



Año 1914.

Núm. 2832

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**MANIFESTACIONES INTESTINALES
EN EL CÁNCER Y ÚLCERA DEL ESTOMAGO**

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

VICENTE SANTOS MARTINI

Ex Practicante de Vacuna de la Asistencia Pública (honorario)

Ex Practicante Externo del Hospital San Roque (honorario)

Ex Practicante Externo del Hospital Rawson (honorario)

Ex Practicante Interno de la Asistencia Pública en la Estación Sanitaria Nueva
Pompeya (honorario)

Ex Practicante Interno del Hospital Torcuato de Alvear (rentado) 1912-1913-1914



LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"

CASA EDITORA É IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI

2070. CÓRDOBA, 2080 - BUENOS AIRES

MANIFESTACIONES INTESTINALES
EN EL CANCER Y ULCERA DEL ESTOMAGO



Año 1914.

Núm. 2832.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**MANIFESTACIONES INTESTINALES
EN EL CANCER Y ULCERA DEL ESTOMAGO**

— —

T E S I S

PRESENTADA PARA OBTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

F O R

VICENTE SANTOS MARTINI

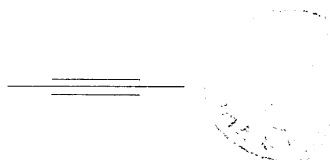
Ex Practicante de Vacuna de la Asistencia Pública (honorario)

Ex Practicante Externo del Hospital San Roque (honorario)

Ex Practicante Externo del Hospital Rawson (honorario)

Ex Practicante Interno de la Asistencia Pública en la Estación Sanitaria Nueva
Pompeya (honorario)

Ex Practicante Interno del Hospital Torcuato de Alvear (rentado: 1912-1913-1914)



LIBRERIA "LAS CIENCIAS"

CASA EDITORA É IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI

2070, CÓRDOBA, 2080 - 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. LUIS GÜEMES

Vice-Presidente

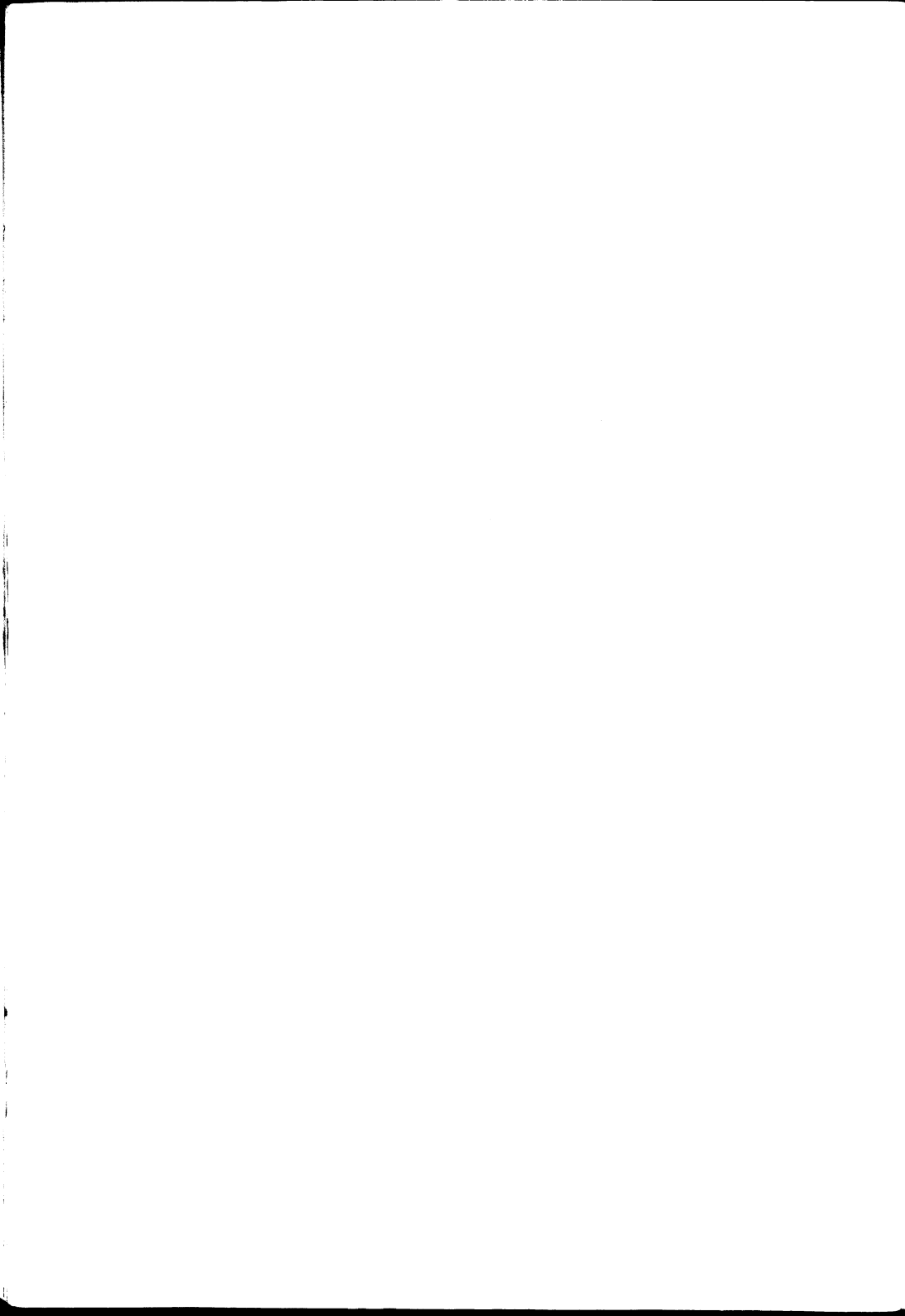
DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Miembros titulares

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

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » GREGORIO ARAOZ ALFARO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

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

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

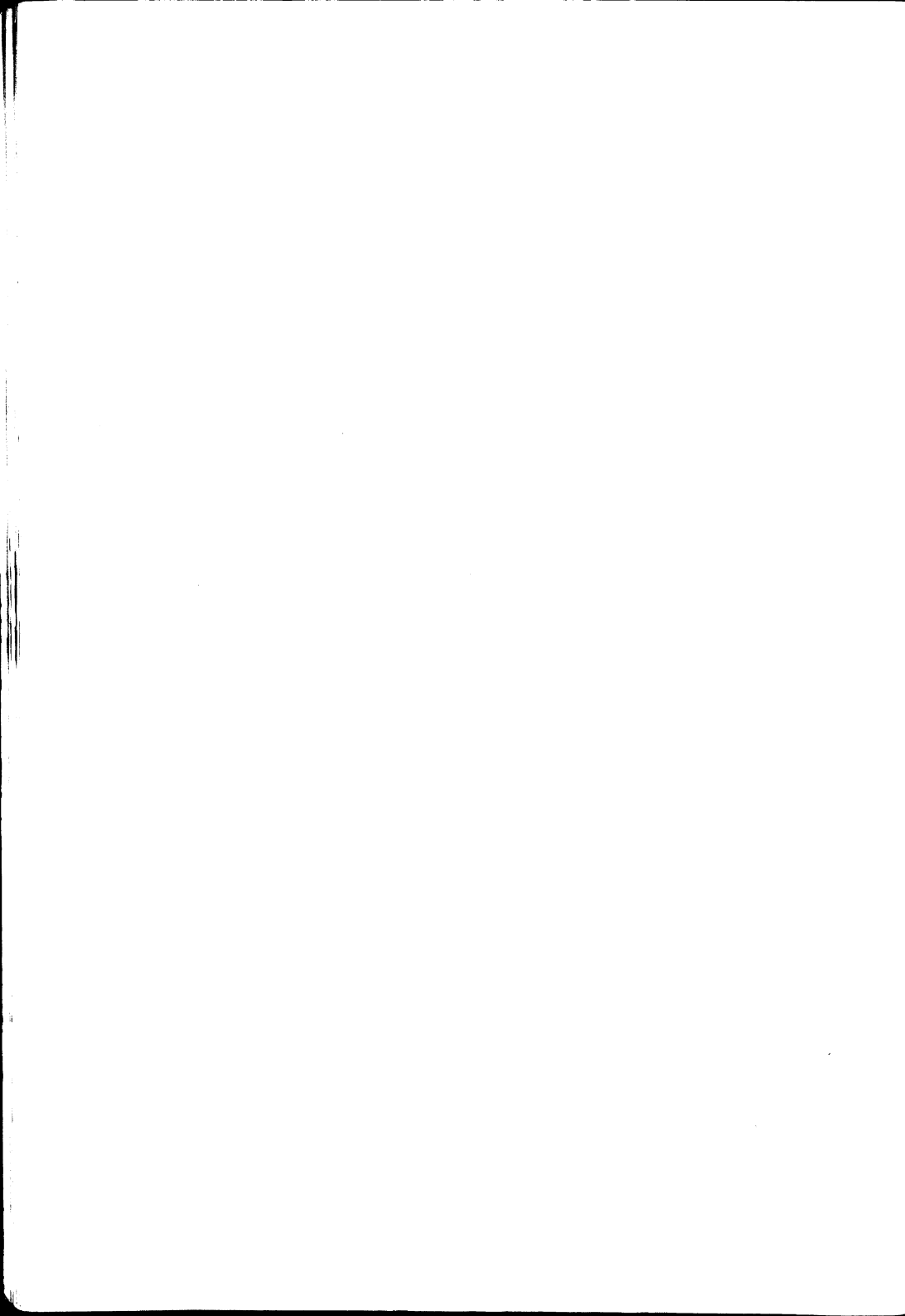
DR. PEDRO LACAVERA

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » DOMINGO CABRED
» » ANGEL M. CENTENO
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » J. A. BOERI (Suplente)
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » JOSÉ ARCE

Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

- » JOSÉ T. BACA
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » P. N. ARATA
- » F. DE VEYGA
- » ELISEO CANTON
- » JUAN A. BOERI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURASONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA
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-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ÁNGEL 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
Física Médica.....	" JUAN JOSÉ GALLANO
Bacteriología.....	" JUAN CARLOS DELFINO
"	" LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	" JOSÉ BADIA
"	" JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Ginecológica.....	" ENRIQUE ZARATE (en ejere)
Clinica Médica.....	" PATRICIO FLEMING
Clinica Dermato-sifilográfica.....	" MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Neurológica.....	" JOSÉ R. SEMPRUN
"	" MARIANO ALURRALDE
Clinica Psiquiátrica.....	" BENJAMÍN T. SOLARI
"	" JOSÉ T. BORDA
Clinica Pediátrica.....	" ANTONIO F. PIÑERO
Clinica Quirúrgica.....	" FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	" RICARDO COLON
Clinica oto-rino-laringológica.....	" ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	" PEDRO BELOU (en ejere.)
Botánica Médica.....	" RODOLFO ENRIQUEZ
Histología.....	" JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología.....	" FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	" FELIPE JUSTO
Semiología y ejercicios clínicos.....	" MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	" CARLOS R. CIRIO
Materia Médica y Terapéutica.....	" JOAQUÍN LLAMBIAS
Medicina Operatoria.....	" JOSÉ MORENO
Patología externa.....	" PEDRO CHUTRO
" Dermato-sifilográfica.....	" CARLOS ROBERTSON
" Genito-urinaria.....	" NICOLÁS V. GRECO
Clinica Epidemiológica.....	" PEDRO L. BALIÑA
Patología interna.....	" BERNARDINO MARAINI
" Quirúrgica.....	" JOAQUÍN NIN POSADAS
Clinica Oftalmológica.....	" FERNANDO R. TORRES
Clinica Oto-rino-laringológica.....	" PEDRO LABAQUI
" Quirúrgica.....	" JORGE L. FACIO
" Quirúrgica.....	" ENRIQUE B. DEMARIA
" Quirúrgica.....	" ADOLFO NOCETI
" Quirúrgica.....	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
" Quirúrgica.....	" MARCELINO HERRERA VEGAS
" Quirúrgica.....	" JOSÉ ARCE (en ejere.)
" Quirúrgica.....	" ARMANDO R. MAROTTA
" Quirúrgica.....	" LUIS A. TAMINI
" Quirúrgica.....	" JOSÉ A. JORGE (hijo)
" Quirúrgica.....	" MIGUEL SUSSINI
" Quirúrgica.....	" ROBERTO SOLE
" Quirúrgica.....	" LUIS AGOTE
" Quirúrgica.....	" JUAN JOSÉ VITÓN
" Quirúrgica.....	" PABLO MORSALENE
Clinica Médica.....	" RAFAEL BULLRICH
" Quirúrgica.....	" IGNACIO IMAZ
" Quirúrgica.....	" PEDRO ESCUDERO
" Quirúrgica.....	" MARIANO R. CASTEN
" Quirúrgica.....	" PEDRO J. GARCÍA
" Quirúrgica.....	" MANUEL A. SANTAS
Clinica Pediátrica.....	" MAMERTO ACUÑA
" Quirúrgica.....	" GENARO SISTO
" Quirúrgica.....	" PEDRO DE ELIZALDE
" Quirúrgica.....	" JAIME SALVADOR
Clinica Ginecológica.....	" TORIBIO PICCARDO
" Quirúrgica.....	" OSVALDO L. BOTTARO
" Quirúrgica.....	" ARTURO ENRIQUEZ (en ejere.)
" Quirúrgica.....	" A. PERALTA RAMOS (en ejere.)
Clinica Obstétrica.....	" FAUSTINO J. TRONGE
" Quirúrgica.....	" JUAN B. GONZÁLEZ
" Quirúrgica.....	" JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
Medicina legal.....	" V. JOAQUÍN GNECCO



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada.....
 Botánica y Mineralogía.....
 Química inorgánica aplicada.....
 Química orgánica aplicada.....
 Farmacognosia y posología razonadas....
 Física Farmacéutica.....
 Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....
 Técnica farmacéutica.....
 Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....
 Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....

Catedráticos titulares

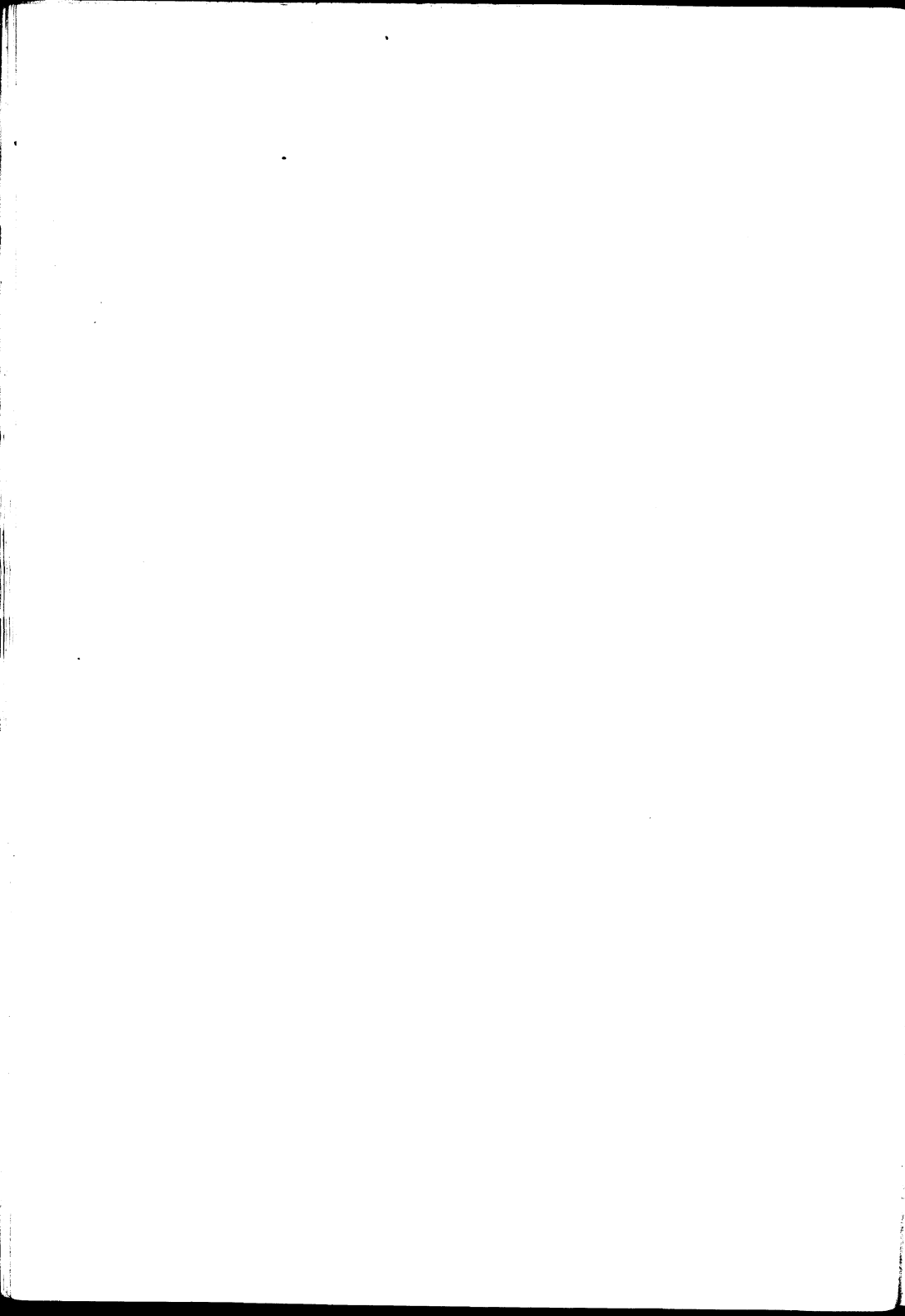
DR. ANGEL GALLARDO
 » ADOLFO MUJICA
 » MIGUEL PUIGGARI
 » FRANCISCO C. BARRAZA
 SR. JUAN A. DOMINGUEZ
 Dr. JULIO J. GATTI
 » FRANCISCO P. LAVALLE
 » J. MANUEL IRIZAR
 » FRANCISCO P. LAVALLE
 » RICARDO SCHATZ

Asignaturas

Técnica farmacéutica.....
 Farmacognosia y posología razonadas....
 Física farmacéutica.....
 Química orgánica.....
 Química analítica.....
 Química inorgánica.....

Catedráticos sustitutos

SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
 „ PASCUAL CORTI
 „ OSCAR MIALOCK (en ejerc.)
 DR. TOMÁS J. RUMÍ
 SR. PEDRO J. MESIGOS
 DR. JUAN A. SANCHEZ
 „ ANGEL SABATINI



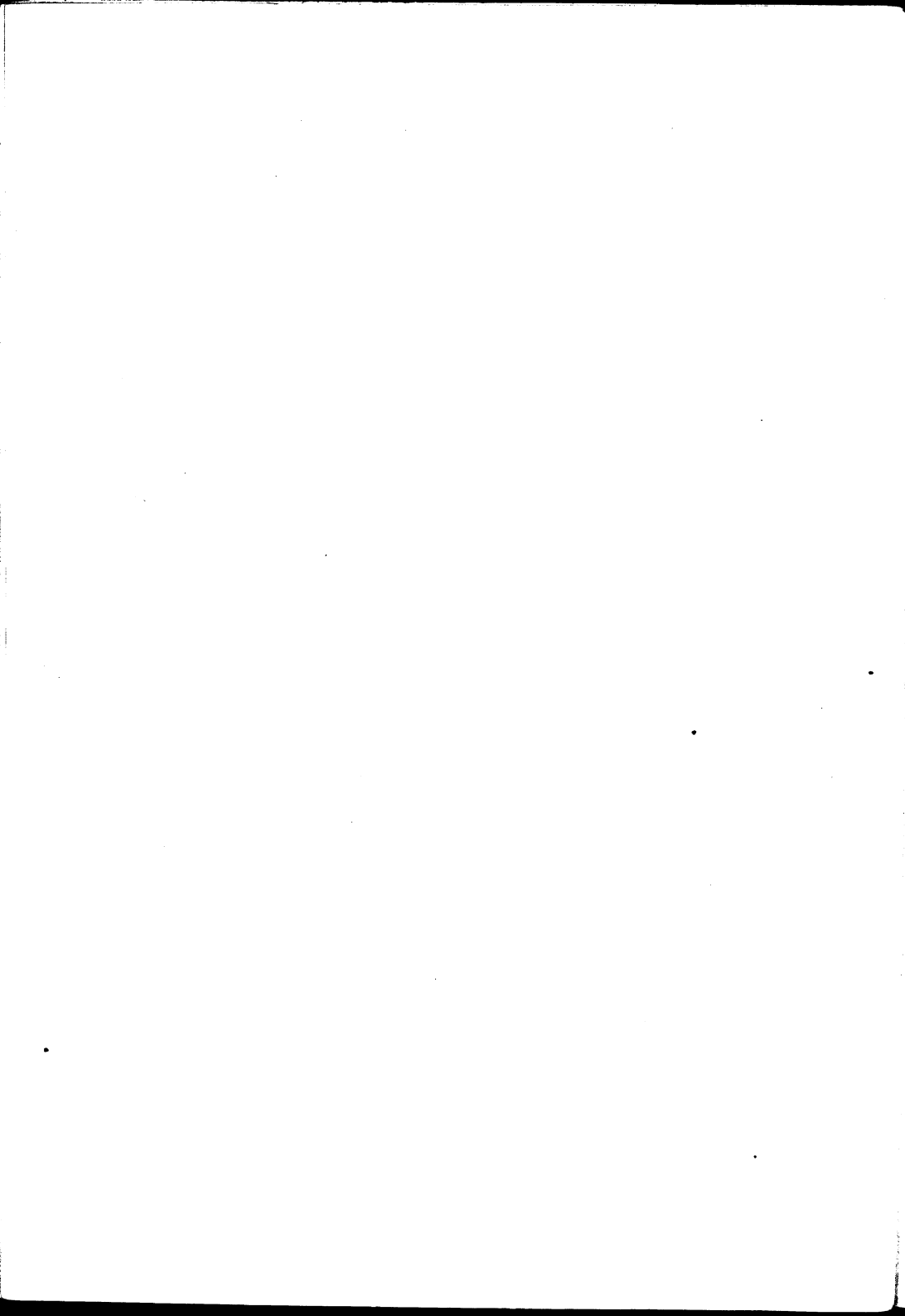
ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	{ » J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

