posible hipertrofia concéntrica de su musculatura. Sobre la pequeña curvadura, cara anterior del estómago, se constata una intensa vascularización, irradiando de una zona indurada, cubierta de epiplón y sin adherencias a ningún órgano. Palpando el estómago por la retro-cavidad de los epiplones, se nota perfectamente la induración de una úlcera que parece estar a caballo sobre la pequeña curvadura con tendencia a la cara anterior en su región yuxta-pilórica.

Es seguramente una úlcera callosa ya cicatrizada en la que un segmento de epiplón ha venido para evitar su perforación.

Se practica una gastroenteroanastomosis posterior siguiendo la técnica empleada en el servicio.

El 3 de noviembre de 1915, como el enfermo sigue muy bien, con mucho apetito y los vómitos han desaparecido totalmente, pasa a la sala XVIII, servicio de clínica médica del profesor doctor Bonorino Udaondo, de donde sale de alta el día 15 de diciembre de 1915 completamente curado.

El día 10 de abril de 1916 nos hizo su primer visita reglamentaria, no habiendo sentido ninguna molestia y pesando 68 kilos.

OBSERVACION III

Servicio del profesor doctor Oscar Copello. —
Sala V. — Cama 8.

C. G., 38 años, español, casado.

Primera consulta : el 20 de julio de 1915.

Diagnóstico — Ulcera redonda del estómago.

Antecedentes hereditarios — El padre murió a consecuencia de un traumatismo, la madre vive y es sana y tiene varios hermanos todos sanos.

Antecedentes personales — Sarampión en su infancia. A los 21 años dolores reumáticos en ambos miembros inferiores. A los 30 años tuvo un chancro, el cual curó a los pocos días. A los 2 meses después de su chancro apareció en su cuerpo una erupción pruriginosa, dolores osteógenos y escasos dolores de cabeza. No tuvo placas mucosas ni caída de pelo. A los 37 años blenorragia. No es bebedor, es muy fumador. Se casó a los 28 años,

la señora tuvo 4 abortos, actualmente tiene 2 hijos que son sanos.

Enfermedad actual — Hace más o menos 2 años comenzó por sentir sus primeras molestias gástricas ; después de la ingestión de los alimentos sentía un dolor muy intenso a la hora u hora y media en la región epigástrica, dos traveses de dedo por fuera a la derecha y dos por debajo del ombligo, dolor que se propagaba hacia atrás obligándole a suspender toda clase de trabajo. No ha tenido vómitos. Estas molestias duraban 4 días, para después desaparecer por largos intervalos. Al tomar el desayuno, a la media hora más o menos comienza su dolor, el cual se hace más intenso después del almuerzo a la hora más o menos, dolor que alivia provocando el vómito para reaparecer nuevamente a la ingestión de alimentos. Desde hace un año más o menos los dolores son casi cotidianos.

Estado actual — Sujeto en regular estado general de nutrición, escaso panículo adiposo, piel blanca, tinte pálido. Sensibilidad y reflejos conservados. No hay Romber ni Argill-Roberson.

Abdomen : A la inspección nada anormal, a la palpación algo profunda, acusa un dolor intensísimo en el epigastrio dos traveses de dedo a la derecha

del ombligo. Se palpa cuerda cólica, existen algunos ganglios inguinales.

Examen del jugo gástrico: Retención en ayunas 30 c.c. Comida de prueba Edwald Boas. Cantidad extraída 200 c.c. Acido clorhídrico libre, si hay. Acidez total 20. Sangre no hay. Acido láctico. Materias fecales. Weber positivo. Bencidina francamente positiva.

Operación (7 de agosto de 1915) — Operador doctor Hámilton Cassinelli; ayudante señor Juan C. Hidalgo. Anestesia general: Eter. Laparatomía mediana supra-umbilical. El estómago se encuentra sumamente dilatado. Cerca de la pequeña curvadura sobre la cara anterior, región yuxta-pilórica, se observan numerosas adherencias que indican claramente un proceso de perigastritis. Estas adherencias unían la zona antes dicha al duodeno y a la vesícula biliar. Se practica una gastroenterostomía posterior de Von Hacker después de haber desprendido las adherencias pericolecísticas. En la vesícula biliar nada de anormal. Cierre de la pared en tres planos.