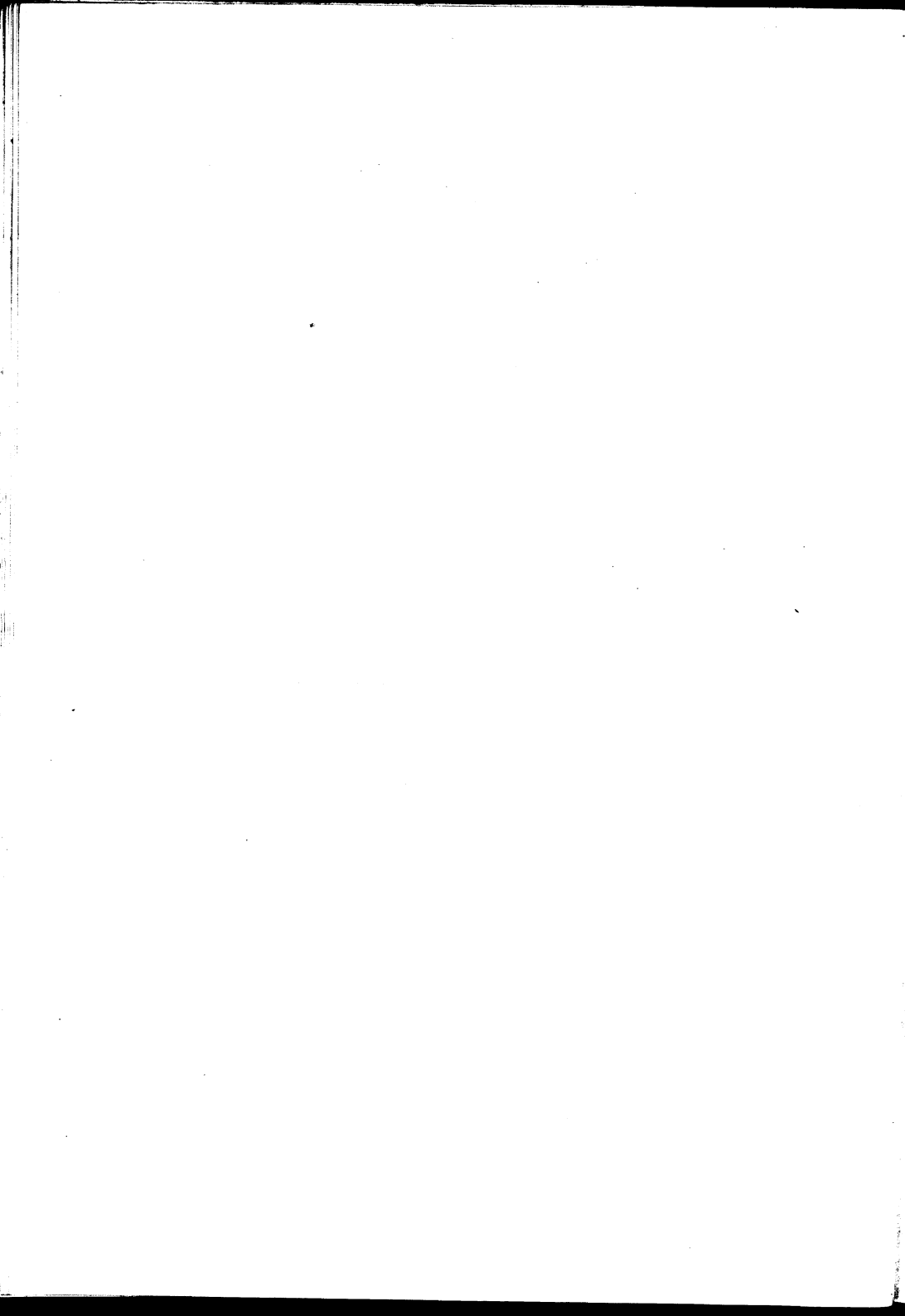
Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREYRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO (int.)
Prof. suplente.....	DR. ALEJANDRO CABANNE



PADRINO DE TESIS:

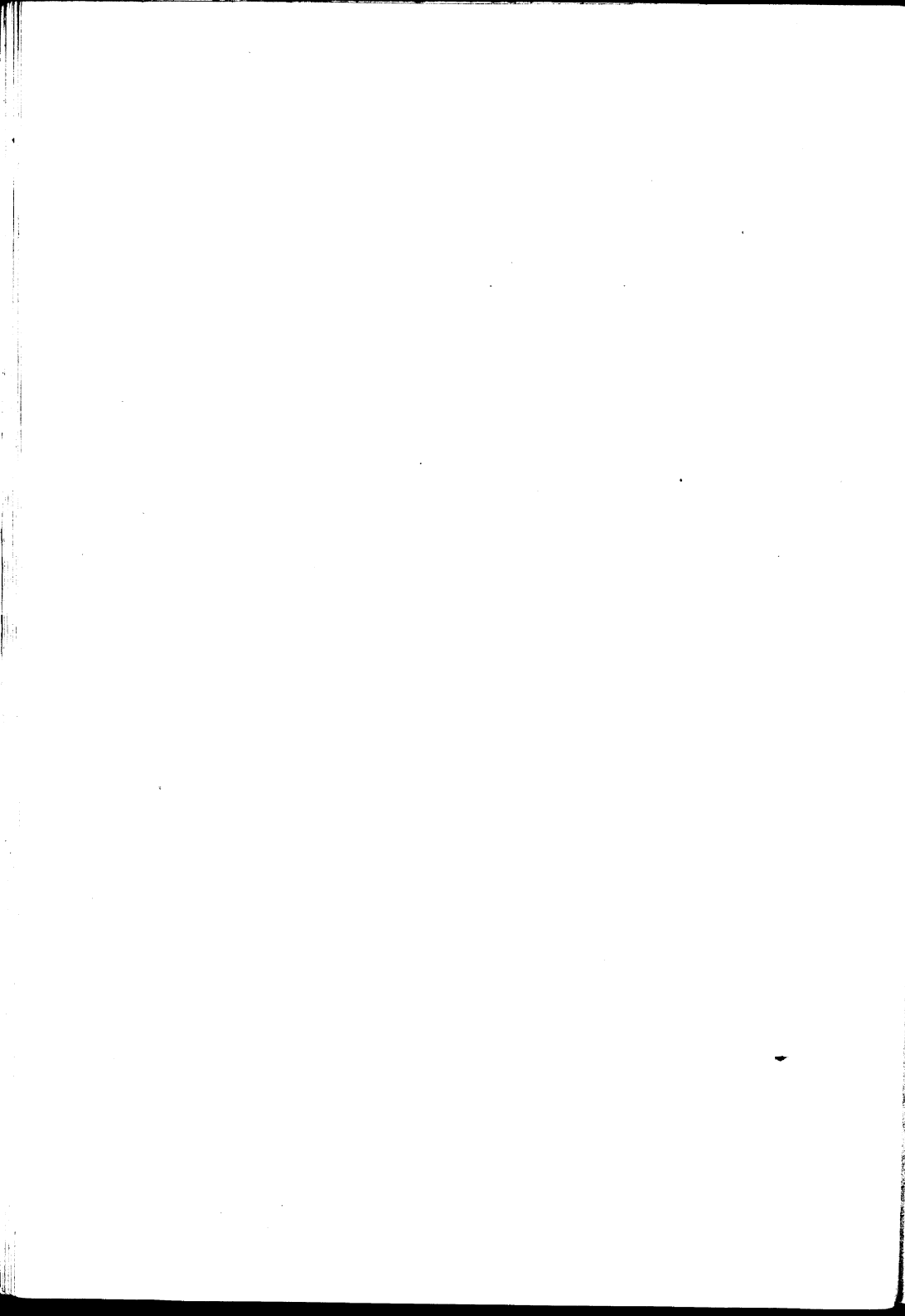
DR. CARLOS BONORINO UDAONDO

Profesor Sustituto de Diagnóstico Médico
Jefe de Clínica de la Sala IX del Hospital de Clínicas
Jefe de la Sala XVII y XVIII del Hospital Torcuato de Alvear



A MI BUENA Y MALOGRADA MADRE

A la memoria de mi inolvidable madre, la primer persona que en la vida me inculcó en el alma y con el ejemplo, la máxima que ha de servirme de norte: «La honestidad y el trabajo representan la línea de conducta a seguir».



A LOS QUE ME HAN AYUDADO

El autor se siente hoy contentísimo poder dedicar este modesto trabajo a todos aquellos que directa o indirecta, moral o materialmente, le ayudaron en el transcurso de su carrera, y a quienes desde luego, y demás estará el decirlo, agradece cordialmente, esperando poder retribuir en igual forma, la ayuda recibida.

Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Nadie ignora qué consistencia, qué alcances puede tener el trabajo con el cual remata su tirocinio universitario un estudiante de medicina. De suerte que superfluo sería prologar esta tesis mía, que en su parte más personal y, por consiguiente, más censurable, o si se quiere, menos ociosa, no es sino un contributo de hechos en abono de teorías y terapéutica, bien conocida en el mundo de la ciencia.

No es pues un prefacio lo que voy a hacer, pero sí una declaración ; y es la siguiente, si hay algo que en mi trabajo llame la atención de los que me han tenido que leer, atribúyase sin más a mis distinguidos maestros, especialmente a los doctores Güemes L., Ayerza, Araoz Alfaro, Penna, Ubaldo Fernández, Centeno J. B., Señorans, Benedit, Sommer, Allende I., Segura, Viñas, Avelino Gutiérrez.

rez, Badía, Bachman, Sicardi G., Sisto, Ricardo Gómez, Mamerto Acuña, Horacio Piñero, Valle L., Arata P., Marcial Quiroga, Nocetti, Alurralde, Cabred, Cremona, Lanari, Bonorino Udaondo, Bazterrica, Salvador, Lagleyze, Susini T., Aberastury; si hay disparates o deslices, dígase resueltamente, sin temor de equivocarse, que es cosa de mi alforja, harina de mi costal.

Saldada así la cuenta con los que me han educado la mente, permítaseme ahora, que en público, dé las gracias a los médicos que a la par, fueron amigos cariñosos: doctor Miguel Castagnetto, Hugo Sinistri, Mariano R. Castex, Luis Pagliere, José Santoro, quienes en distintas ocasiones me han curado de mis achaques con un cariño que jamás olvidaré, con un acierto que mi actual salud confirma a las claras. Uno de ellos, debido a la circunstancia de encontrarme yo, en el campo, y enfermo de cierto cuidado, tuvo que molestarse doblemente, pues debía venir a visitarme con grandes calores, cruzando campo, a pie, y en mal terreno; quiero referirme al bondadoso y simpático doctor Hugo Sinistri, bien conocido en Belgrano y pueblos circunvecinos, donde a fuerza de cultivar el bien y de ser amable y caritativo, ha llegado a la más difícil y envidiable popularidad con el cariño de todos, a ser queridísimo por aquellos que tienen la suerte de conocerle, y estimado, con los respetos que se merece, de todos

aquellos que sólo conocen sus obras : necesario sería no tener sentimientos y ser realmente malo para olvidar las múltiples y delicadas atenciones que ha usado conmigo, durante mi enfermedad.

He querido dejar escrito este agradecimiento particularizado en el doctor Hugo Sinistri, para que me sirva, a mí mismo, algo así, como de recuerdo y estímulo, que en mi carrera he de saber aprovechar.

No debo dejar la pluma sin recordar muy especialmente, al actual director del Hospital Torcuato de Alvear, doctor José A. Viale, uno de los hombres más amigos de la juventud estudiosa, y a quien en tan poco tiempo debo ya múltiples atenciones de naturaleza diversa, pero todas llenas de un empeño, y tan buena intención, que más de una vez me han hecho pensar si me merezco esa confianza, si sabré retribuir y responder en buena forma, a tanta gentileza y a tanta bondad.

Ni soy yo, quien deje sin constancia en este momento importante de mi vida, la simpatía que siento por los médicos del Alvear (a quienes debo en buena parte saberme despachar en la práctica diaria), especialmente por los médicos internos, mis distinguidos, afables y tolerantes amigos : los doctores Cassinelli, Coni Bazán, Barceló y Acosta, hecho que se explica, porque con ellos existe más contacto, base de simpatías y afectos, y por los compañeros de interna-

do, todos buenos amigos míos y que demostraron serlo en mil formas diferentes ; ya haciéndome una guardia trabajosa y cansadora, dado a mi delicada salud de entonces y que claro está significaba evitarme muchas molestias, ya substituyéndome en la Sala por algunas horas, y aún por algunos días, ya cuidando de mi salud, no como simples trabajadores de una misma casa, sino con el afán que uno de mi propia familia, podría tener.

Enfermo y de gravedad como cualquiera de mis compañeros sabe, estuve 40 días en cama en la misma pieza que días antes de enfermar (quizás horas), servía de punto de reunión y de jarana sana ; nunca como entonces, me dí cuenta de las simpatías y del cariño que tenían por mí ; nunca como entonces, me dí cuenta que gran linda cosa es tener alrededor de la cama, enfermeros amigos que siguen las alternativas de una enfermedad, con el empeño de descubrir no ciencia nueva, sino síntoma de mejoría, y yo puedo garantizar que por las caras o manera de hablar de mis compañeros, sabía deducir la marcha de mi dolencia, y lo que pocos minutos antes les había dicho el doctor Mariano R. Castex, médico que me curó en forma tal, que nunca sabré retribuir ; hay favores que no pueden retribuirse ; solamente piden, más : imponen, exigen, eterno reconocimiento, para

lo cual hay solo un juez que no engaña ni equivoca-- el tiempo -- y a él me acuesto yo : ese es mi abogado.

En fin, desde aquí, quiero volver a agradecerles a los practicantes del Hospital Alvear, porque de todos, sano u enfermo, recibí alguna gentil atención.

Yo quedo el amigo de siempre, y quiera Dios pueda en alguna forma hacerles ver que aquellas gentiles y delicadas atenciones no han caído en un alma desagradecida, y aquí también el tiempo, responderá por mí.

Largo sería citarles, pero en nombre de todos vayan Fasulino, Acame, Oxilia, Cavallo, Fages A., Fages G., De Grandi, Planes, Ramilo, Fassio, Drake, Zamudio, Carranza, Carmona Ríos, Pasqués, Coda, Elkin, Gamba, Ojeda, Galcerán, Baca, Vassallo, Tintori, Goñalons, Grimaldi, Rosso, Beltrán P. (jefe de nuestra Farmacia y excelente amigo de la infancia), Iriar, Vilaseca H., Hidalgo J. C., Hidalgo F., Colechia, Zolessi H., Llanos, Hernández, Cerrana, Ras, Dasso F., Fontan J. F., y lo repito, a todos debiera yo mencionar aquí, porque buenos amigos fueron legión de los que ya no están, buenos son los que aún quedan de años anteriores, y ya me distinguen con su amistad y confianza los que recientemente acaban de llegar, y a quienes desde luego, les auguro una estadía de alegre compañeris-

mo y de estudio, con fácil aprendizaje, que no de otra manera puede ser cuando se sabe vivir la difícil vida de familia.

Y no de otra manera puede ser, porque así lo han hecho siempre los practicantes de mi Hospita! donde por galante ofrecimiento del doctor Viale y para mi suerte, quedo de médico.

Y para terminar : conste también en este prólogo, o lo que sea, mi agradecimiento al señor Flavio Molina, ahora sub-administrador del Hospital (nombramiento tan atinado como merecido), por sus atenciones múltiples, como practicante hasta ayer, como médico hoy ; igual cosa debo decir del laborioso amigo Picon, empleado superior de la casa, y cuya mejor alabanza la encuentro en el respeto y cariño, que de cualquiera de sus obreros—sin excepción alguna—ha sabido merecerse. Tengo para mí : que es muy bueno y muy recto y muy justo aquel hombre, cuyos inferiores—todos— califican de bueno, de recto, de justo, y agradablemente impresionado hube de quedar del honesto administrador del Hospital Muñiz, el señor Cornelio Lizarraga, todo un carácter, y a quien conocí en mis últimos tiempos de practicante en el Alvear, como hombre justo y enviado interventor, a raíz de ciertos hechos que piden castigo severísimo, sin lástimas ni perdones, porque es necesario que un buen día se arranque de un tirón varonil las

raíces enfermas... ! porque una vez por todas habrá que terminar con los culpables, sean quienes fueran, que al fin al cabo es más grande y humanitario acabar con ellos con un golpe de maza mortal, que permanecer observando friamente, una agonía larga y dolorosa, de individuos que sólo siendo muertos civiles, se podría conversar de olvido y de perdón. Y después del castigo, que debe ser ejemplar, silencio..... mucho silencio.... !

TEMA DE TESIS:

Manifestaciones intestinales en el cáncer y úlcera del estómago.

CAPÍTULOS

CAPITULO I—Relaciones funcionales entre el estómago y el intestino.—Unidad de ciertos procesos no anatómicos. — Individualización de las diarreas gastrógenas.

CAPITULO II—Nociones sobre examen funcional del intestino.

CAPITULO III—Quimismo gástrico y motilidad intestinal.

CAPITULO IV—El intestino frente a padecimientos gástricos serios.—Úlcera redonda de Cruveillier.

CAPITULO V—Funcionalismo intestinal en el cáncer.

CAPITULO VI—Conclusiones.

CAPITULO I

Relaciones funcionales entre el estómago y el intestino.—Unidad de ciertos procesos no anatómicos.

Individualización de las diarreas gastrógenas

Cuando por una razón cualquiera la digestión estomacal está comprometida o viciada, la digestión intestinal también lo está. Ejemplo al caso. Recordemos lo que ocurre con aquellos en que pasan al intestino alimentos que por cantidad o por calidad no han podido sufrir la completa digestión estomacal. En estos casos, que se presentan todos los días y que rotulamos con el nombre de embarazo gástrico o indigestión (palabra esta última, que nunca he sabido el porqué de su abandono), si un vómito salvador no sobreviene en defensa, el intestino responde con diarrea, también defensiva, que trata de eliminar lo que no pudo hacer el estómago. De todo lo

cual, digámoslo de pasada, se desprende la ayuda que funcionalmente se prestan el intestino y el estómago.

Es que hay que advertir que para que el intestino pueda aprovechar lo que le envía el estómago, es necesario que esté en ciertas condiciones.

El duodeno que es sin duda alguna la porción más importante de todo el intestino (porque es el punto donde confluyen todas las secreciones y porque tiene glándulas propias específicas, las glándulas de Brunner, de estructura diferente de las otras glándulas intestinales, cuyo protoplasma rico en grasa y granulaciones, produce la secretina y la enterokinasa), a punto que algunos autores lo consideran un segundo estómago, tiene en su parte terminal y al comenzar el yeyuno en el ángulo duodeno yeyunal, un espesamiento...

Citamos este dato anatómico para recordar de paso que existen algunos autores que han hablado y hasta descrito con detalles, en la parte inferior, un esfínter que ni Chifoliau, ni Devobe, ni otros, han podido constatar, a pesar de haber hecho prolijas y pacientes disecciones.

Ahora bien, para que comience el trabajo intestinal es necesario que el estómago envíe su secreción normal ácida. En efecto : el HCl. es el mejor excitante de la mucosa duodenal ; su contacto produce la

secretina. El contenido estomacal puede ser alcalino e hiperácido y de ser así este contenido, la función intestinal no se cumpliría, dando lugar a cierto número de fenómenos que tendremos ocasión de relevar.

El sinergismo funcional existente entre los diversos órganos del tractus digestivo es hoy perfectamente conocido en patología clínica; a diario se palpan alteraciones groseras de uno u otro órgano secundarias a una localización determinada. Y ésto sucede no sólo en afecciones orgánicas graves, sino en las simples hiperfunciones o déficits glandulares. Tómese como tipo, lo que sucede en los simples aumentos de la clorhidria gástrica acompañada de rebeldes constipaciones o las insuficiencias motrices del estómago, secundarias a inflamaciones cólicas.

La diarrea, que es uno de los síntomas más rebeldes de la aquilia gástrica, se presenta con caracteres propios bien conocidos en semiología especial y que sólo ceden cuando se establece una terapéutica patogénica.

Igualmente son conocidos los fenómenos dispépticos gástricos de los colíticos o de los apendiculares crónicos.

Podríamos multiplicar los ejemplos para apoyar esta manera de ver; pero lo creemos innecesario por ser demasiado conocidos y para detenernos en

cambio sobre ciertas diarreas que suelen aparecer como complicación de las estenosis pilóricas pasajeras, causadas por un espasmo orificial, y que no son de conocimiento vulgar.

Su conocimiento data de los estudios de Boas, si bien antes, algunos autores, y entre ellos Schmidt y Schütz, habían llamado la atención sobre el particular. Para entrar mejor en materia, referiré, sin más, la historia clínica que debo al doctor Bonorino Udaondo, quien ha querido formase ella parte de mi tesis, favor y deferencia que desde luego voy desde ya a agradecer infinito.

La historia suena así. En el mes de agosto de 1913, concurre al consultorio de vías digestivas del Hospital de Clínicas, una mujer de 26 años de edad, soltera, quejándose de una serie de síntomas gástricos molestos: sensación de peso después de las comidas, náuseas y vómitos dos o tres horas después de la ingestión de alimentos, vómitos fáciles durante tres o cuatro días seguidos, que se repiten después de algún tiempo de intervalo.

Existía además una diarrea profusa con 4 a 10 deposiciones líquidas, precedidas, una que otra vez, por cólicos.

Esta sintomatología databa de un año, y no había sentido sino alivios pasajeros con los tratamientos instituidos por varios facultativos.

Los antecedentes de la enferma no tienen mayor importancia. De cinco hijos ha quedado única, los demás han fallecido. Padres que viven y son sanos. Entre los antecedentes personales de la enferma, sólo anotamos escarlatina y sarampión en la infancia. Menstruada a los trece años, vienen sus reglas perfectamente hasta hace dos años, en que éstas se hicieron irregulares y escasas. Al examinar a la enferma, se ve una muchacha bien conformada, sumamente emotiva y auto-observadora.

No se encuentra ningún estigma histérico. La lengua es húmeda y ligeramente saburral.

Estómago — El borde inferior de este órgano descende hasta el ombligo, existe hiperestesia del plexo soleo y ruido de clapoteo en ayunas.

Sondaje en ayunas — Se retiran 50 c.c. de líquido mucoso con escaso residuo alimenticio.

Acidez total : 36 por ciento.

Acido láctico : positivo.

Acido clorhídrico : francamente positivo.

Sangre : negativo.

Examen microscópico — Residuos alimenticios. Buena cantidad de sarcinas.

Examen jugo gástrico — Almuerzo de prueba de Ewald-Boas y extracción a los tres cuartos de hora.

Acidez total : 48 por ciento.

Acido clorhídrico libre : positivo.

Acido láctico : negativo.

Sangre : negativo.

Radioscopía — La enferma ingiere el 21 de agosto a las 5 de la mañana 200 grs. de una mezcla de 50 gramos de bismuto en agua. El examen se hace a las 11 a.m., es decir, 6 horas más tarde, no habiendo tomado la enferma ningún alimento. Se observa aún en su estómago una buena cantidad de bismuto, otra parte aparece en la primera porción del colon. Dada la comida de Rieder de bismuto, se observa un estómago en forma de cuerno, ligeramente dilatado y con su peristaltismo fisiológico.

Intestino — No se palpa en ningún punto de su trayecto, no es doloroso.