Este enfermo ha sido visto al poco tiempo en el consultorio externo de la sala V después de haber trabajado en este último lapso de tiempo, sin haber tenido el más mínimo dolor.

Se le ha instituído tratamiento médico adecuado y la conveniencia de hacer periódicamente una visita al servicio.

OBSERVACION IV

Servicio del profesor doctor Oscar Copello. —
Sala V. — Cama 21.

S. B., 49 años, oriental.

Primera consulta : 14 de agosto de 1915.

Diagnóstico — Ulcera callosa del estómago.

Antecedentes hereditarios — Padre muerto de aneurisma a los 65 años. Madre vive y tiene 87 años. Tiene 8 hermanos, 3 vivos y sanos. Abuelos muertos con 72 y 75 años.

Antecedentes personales — A los 8 años sarampión ; a los 25 años blenorragia, luego bubón ; curó, apareciéndole luego más placas en el pene, en el labio inferior y en la garganta y curaron con aplicaciones de nitrato de plata. En 1889 vino a Buenos Aires, apareciéndole un eczema impetiginoso, curó bien y en el 96 empezó a sentir dolor de estómago. No es bebedor, pero sí fumador.

Enfermedad actual — Hacen 18 años que empezó a sentir al estómago dolores lentos al principio, aumentando después con intervalos variables, siguiendo diversos tratamientos. Hacen dos años que los dolores se le hicieron más fuertes, casi insoporables, acentuándose a las 9 a.m. y las 3 p.m., extendiéndose hacia el flanco derecho y hasta la espalda. Estos dolores son en forma de ardores que aumentan como si le quemasen, que desaparecían colocándose un trapo mojado. También le atacan durante la noche, sobre todo con localización en el vacío derecho. Después de 2 o 3 horas de comer se le producen vómitos casi siempre. Estos son inmediatos cuando los alimentos son grasos.

Estado actual — Sujeto adelgazado, buena conformación esquelética, escaso panículo adiposo. No hay edemas ni temperatura.

Abdomen : Lado inferior un través de dedo por encima del ombligo. Dolor a la presión del plexo solar y de la región pilórica. No se observan movimientos peristálticos. La palpación no muestra resistencia ni tumor. No hay sonido de chapoteo.

Quimismo gástrico : No hay líquido de retención. Almuerzo de prueba a los tres cuartos de hora. Cantidad extraída 170 c.c. ClH libre. Acidez total 42 por ciento. Palpables en todo su trayecto el

colon ascendente y el colon descendente, contráctiles y algo dolorosos. Materias fecales. Weber y bencidina negativo.

Agosto 10 de 1915: Han vuelto a reanudar los dolores. Se hace un sondaje en ayunas y se extraen 15 gms. ClH libre, reacción intensa. Weber positiva débil. Bencidina positiva.

Operación (octubre 24 de 1915) — Operador doctor Hámilton Cassinelli; ayudante señor Juan C. Hidalgo. Anestesia general: éter y cloroformo. Laparotomía mediana supra-umbilical. El estómago regularmente dilatado, ofrecía cerca de la pequeña curvadura y cerca del píloro un nódulo de consistencia dura, cuyo tamaño sería el de una avellana. El peritoneo del estómago que correspondía al sitio del nódulo estaba completamente despulido sumamente vascularizado. El resto del estómago completamente normal; duodeno algo distendido. Dada la clase de la lesión se resuelve practicar una gastroenterostomía posterior sin atacar la ulceración. Cierre de la pared en dos planos.

Noviembre 1º: El enfermo sigue muy bien, no ha tenido vómitos, sólo una diarrea que cura.

Bibliografía

Mathieu — Pathologie Gastro-intestinale, serie II,
M pág. 41, 1910.

Møynihan — Duodenal ulcer. — London, 1910.

Smithies — American Journal of Medical Sciences,
pág. 340, mayo 1913.

Thompson — British Medical Journal, 13 marzo
1909.

Verbrycke — The Diagnösis of gastric ulcer. —
American Jouran of Medical Sciences, página
742, 1913.

Latzel — Zur frage des ulcus ventriculi retumdum.
— Med. Klinik., n.º. 40, 1910 (citado por Crä-
mer, pág. 104, op. cit.).

Drummond-Orison — The diagnosis and operative
traitement of gastric ulcer. — British Medical Jour-
nal, pág. 67, julio 1.º 1909.

Ewald — Klinik des Verdauungskrank., serie II.