Examen de las materias fecales — Deposiciones diarreicas muy abundantes, muy escasa cantidad de mucus. Reacciones de guayaco y bencidina, negativas ; al examen microscópico, algunos granos de almidón, fibras vegetales, escasos gránulos de grasa. Se observan sarcinas en cierta cantidad. Nada de

particular se encuentra al examen de los otros órganos ; en fin, que estamos en presencia de un doble cuadro de localización digestiva ; un síndrome gástrico respondiendo a una estenosis pilórica probable y un síndrome intestinal caracterizado por su diarrea persistente y rebelde.

La sintomatología pilórica era evidente, aun cuando no constante, por otra parte, la enferma pasaba, como se había dicho, sus temporadas en perfecto estado. Esto permitía casi eliminar la idea de un proceso orgánico, cosa que comprobaba el examen funcional. Se trataba pues de una estenosis benigna espástica. No fué posible precisar en este caso la causa determinante del espasmo ; se supuso que fuese secundario a una úlcera vieja, cicatrizada ya.

Los síntomas intestinales consistían en una diarrea profusa en cuya composición especial sólo se anota de interés la abundancia especial de *sarcinas* que es sumamente raro aparezcan en procesos intestinales primarios y que Boas afirma que jamás se encuentran en las enteritis catarrales, pero solamente en las diarreas gastrógenas y especialmente en aquellas que se acompañan de retención estomacal.

La constatación de abundante cantidad de tejido conjuntivo sin digerir en las materias fecales, permite ser más afirmativo en el establecimiento de

la etiología. Quedó pues aceptado el diagnóstico de *estenosis pilórica benigna con retención moderada, y diarrea gastrógena secundaria*.

El tratamiento y evolución posterior de la enferma confirmó esta hipótesis, se hicieron una serie de lavajes de estómago e ingestión de belladona en píldoras. La diarrea desapareció rápidamente, el estado general de la enferma mejoró con aumento de cinco kilogramos y es dada poco después de alta.

Voy a citar otro caso del cual lamento no haber tomado todos los datos para poder hacer hoy, una historia completa.

La *base*, digamos así, de este caso es la siguiente :

Probar como puede estar enfermo un estómago y bien enfermo sin darnos de su parte ningún síntoma y en cambio ser el intestino el que funcionalmente habla con síntomas ruidosos.

Se trata de una niña de 18 años de edad que un señor X, me recomienda para que la vea y la haga ver en mi hospital.

Antecedentes hereditarios — El padre vive y es perfectamente sano, hombre de 50 años de edad, sólo recuerda haber tenido en su juventud, dolores reumáticos, y neuralgias en la región intercostal, que como se ve es bien poca cosa.

La madre falleció a la edad de 42 años de un cáncer del útero, un mes después de haber sido operada, de una histerectomía total.

Nuestra enferma tiene un hermano de 23 años de edad, robusto, un verdadero atleta.

Antecedentes personales — Sarampión y varicela ; no recuerda precisamente la edad en que fué atacada de estas enfermedades. Menstruó la primer vez a la edad de 15 años y en ocasión de este estado fisiológico, estuvo un tiempo largo, en el cual había perdido completamente el apetito, adelgazando mucho, tanto que sus padres temiendo cosas serias, resolvieron llevarla a Mar del Plata donde estuvo alrededor de 2 meses, para volver fuerte,, con buenos colores, y aumento de peso.

Fué siempre constipada, sufría a menudo de acidez de estómago y cefalalgia.

En general dormía mal, se despertaba varias veces en la noche, soñaba fuerte, a tal punto que asustaba a los de la familia.

Yo ví por vez primera a esta enferma en septiembre del año pasado en el Hospital Torcuato de Alvear.

Enfermedad actual — La refería á 6 meses atrás. De los datos que me dió y del resultado del examen médico que hice a la enferma puedo escribir así :

En la región hipogástrica se producía un dolor que al rato se generalizaba en todo el vientre sin propagarse hacia atrás, luego iba disminuyendo paulatinamente hasta no dejar más que una sensación de molestia indefinida.

Esta sintomatología solía aparecer tres o cuatro horas después de las comidas y le duraba de 2 a 3 horas. El dolor se presentaba después de alguna comida muy abundante, especialmente cuando la alimentación había sido a base de carne.

A estos ataques, que últimamente se habían hecho muy frecuentes, seguía a veces, un estado de suma postración.

Y en estos ataques lo que más le molestaba era una diarrea más o menos intensa (tres, cuatro, hasta cinco deposiciones diarias).

El examen del vientre no revelaba nada de anormal a la *inspección* ; a la *palpación*, cuando se hacía profunda, despertaba dolor en la fosa ilíaca izquierda y a lo largo del colon descendente, había cuerda cólica. En resumen : enferma con pasado gástrico, y cuyo único síntoma realmente molesto es la diarrea, síntoma que explica el por qué la enferma quedaba tan abatida después de su ataque.

Realmente me encontré confundido y ante esta sintomatología sui generis, traté que vieran a la enferma dos de mis compañeros, hoy médicos, los doc-

tores Acame y Fasulino que han vuelto a darme una mano a la reconstrucción de esta historia clínica.

Por decir verdad, ninguno de nosotros hizo el diagnóstico de esta enferma; los tres quedamos más o menos conformes, pensando que se trataba de indigestiones en una muchacha nerviosa y con un estado de hiperclorhidria pasajero al cual no le acordamos ninguna importancia. En cuanto al embarazo gástrico lo creíamos cosa segura ya que su ataque, coincidía con una comida abundante.

Esta coincidencia atenúa, sino legitima, hasta cierto punto nuestra equivocación. Yo no volví a ver a la enferma sino 2 meses después en que una tarde fuí llamado urgentemente, a su casa, porque había tenido una fuerte hematemesis. Entonces el diagnóstico, si bien reservado, me pareció que se imponía y diagnosticué, úlcera de estómago. A los 9 días de este accidente fué operada en un sanatorio y se le hizo una gastroenterostomía.

Los 10 primeros días, todo fué bien, y cuando no se hacía sino esperar, la curación completa, la enferma muere de golpe, sin que se haya podido saber la causa de este desenlace tan triste y desagradable.

En conclusión, este caso quizá más que el anterior, podría resumirse así: padecimiento gástrico gravísimo; sintomatología gástrica nula o insignificante; síntomas intestinales no patognomónicos,

por cierto, pero suficientes para pensar en un posible padecimiento gástrico, y en un padecimiento de esta naturaleza pensaría yo, después de lo sucedido.

De esta paciente hubiese sido muy interesante conocer la composición química del jugo gástrico, y hacer un análisis de materias fecales, pero tan seguro estábamos de nuestro diagnóstico que ni siquiera se nos ocurrió tal cosa !

Hoy con otros conocimientos, seríamos un poco más exigentes en el estudio de la enferma, y de sus líquidos orgánicos.

Fuera de lo interesante que tiene el caso en sí, debemos hacer notar que tiene interés bajo otro punto de vista ; recordemos que nuestra enferma era hiperclorhídrica y por ende debería ser una constipada sabemos en cambio que el síntoma que dominó siempre fué la diarrea.

Una vez más se constata que en medicina nada hay absoluto.

Hago notar este hecho porque me parece de valor.

Ciertos procesos gástricos pues, sólo se revelan por síntomas intestinales ; la aquilia gástrica, ó sea la falta de secreción, se revela por diarrea ; así como la estenosis benigna del píloro también se revela por diarrea como queda descrito en la observación primera que hemos leído.

CAPITULO II

Nociones sobre examen funcional del intestino

Desde luego ¿cuál es el fin de un diagnóstico funcional ? ¿Qué se propone un diagnóstico funcional ? Yo copio lo que dice Schmidt, pues la contestación a esta pregunta tiene su importancia ya que es la base para desarrollar el capítulo.

Habla Schmidt «El fin del diagnóstico funcional en todas las ramas de la medicina es buscar de descubrir trastornos en el trabajo fisiológico de los órganos (de su función) en un período de evolución donde no existen todavía signos objetivos, pero solamente sensaciones subjetivas vagas o aún mismo ausencia total de síntomas, como por ejemplo : en la aquilia gástrica» (falta de secreción).

Hay órganos cuyo examen funcional resulta sumamente fácil, V. gr. el estómago, para no salirnos del aparato digestivo ; fácil, porque hacemos llegar

una sonda y recogemos el contenido, que en ciertas condiciones tiene real valor y nos sirve para presumir o asegurar una gastropatía. Pero el intestino no se presta a esta clase de examen por su misma disposición anatómica ya que no vamos a admitir con Hemmeter y Kuhn que es posible atravesar el píloro por medio de una sonda. No negamos el hecho; lo que negamos es que esté al alcance del práctico, que es a lo que debe tender todo procedimiento que se proponga indagar la función.

Entonces, cuando se trate del estudio funcional del intestino, debemos dirigirnos al examen de las materias fecales, o a las enseñanzas que pueden recogerse de otros órganos, o por las orinas, que, bien interpretados, sino hacen el diagnóstico nos encaminan, nos ayudan a llegar al diagnóstico.

Schmidt se queja de la indiferencia que existe en todo lo que a la coprología se refiere. En efecto, así es: pocos médicos dan la importancia que tiene el estudio de las materias fecales; solamente en los casos groseros se hace dicho examen y de visu, que vale tanto como no hacer nada sobre todo en ciertos padecimientos intestinales y aún gástricos.

Las quejas que Schmidt hace son pues fundadas. No menos acertadas son sus sospechas acerca de las razones de una tal negligencia. El docto clínico pregunta: «¿Es lo desagradable del asunto? ¿Es qué

las deducciones que pueden hacerse son tan insignificantes que no vale la pena de tomarse esa molestia ? ». Las dos cosas a la vez concurren y causan la negligencia lamentada y criticada.

Sin embargo y a pesar de todo lo desagradable que tiene esta clase de exámenes, esa *non curanza* de parte de los médicos, debe terminar.

Así como dentro del examen general de un enfermo, no nos olvidamos de ver y, si es posible, medir exactamente la orina, emitida en 24 horas, análogamente debemos hacer con respecto a este otro producto del metabolismo orgánico ; que siempre nos servirá para atar cabos a los efectos de las conclusiones subsiguientes.

Ahora bien, si en ciertos casos recurrimos a un régimen de prueba para estómago, lo mismo tenemos en nuestras manos un régimen de prueba para el funcionalismo intestinal, al cual se está obligado a recurrir en no pocos casos.

No es cosa fácil encontrar un régimen de prueba que pueda llamarse por sus resultados, impecable ; siempre existen algunas causas de error. Con un régimen mixto el organismo elimina, según Rieder, casi el 29 por ciento de su azoe por las materias fecales. Strasburger ha calculado que con una alimentación de digestión fácil, más de la mitad del azoe total debe colocarse a cuenta de la flora intestinal.

En cuanto a las sustancias grasas, Rubner ha encontrado de 3 a 6 gramos de extracto de eter en la cantidad total de las deposiciones por día, con una nutrición casi desprovista de grasas.

Citamos estos datos para probar lo que enunciamos anteriormente, esto es, que no existe régimen de prueba sin defectos y, como deducción, que no podemos aplicarlo cuando se trate de pequeñas anomalías en el estado normal.

Añádase a ésto, que no tenemos todavía, como dice Schmidt, un procedimiento práctico para la determinación de los residuos hidrocarbonados en las materias fecales.

Verdad que Strasburger es autor de un procedimiento exacto y sensible, pero el tal procedimiento escolla en un grave inconveniente al implicar no sólo al médico, que interprete el análisis, pero también un químico y un buen químico, que lo ejecute.

Un régimen de prueba debe reunir cierto número de condiciones :

1º Que sea tolerado por personas sanas y enterópatas, por lo menos la inmensa mayoría de las veces.

2º Que dé lo menos posible detritus, pero lo suficiente, para que obren como reflejo.

3º Composición de los 3 grupos principales de

alimentos, esto es, substancias albuminoideas, hídrazos de carbono (feculentos y azúcares) y grasas.

4º Que sea simple, fácil de conseguir.

Hay muchas comidas de prueba que pertenecen a autores diferentes. Una de las más utilizadas (y la que nosotros hemos puesto en práctica en los trabajos de nuestra sala), es la que pertenece a Schmidt y a Strasburger, a la cual como a las demás pruebas, se le han señalado inconvenientes y apuntado objeciones. Por ejemplo, se ha dicho que los enfermos se someten a esta prueba de mala voluntad, que el método es en cierto modo complejo...

Schmidt, que es uno de los autores del método, afirma en cambio por su parte, que muy pocas veces ha tenido que vencer verdaderas dificultades en casi centenares de aplicaciones, tanto en enfermos de hospital como en particulares : lo mismo piensa el autor de este modestísimo trabajo, basado en la observación y en su reducida práctica. Y si no basta agréguese que de esta misma opinión son muchos médicos que han tenido la oportunidad de darse cuenta de la existencia de esos pretendidos inconvenientes, como Boas, Strauss, Rosenheim, Kuttner, Selter, Haley, Goodboly, para citar algunos, entre tantos que podrían mencionarse.

La dieta de prueba a que nos referimos es como sigue :

Por la mañana : 500 gramos de leche y 50 gramos de bizcocho.

A media mañana : 500 gramos de sopa de avena compuesta de 40 gramos de harina de avena mondada, 10 gramos de manteca, 200 gramos de leche, 300 gramos de agua y un huevo, todo ello pasado a través de un tamiz.

A medio día : 125 gramos de ternera asada ligeramente, con 20 gramos de manteca, de modo que su interior esté crudo. Además 250 gramos de puré de patatas (preparado cociendo 190 gramos de patatas, 100 gramos de leche, 10 gramos de manteca, reducido todo a 250 gramos).

Por la tarde : Como por la mañana.

Por la noche : Como a media mañana.

Esta alimentación de prueba contiene, según Schmidt, 2234 calorías, a saber : 102 gramos de albúmina, 111 de grasa y 191 de hidrocarburo.

El enfermo deberá tomar esta comida durante 3 días más o menos, de tal suerte, que tengamos la seguridad de que las materias fecales que se recogen pertenezcan exclusivamente a esa alimentación. En general, dice Schmidt, ésto ocurre ya a la segunda deposición, pero para que no quepa la menor duda se puede dar al paciente al comenzar la prueba, una oblea con 0.30 gramos de carmín que nos permitirá

reconocer la primera deposición por su coloración roja.

Además de los inconvenientes que se han atribuído al método, podríamos apuntar otros, que quizás tengan más fundamento. Por el hecho (y ésto resa también para la prueba del estómago) de presentar una composición siempre igual, se tropieza con las particularidades individuales de la alimentación de cada enfermo (Sahli).

Hemos estudiado una manera de hacer el examen funcional del intestino ; este examen puede llamarse indirecto. Hay otro no menos importante : los directos : a) con auxilio de los rayos X (radioscopia) ; b) haciendo ingerir al enfermo sustancias que van a colorear a las materias fecales ; c) tratando de obtener jugo duodenal.

Entre los procedimientos directos merece especial mención *la prueba de la traversía digestiva* : consiste ella en conocer el tiempo que tarda una sustancia para recorrer el intestino. Este procedimiento nos sirve, en cierto modo, para deducir la motricidad intestinal.

La sustancia a ingerir es variable ; se han utilizado muchas : Por ejemplo, Maurel, empleaba la leche e invitaba a sus enfermos a fijarse cuando aparecía y cuando desaparecía en sus deyecciones.

Rubner intercalaba una comida de prueba entre dos regímenes lácteos.

Otros autores tuvieron la feliz idea de aplicar los rayos X en este estudio.

Empleaban una cápsula de bismuto que es una substancia impermeable a los rayos X. De esta manera se ha podido saber que en el estado normal la duración de la travesía total duraba entre 18 y 20 horas. Este procedimiento se debe a Sicard y a Infroid, si bien los primeros en utilizar la radioscopia fueron Boas y Devy-Don.

Estos métodos han sido modificados por Hertz, el cual, después de haber dado al enfermo pan, arroz y 30 gramos de carbonato de bismuto, observa que la sombra que proyecta el bismuto hace su aparición en el ciego entre 3 y media horas y 5 horas después de la ingestión más o menos, y como término medio, podríamos decir 4 horas y media. Este tiempo corresponde entonces a la travesía del intestino delgado, recordando y teniendo presente que el contenido gástrico hace su evacuación pilórica en media hora. El bismuto, que para aparecer en el caecum necesita 4 horas y media, llega al ángulo hepático del colon entre 5 y 8 horas, y al esplénico en 9 horas.

El bajamiento de las materias fecales en el colon descendente, es muy lento.

Basados en que ciertas substancias no son atacadas por los jugos digestivos, algunos autores se valieron de ellas con el mismo fin que Maurel usaba la leche y Sicard e Infroit las cápsulas de bismuto ; esas substancias son : trapos, esponjas, pedacitos de huesos, que naturalmente resulta fácil encontrar en las heces. Entre los que han utilizado estas substancias, pueden citarse a Adamkiewicz, Voit, Salkowski y Muntz. Van Noorden usa carbón vegetal, que colorea de un modo particular a las materias fecales, y Mathieu, Laboulais y en especial modo Gaultier, han puesto en práctica el polvo de carmín.

Otro de los procedimientos llamados directos, es el examen de la secreción. Es necesario obtener jugo duodenal, y ésto es lo difícil. El primero que lo experimentó fué Boas en el año 1889, el cual por medio de un masaje forzado hace reffluir jugo duodenal al estómago que era retirado por una sonda estomacal.

Más reciente son los procedimientos de Mac Einhorn. Un primero llamado «del dedal» lleno de líquido, teñido por la bilis, y respondiendo al jugo intestinal. El mismo autor modifica su procedimiento y hace por lo pronto ; una verdadera aspiración del contenido duodenal en una forma que se consigue obtenerle más puro y en mayor cantidad. Otros muchos autores se han ocupado en este

particular, como Kuhne y Hemmeter, Groso, Defele, Rosenberg, etc. Los dos primeros modifican la instrumentación ; los tres últimos publican un buen trabajo sobre la composición química del jugo intestinal que obtienen por medio de una sonda larga (1,50 metro), que en una de sus extremidades lleva una perla metálica y que facilita la extracción.

Por último, y siempre dentro de los métodos indirectos, podemos citar uno que tiene la ventaja de no necesitar la introducción de ningún instrumento en el estómago, pero que no puede considerarse tan exacto como los otros porque implica un análisis de orina del cual es indispensable sacar conclusiones : Este método es de Sahli, y la manera de proceder, es la siguiente : Se hace ingerir 0,50 grs. de iodoformo (los mismos resultados obtendríamos con el salol) en cápsulas de Gluten que no se disuelven en el jugo gástrico, pero sufren disolución, y rápida, al contacto del jugo pancreático. El iodoformo ingerido va a desprender iodo que se pondrá de manifiesto en la saliva y en la orina, teniendo el cuidado de anotar el momento que ese cuerpo se presenta en esos dos elementos (saliva y orina). En personas sanas la reacción de la saliva será positiva, más o menos a las cuatro o cinco horas. Pero este ensayo tiene su peligro de error, especialmente en lo que se refiere a la motricidad gástrica. De

modo que, desde el punto de vista práctico, los resultados llamarán nuestra atención sólo cuando hubiese un retardo muy grande.

Ya hemos dicho, en páginas anteriores, la importancia que tiene la coprología; y no está pues fuera de sitio que digamos algo más sobre este tema, que no hemos dicho. Un examen completo de materias fecales es ineludible en muchos casos; en otros, se hará necesario un examen macroscópico solamente y en otros por fin, le tocará al microscopio el papel principal.

El estudio coprológico debe ser ejecutado con materias fecales tan frescas como sea posible. Se comienza por hacer el examen macroscópico, el que nos dará datos, en lo referente al color, consistencia, olor, etc., etc., y aquí cabe una pequeña observación. Y es ésta: que no pretendo hacer ni siquiera una síntesis medianamente detallada, de un examen de esta naturaleza, que sobre ser tarea muy larga, resultaría extemporánea.

Mi propósito es sólo indicar a grandes rasgos todo lo que debe hacerse con una materia fecal cuyo análisis nos interesa por una razón cualquiera.

Del examen más simple, el macroscópico, ya podemos sacar conclusiones útiles. Supongamos ver por ejemplo, que es de color masilla u otro que como éste, conocemos ya su significación diagnóstica; su-

pongamos haber encontrado v. gr., pus, o sangre, o parásitos, está demás decir la importancia que tienen estos elementos...

Podemos saber aún de donde vienen el pus, la sangre, etc., para lo cual trataremos de ver si estos elementos son fácilmente separables, o están por así decir yustapuestos, la superposición, por ejemplo, nos indicaría que el pus viene de la parte inferior del grueso intestino, recto, y flexura sigmoidea, etc., etc.

En seguida procedemos a hacer una trituración de una pequeña cantidad de materias fecales : en un mortero de porcelana añadimos gota a gota, agua destilada (algunos centímetros), hasta obtener una mezcla homogénea, se expande esta masa en capa delgada sobre un recipiente de vidrio y así podremos ver, todo aquello que es posible ver a simple vista.

Al estado normal : y con régimen de prueba no se debe observar después de esta operación más que algunas partículas mínimas moreniscas o de un color morenisco rojizo del tamaño de una cabeza de alfiler.

Al estado patológico : puede observarse residuos alimenticios y materias accidentales, residuos de tejidos conjuntivos y tendones que provienen de la carne, pequeños filamentos de tendones, pueden encontrarse al estado normal ; pero si estos filamentos

dice Schmidt son en mayor número y más voluminosos, se trata de trastornos digestivos y precisamente de una perturbación de la digestión gástrica.

Podemos encontrar además, resíduos de tejidos muscular, de papas, de materias grasas, mucus, cristales de fosfato amónico, magnésico, etc.

Terminado el examen macroscópico, se puede (y a veces se debe) hacer el examen microscópico si bien tiene una importancia relativa ya que permite raramente descubrir, estados patológicos, dice Schmidt, y de mi parte al menos, puedo asegurar que nunca me ha servido este análisis sino para muy poca cosa.

Y así habrá llegado la hora del examen químico.

Una de las partes de este examen, la investigación de sangre, se hace casi sistemáticamente en mi servicio, a cargo del doctor Bonorino Udaondo. Está demás decir la importancia que tiene la presencia de este producto orgánico cuando la sangre no se ve, el Wheber es positivo y la Bencidina responde en la misma forma (son estos los dos reactivos que usamos preferentemente en el servicio mencionado).

Parecería paradójal la cosa, pero así es, y exagerando un poco, podríamos decir: la presencia de sangre en las materias fecales tiene una enorme importancia, precisamente cuando no se hace presente, cuando no se ve; no existe para el ojo



del enfermo, y del médico, pero sí para el ojo del microscopio, o para el tubo de ensayo en el cual la aparición de un color A o B, o el viraje del color C al D, que hayamos utilizado el Wheber o la Bencidina o cualquier reactivo de los que a cada momento hechamos mano en la clínica diaria y que nos pone en condiciones de saber con seguridad si en la materia fecal que estamos ensayando, hay presencia o ausencia de sangre.