Friedenwald — A clinical study of a thousand ca-

- ses of ulcer of the stomach and duodenum. — American Journal of Medical Sciences, página 1571, 1912.
- Thompson* — Diagnosis and traitement of chronic gastric and duodenal ulcers. — British Medical Journal, 18 mayo 1909.
- Soupault* — Traité des maladies de l'estomac. — Paris, pag. 536, 1906.
- Boncrino Udaondo* — Los píloroespasmos del adulto y las reacciones del nervosismo visceral. — Prensa Médica Argentina, septiembre 10 1915.
- Farmentier-Salignat* — La résistance globulaire dans le cancer et l'ulcère de l'estomac. — XII Congrès Français de Médecine, Lyon, octubre 22 1911.
- Cruveilhier* — Traité d'anatomie pathologique générale, 1852.
- Mariani* — Uber d. diagnose d. Magenkarzinoms auf Grund der cytologischen untersuchung des Spulvasseres. — Archiv. f. Verdauungsk., pag. 251, 1909.
- Loeper-Binet* — Le cytodagnostic des affections de l'estomac. — Soc. Méd. des Hôpitaux, 1912.
- Hayem* — Des stenoses incomplètes pyloriques et sous-pyloriques. — Bull. Acad. de Médecine, 1^o y 15 mayo 1897.
- Soupault* — Pathogénie et traitement de la gastro-

- sucorrhée. — Bull. Gén. Thérapeutique, novembre 23 1901.
- Mathieu* — Les crises d'hypersécrétions dans l'ulcus gastrique. — Journal des Praticiens, página 625, octubre 7 1911.
- Strauss* — Über digestive Ipersekretions des Magens. — Zeits. für Klin. Med., n.º. 53, página 133.
- Bonorino Udaondo* — Consideraciones sobre la etiopatogenia de la hipersecreción alimenticia. — Prensa Médica Argentina, enero 10 1915.
- Neudorfer* — Pyloropasmus und ulcus ventriculi — Münch. Med. Wochenschrift, pág. 750, abril 3, 1913.
- Bergmann* — Das spasmogene ulcus pepticum. — Münch. Med. Wochenschrift, pág. 169, 1913.
- Sauphar* — Diagnostic précoce de L'ulcère et des ulcérations gastriques, pág. 27 (Thèse de Paris), 1910.
- Enriquez et Durand* — Les sténoses pyloriques frustes a forme gastralgique. — Soc. Méd. des Hôpitaux, mayo 23 1913.
- Mathieu* — Le syndrome ulcéro-pylorique. — Gazette des Hôpitaux, nos. 29 y 36, págs. 469 y 581, 1914.
- Loeper* — Le syndrome de l'ulcère de la petite cour-

- bure. — Leçons Path. digestive, serie III, página 50, 1914.
- Küttner* — Archiv für Klin. chirurgie. — página 410, núm. 93, 1910.
- Salli* — Indicaciones clínicas de la gastroenterostomía. — Tesis Bs. Aires.
- Patané Salvador* — Algunas consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago y sus complicaciones. — Tesis Bs. Aires.
- Bergmann, Bruns, Mikulicz* — Tratado de cirugía y clínica operatoria. — Tomo 3º, (Journal de Chirurgie), tomos de 1912, 1913, 1914 y 1915.
- Bergmann* — Journal Chirurgie, Etiología y Patogenia. — Tomo 3º, pág. 276.
- Castex Mariano* — Revista de la Asociación Médica Argentina.—Volumen XXIII, oct. 1915.
- Boncrino Udaondo* — Revista de la Asociación Médica Argentina.—Volumen XXIII, oct. 1915.
- Lanari Alfredo* — Revista de la Asociación Médica Argentina.—Volumen XXIII, oct. 1915.
- De Nucci Antonio*—Revista de la Asociación Médica Argentina.—Volumen XXIII, oct. 1915.
- Finochietto Enrique*—Revista de la Asociación Médica Argentina.—Volumen XXIII, oct. 1915.
- Boncrino Udaondo* — Diagnóstico Clínico de las úlceras del estómago. — Trabajo presentado a la Asociación Médica Argentina, 1915.

Buenos Aires, Junio 15 de 1916.

Nómbrese al señor Consejero Dr. José Arce, al profesor titular Dr. Luis Agote y al profesor suplente Dr. Jacobo Spangenberg, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario.