Por fin el examen de las materias fecales se termina haciéndolo desde el punto de vista bacteriológico, que es de indiscutible importancia. Y pasemos a otra cosa, sin salirnos del todo de esta cuestión.

La constipación, como la diarrea, no son enfermedades, son simplemente síntomas ; decir que un enfermo tiene diarrea o constipación, vale tanto como decir que un enfermo tiene temperatura, disnea, poliurea, etc. Es necesario, pues, que busquemos la razón, el porqué de esos síntomas ; sólo así podremos hacer el pronóstico del caso y el tratamiento de la causa. Digo ésto, porque quiero ahora referirme a una diarrea que puede llamarse gastrógena, por ser el estómago que la engendra : el intestino no hace sino responder dando diarrea.

Esta variedad de diarrea es debido a una insuficiencia de la digestión estomacal y a una evacuación muy rápida del estómago.

Entrevista por Trousseau que describe « La diarrea por tonicidad exagerada », ha sido en estos últimos tiempos nuevamente estudiada por Oppen, Hayem, Fremont, Soupault.

Soupault y Français, han dado una excelente descripción fijando la patogenia y el tratamiento.

Bajo la influencia de una evacuación tan rápida, los alimentos que parten del estómago están mal divididos y mal licuados; el bolo alimenticio juega el rol de cuerpo irritante y provoca un trabajo exagerado, trayendo como consecuencia la diarrea.

Esta diarrea de los dispépticos tiene por carácter principal ser monosintomática y de acompañarse de un estado general más bien satisfactorio.

Estos pacientes, más que enfermos, se sienten molestos, y es lo que los distingue de las diarreas crónicas, debidas a lesiones ulcerosas del intestino, o a enfermedades generales, como también de las debacles de los constipados, en los cuales la diarrea, no es más que un accidente pasajero y accesorio (dato deducido de la tesis de Joseph Foucau).

CAPITULO III

Quimismo gástrico y motilidad intestinal

Aquí como en el capítulo anterior comenzaré por advertir que no voy a desarrollar el tema con todos los detalles que se merece, porque, si ésto me propusiera, habría material para un volumen.

Todos sabemos cuanto se ha escrito sobre motilidad intestinal y cuanto se ha dicho y trabajado en materia de quimismo gástrico. Intentaré, pues, un resumen general de este tópico, necesario para poder luego hablar, como se comportan estas funciones cuando existe una úlcera ó un cáncer en el estómago.

Conocer el estado del quimismo gástrico, en ciertos casos, es tener en las manos el diagnóstico o por lo menos es siempre una ayuda poderosa para llegar á él.

El valor semiológico del quimismo gástrico no

se discute y la interpretación de un análisis de esta naturaleza es relativamente fácil; basta una cifra a veces, otras, basta la presencia o ausencia de un elemento anormal o normal para dilucidar un punto obscuro o para confirmar sólidamente un diagnóstico de presunción.

Claro está que, así como para hacer un diagnóstico de angina diftérica no es siempre de imprescindible necesidad el examen del laboratorio (y lucido estaría el médico si para inyectar suero esperease al bacteriólogo), del mismo modo para diagnosticar úlcera ó cáncer del estómago, no hace falta conocer el quimismo gástrico, pero aún aquí como en el caso de la difteria, no están de más los análisis correspondientes.

Mathieu y Roux en su tratado de patología gastrointestinal, al hablar del valor semeiótico del quimismo gástrico, apuntan tres estados en los cuales su conocimiento es de importancia; cáncer y úlcera, la gastritis y la dispepsia.

A nosotros nos interesa ahora las dos primeras: cáncer y úlcera, tema de nuestro trabajo.

Como en todo lo que a medicina se refiere es necesario conocer el estado normal para que, comparando, podamos hablar de estados patológicos.

Los autores que se han ocupado de quimismo gástrico, parten, como dice Mathieu y Roux, de la

siguiente hipótesis : que existe un tipo secretorio normal y que todas las variaciones por encima o por debajo de este tipo, deben ser consideradas como estados patológicos ; y esa es la base para la deducción de nuestras conclusiones.

Los análisis de jugo gástrico, de cuya importancia todos los médicos están convencidos, no excluyen de manera alguna el error que puede derivar de muchas causas y no todas siempre evitables.

Por eso que deben ir acompañados de la observación continua del enfermo, del examen médico completo, y así como al descubrir albúmina no siempre descubrimos un nefrítico, y así como no basta constatar una disminución de la hemoglobina para diagnosticar cloro-anemia, de la misma manera, el haber encontrado aumento o disminución de ácido clorhídrico no es razón suficiente para que hablemos ya, de un seguro padecimiento gástrico, porque en efecto, el quimismo puede ser muy variado en sujetos que gozan de una perfecta salud.

Lo que conocemos con el nombre de quimismo normal y del cual nos hablan los libros, no se encuentra con mucha frecuencia ; por el contrario, cuando se han hecho algunos análisis concluye uno por convencerse que, aún en personas sanas puede haber un estado de hiperclorhidria ; pasajero o no, desde que bien podría ser esa la normal en determinados

sujetos ; de suerte que, si solouviésemos en cuenta el análisis llegaríamos a un diagnóstico equivocado. Es pues la reunión de varios factores y no de uno solo lo que nos dará la llave del padecimiento que sospechamos. En clínica esta advertencia puede formularse á cada paso.

En conclusión, podríamos terminar diciendo : el análisis químico sella el diagnóstico.

Como en todos los líquidos orgánicos, antes de hacer otras investigaciones se comienza por el estudio macroscópico.

Ante todo, fijaremos nuestra atención en la cantidad de líquido que retiramos con la sonda ; luego habrá que reparar en su aspecto, si están los alimentos digeridos o no lo están, y, en este caso, cuáles son las sustancias que no han sido atacadas por el jugo gástrico o lo han sido solo a medias.

El olor, la densidad, el color, la reacción : he ahí datos que no habrá que descuidar nunca por ser á veces de capital importancia.

Terminado este examen (que no lleva mucho tiempo), lo primero que debemos hacer es estudiar la acidez total, operación rápida y útil. El proceso es el siguiente : 10 c.c. de líquido filtrado, más 2 ó 3 gotas de solución alcohólica de femolptaleina (al 1 %) y que es el indicador. Una bureta de Mohr debe estar preparada con una solución al décimo

normal de soda, de esta bureta cae gota a gota la solución dicha hasta que el líquido contenido en un frasco Erlenmeyer, por ejemplo, quede definitivamente de color rosado. Este color nos indica que el líquido ha pasado al estado alcalino. A este punto observamos los cm^3 . que se han utilizado y se hace el cálculo, multiplicando el número de centímetros cúbicos que fué necesario hacer caer de la bureta por 0.00365 (factor constante).

Si quisiéramos saber la acidez del jugo gástrico por mil, no habría más que multiplicar por cien.

El cálculo puede ser hecho en otra forma : refiriéndolo, como hacen los alemanes, directamente a la soda. Ahora bien, esta acidez encontrada, ¿de quién puede derivar ? Primero del HCl . libre y el combinado ; segundo de los ácidos orgánicos, butírico, láctico, acético, ya sea en estado libre, ya sea en combinación, y tercero, de los fosfatos ácidos.

En un jugo gástrico conviene, y mucho, saber si existe HCl . libre, ácido láctico, butírico y otros ácidos. Lo mismo podríamos decir refiriéndonos a otros elementos, pero en los exámenes corrientes, que deben hacerse rápidamente en las clínicas, conviene conocer especialmente aquellos tres mencionados.

Es indudable que es el examen completo el que nos dará los elementos suficientes para deducir conclusiones científicamente satisfactorias, mas ésto in-

cumbe al laboratorio, en un hospital, o al químico, tratándose de enfermos particulares. Veamos como se investigan los ácidos mencionados.

La presencia de HCl. puede ponerse de manifiesto de diferentes modos : Por el rojo de Congo, ya sea en solución, ya sea por una carta impregnada de este líquido (cuando hay ácido clorhídrico libre cambia del rojo al azul), por el reactivo de Gusburg, compuesto de floroglucina 2, vainillina 1 y alcohol absoluto 30 gramos. Dos o tres gotas de este reactivo más dos o tres gotas de contenido gástrico filtrado, bastan para el ensayo.

Se calienta todo en una cápsula de porcelana. Si existe ácido clorhídrico libre da una coloración rojo carmín. De este procedimiento hay una modificación de mayor sensibilidad ; es el mismo reactivo, pero en lugar de ser alcohol absoluto, como en Gusburg, es alcohol metílico. Y en esta pequeña modificación consiste el procedimiento de Striezna. Existen otros métodos para el mismo fin : con violeta de metilo, dimetil-amido-azobenzol, tropeolina 00, v. gr.

Para hacer el análisis cuantitativo de este mismo ácido, existen varios procedimientos : ya sea utilizando una solución alcohólica de dimetil-azo-benzol, ya por el método de Mintz, por el de Hayem-Ehinter o por el de Siringo ; finalmente el de Topfer, uno de los más empleados en clínica, porque tiene la ven-

taja de darnos al mismo tiempo acidez total y los ácidos clorhídricos y combinados.

En cuanto al ácido láctico, el reactivo más empleado es el de Uffelman, cuya preparación es la siguiente :

Solución al 4 por ciento 10 c.c.

Agua destilada 20 cm³.

Agregar percloruro de hierro, 1 gota

En un tubo de ensayo, al contenido gástrico se agrega un poco de Uffelman. Si la reacción es positiva, nos dará una hermosa coloración amarillo canario. Este reactivo es muy sensible y puede acusar el 1 por ciento.

El método ha sufrido algunas buenas modificaciones, como la de Straus y la de Bouyet. Otro de los ácidos, cuya presencia es importante, es el butírico. Desde ya puede decirse que un contenido gástrico que tenga ácido butírico se revelará inmediatamente por el olor tan característico que desprende, y que recuerda bastante bien el olor de la manteca rancia. Cuando el jugo gástrico es tratado por el Uffelman, si contiene ácido butírico en cantidad más o menos de 5 por mil, nos dará una coloración amarillo pálida. Si hecho esto, queda alguna duda, puede hacerse la contraprueba. A 10 c.c. de jugo gástrico se le agrega 50 c.c. de éter, se decanta y se

evapora el éter ; al residuo se agregan algunas gotas de agua y una pequeña cantidad de cloruro de calcio. Si el ácido que buscamos se presenta, lo hace bajo la forma de pequeñas gotas grasosas con el olor que ya conocemos.

Naturalmente que con lo descrito, el análisis está muy lejos de poder llamarse completo ; falta aún mucho y no de poca importancia ; pero nosotros hemos querido hablar simplemente de aquello que en general se hace en una sala de hospital o que un práctico puede hacer en su consultorio sin el concurso del químico y que debe hacerlo en bien de su enfermo.

Para que fuese completo el análisis, faltaría agregar la investigación cuantitativa y cualitativa de los fermentos gástricos (pepsina, lab-fermento y lab-zimógeno, fermento lipolítico, productos de la digestión), hacer el estudio de la digestión de los albuminóideos, hidratos de carbono (feculentos y azúcares), de los productos normales del contenido gástrico (mucus, saliva, bilis, jugo pancreático) y por fin hacer el examen microscópico.

Si nos resolviéramos a hacerlo, debe utilizarse lo que ha quedado sobre el filtro o el residuo que nos deja la sedimentación del contenido estomacal. Y hay que poner de manifiesto : primero, residuos alimenticios, segundo, residuos provenientes de las pa-

redes de los órganos digestivos, tercero, microorganismos.