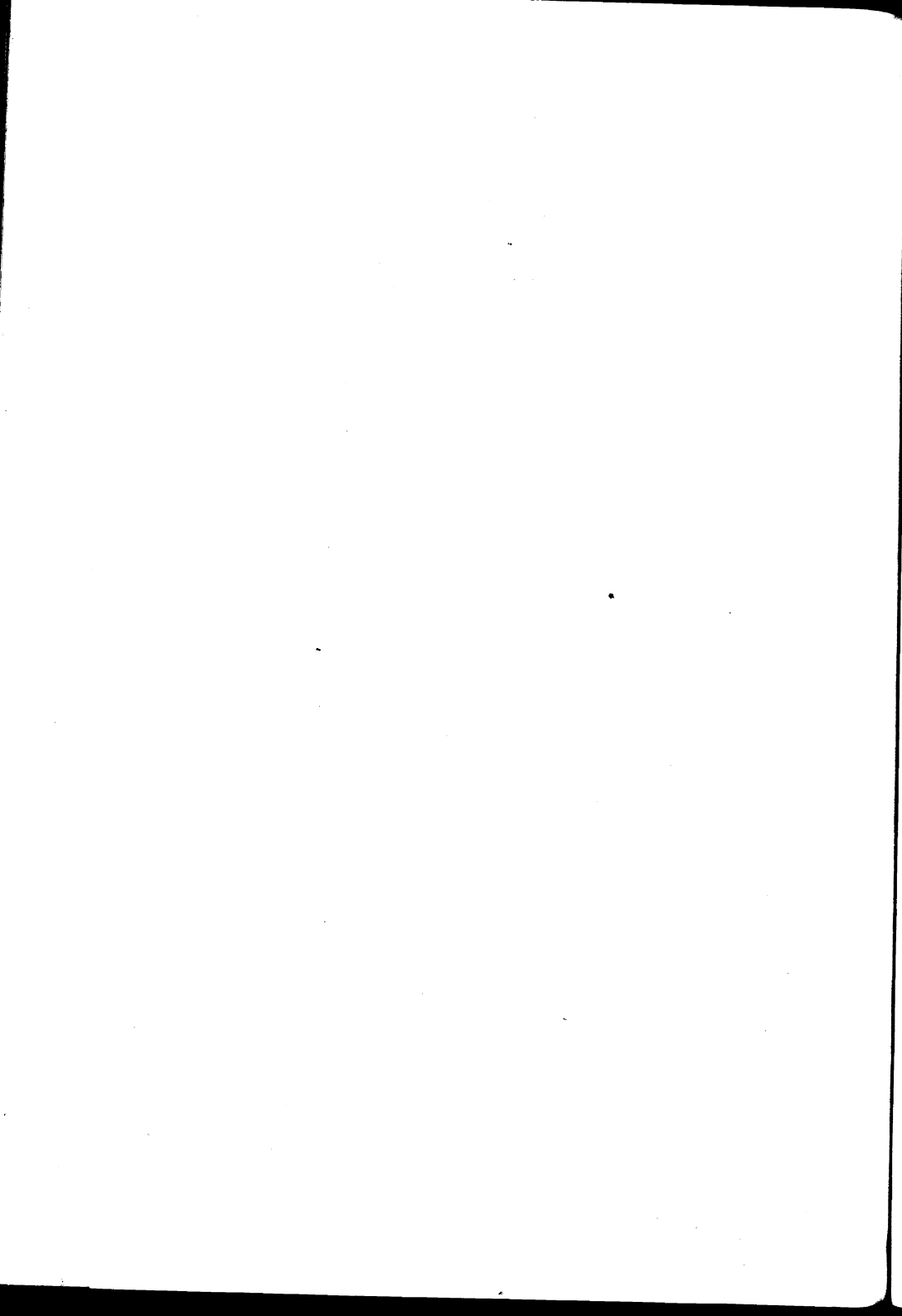
Buenos Aires, Junio 4 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3177 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario.





PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Indicaciones de la extirpación de la úlcera y de la exclusión pilórica en las úlceras gástricas.

J. Arce.

II

Tratamiento alejado post-operatorio de las úlceras.

L. Agote.

III

Diagnóstico diferencial entre la úlcera simple y la úlcera cancerosa.

J. Spangenberg.