A costa de ser pesado he de insistir nuevamente sobre el valor que en clínica tiene, el encontrar en un análisis, una mayor o menor cantidad de ácido clorhídrico o de ácido láctico, y sobre la necesidad de que todo análisis vaya acompañado de otras observaciones clínicas. Queda así tratado lo grueso del quimismo gástrico. Pasemos a estudiar ahora la segunda parte de este capítulo.

La motilidad intestinal es siempre un tema de actualidad, porque siempre hay constipados sobre todo, y porque cada enfermo de esta naturaleza significa para el médico un problema cuya resolución resulta difícil, desesperante a veces, y no sólo para el paciente que agrega a su mal, el estado nervioso que tan frecuentemente le acompaña, sino para el facultativo, que agota en muchas ocasiones, toda la terapéutica del caso, sin haber conseguido nada o para conseguir poca cosa.

Desde luego, y aquí más que nunca, el fracaso será la consecuencia de un mal diagnóstico. Me explico. No basta que digamos «constipado», hemos de preguntarnos: ¿por qué este sujeto está constipado? Hecha esta pregunta y estudiada en consecuencia la semiología del síntoma, es posible que concluyamos haciendo una buena terapéutica.

En una de las interesantísimas y nutridas conferencias del doctor Ayerza, que por espacio de 2 años tuve la suerte de escuchar, le oí decir un día jueves (clase práctica) que cada vez que llega a su consultorio un enfermo de esta naturaleza le hacía pensar seriamente sobre la manera como le trataría.

Esto demuestra una vez más que la dificultad existe y que salir del paso no es tarea obvia.

En esta misma conferencia nos decía que, dejando a un lado todas las divisiones y subdivisiones que andan por los libros al hablar de constipación; él, para sí mismo, tomando como base el volumen y la forma que el vientre presenta al examen, dividía a estos enfermos en dos grandes categorías : por atonía y por espasmo.

Hay constipados con gran vientre y los hay con vientre retraído; en tesis general, los primeros son constipados por atonía; los otros por espasmo.

Para mí tiene una grandísima importancia esta manera de encarar el problema. Desde luego, es un criterio fácil de recordar que nos hace pensar en seguida en el tratamiento que convendrá instituir.

Claro está que puede haber un gran vientre con espasmo; pero ésto no es de ninguna manera la regla, y que en medicina no haya nada absoluto no es una novedad.

He dicho que me parece muy cómoda e importante la división que hace el doctor Ayerza en lo que se refiere al tratamiento, y ésto es esencial, porque el enfermo lo que nos viene a pedir es que le curemos y hay que iniciar el método de curación lo más pronto posible.

Si el enfermo tiene un vientre muy abultado, caído a veces, que contrasta visiblemente con el estado general del mismo (y en efecto, no es nada raro encontrar en el hombre, y más en la mujer, caras chicas, menudas, en relación al vientre), será un constipado por atonía, y se explica : la fibra muscular a la cual está encargada la tonicidad, como quien dice, la contracción que ha de producir el movimiento, queda sin su tonicidad normal y, como consecuencia, el intestino se deja dilatar poco a poco (y así, en la misma forma, poco a poco, va perdiendo su tonus), hasta que un purgante o un edema venga a barrer su contenido. Es inútil y perjudicial en estos casos todo lo que sea enemas o purgantes, pues no hacen sino disminuir cada vez más la tonicidad, que es precisamente lo que en estos enfermos está comprometido, y con frecuencia su uso que con mucha facilidad se pasa al abuso, crea un estado de constipación realmente serio. Es bien sabido para los que están al contacto diario de los enfermos que de un tiempo a esta parte, el enema se ha convertido en el cúralo todo, sin pen-

sar en los innumerables inconvenientes que presenta, sin darse cuenta que pretender curar un síntoma tan molesto con terapéutica, tan equivocada, es no hacer más en fin de cuentas, que dificultar en el futuro la tarea del médico, cuando se resuelven, cansados de ensayos, en someterse a un tratamiento inteligentemente ordenado como sólo puede hacerlo el facultativo, y no como por desgracia creen hasta personas inteligentes (lo que resulta imperdonable), que el farmacéutico está en condiciones de hacerlo, o lo que es peor, el específico alfa o beta que naturalmente promete la cura radical en poco tiempo, no faltando nunca en estos casos el infeliz que mediante algunos pesos jura por todos los santos y por escrito al fin del cual se lee la firma del infeliz o del pícaro, la eficacia del remedio y su milagrosa curación.

A mi manera de ver, el específico no debería existir, y de existir, no debiera darse al público sin la receta del hombre de ciencia.

De otra manera, cuando no es un robo, daña la salud.

En general, esta clase de constipados no sufren dolores; pues este síntoma es más propio de los espasmódicos.

Habrà pues, que dejar de lado los enemas y los purgantes; convendrá darles en cambio, una me-

dicación que despierte a esa fibra muscular dormida, y nada mejor que la nuez vómica que promueve la contracción.

Opuestos a estos enfermos son los otros, de quienes nos choca el vientre tan retraído a pesar de tener aspecto y cuerpo bien desarrollado. Son los constipados por espasmo, para los cuales el doctor Ayerza recomienda una bolsa de agua en el vientre y valerianato de amonio para combatir simultáneamente el dolor, y el espasmo, causante de la constipación.

Creo que después de lo dicho aparecerá evidente que esta manera de plantear y resolver el problema es de las más fáciles y de las más cómodas. Por lo que a mí se refiere, he tenido la oportunidad de aplicar el sistema en algunos enfermos de mi sala en el hospital, y en algunos pacientes que me han consultado fuera del hospital.

Sobre este punto, francamente yo no puedo sino felicitarme del método, y como me siga dando este resultado, no seré yo quien se ponga a ensayar otro.

Y ya que he tenido la oportunidad de citar al doctor Ayerza, quiero aprovechar lo que ella me brinda para agradecerle las enseñanzas que he recogido en sus conferencias, porque debo a él lo poco que pueda yo haber asimilado, de lo mucho que encierran sus lecciones en la clase, y al lado de la cama del enfermo, la verdadera clase, donde explica y en-

seña, donde se puede sacar gran provecho de su manera de transmitir conocimientos, riendo de una parte, no avergonzando jamás por otra, al alumno que no sabe o no recuerda alguna de sus preguntas. Profesor que averguenza a sus discípulos, no merece el honroso título de maestro ; por fortuna ya no quedan en nuestra escuela hombres que enseñan, y a quienes pueda caber este duro reproche.

He hablado de la manera como trata los constipados el doctor Ayerza ; pero no he entendido con ésto decir que irremediablemente tengamos que ajustarnos siempre a esa diviisón y tratamiento. Lejos de ésto, pienso escribir aquí, que significaría esquematizar en medicina, cosa imposible, hoy al menos.

Casos hay, en que habrá que seguir otro camino y muy otro.

Hecha esta especie de salvedad, continuemos tratando el tema, para lo cual tengo un stock de observaciones y estadística, aparte de que yo mismo fuí, por desgracia, un enfermo de esta naturaleza, y no hay observación que sea más bien llevada que la propia. Quiero referirme a otra de las causas : a la *constipación por hemorroides*.

Se puede ser constipado por motivos muy distintos, como distintos son también sus efectos. No es el caso de citarlos todos ; me bastará hacer mención sólo de uno, que es muy común, y que quisiera po-

der llegar a la demostración, que si es efecto muchas veces, otras (y no son pocas) puede ser considerado como causa : las hemorroides. En general, se dice : las hemorroides son la consecuencia de la constipación y se deben a los esfuerzos en el momento de defecar, y es verdad, no lo negamos ; pero la constipación será mayor en estas condiciones, porque debido al dolor y a la hemorragia que se produce, el enfermo trata de retardar todo lo posible ese acto, y ésto es suficiente para que aumente más, si cabe. Como se ve, ellas pueden ser causa y efecto simultáneamente.

Sin embargo, al decir hemorroides se tiene tendencia a referirlas a un efecto, muy pocas veces o nunca se piensa que pueden ser causa ; mientras la verdad es que pueden ser causa de ella, como de todos los disturbios y los achaques que molestan y abaten al enfermo.

Es tan cierto lo que acabo de decir, que de los libros más serios, modernos y mejor documentados que han visto la luz en estos últimos años, el de Hertz (1913), « Sobre constipación y trastornos intestinales que a la constipación van unidos », dice poco más o menos al hablar de hemorroides : « Las hemorroides simples no aumentan la constipación que les ha dado nacimiento, que si los paquetes hemorroidales se inflaman, determinan la inhibición de

los movimientos intestinales, así como la contracción espasmódica del esfínter del ano, y el dolor que el enfermo experimenta al defecar es tal, que le hará retardar lo más posible esa función, dos factores : dolor y contracción espasmódica, que lo llevarán a la larga a la disquesia ».

Yo voy a decir aquí, lo que me ha sido dado observar sobre este punto para sostener con argumentos (que me parecen satisfactorios y convenientes) que muchas veces, haciendo desaparecer los paquetes hemorroidales por la intervención quirúrgica, se llega a curar constipaciones rebeldísimas. .

Podría presentar algunas historias clínicas que prueban lo que he dicho, historias que tengo en mi poder y que han sido seguidas por mí mismo en las salas donde fuí practicante ; otras tengo, que pertenecen a diferentes servicios de mi hospital Torcuato de Alvear, algunas, que sólo conozco en sus líneas generales, y no pocas, son todas aquellas que podría facilitarme el doctor Luis Pagliere, cirujano de los hospitales Alvear e Italiano, el cual hablando sobre el tema, me dijo un día (con toda la modestia que le sabemos, aquellos que como yo, estamos más ó menos a su lado) : ¿y muchas veces la constipación no tendrá como causa única los paquetes hemorroidarios ? Y desde ya podemos adelantar que el doctor Pagliere ha tenido ocasión de operar muchos enfer-

mos con brillantes resultados, y a este mismo éxito feliz llegaron los pacientes que suman buen número, intervenidos por nuestro Director, el doctor José A. Viale, en sus no reducidos años de práctica. Pero, por otra parte, tantas historias clínicas me ha parecido implicarían un trabajo muy largo, y no del todo oportuno. Por ésto es que prefiero limitarme a comentar el tema, citando aquellos casos más gráficos.

Conozco algunos enfermos que han sido constipados durante muchísimos años atrás, que han recorrido innumerables consultorios médicos y hospitalarios, de los cuales salían con una receta siempre diferente o siempre igual, que para el caso da lo mismo, si se piensa o se juzga por el triunfo ; conozco enfermos que han tomado cuanto medicamento y específico dicen curar, y sin embargo, no han podido verse libres de esa molestia. Pero un buen día, ya porque los paquetes hemorroidales se han hecho muy grandes, ya porque son muy dolorosos, o porque ha intervenido otra causa cualquiera, como el consejo de alguien que nos estima, se deciden a operarse, y veinte días después se asombran de tener una primera deposición espontánea, que es seguida de otras y otras.

En una palabra, se han curado por completo y definitivamente de su rebelde dolencia.

Creo que la consecuencia lógica que se desprende de lo dicho es única y necesaria. Desde el momento que quitadas las hemorroides, la constipación ha desaparecido, significa que la causa estaba allí y no en otra parte.

Sobre este particular mi convicción está formada, y lo repito, por mi propia y dolorosa experiencia.

No haciendo excepción a la regla también yo, como los demás pacientes de constipación hemorroidal, hice de todo para curarme : Regímenes higiénicos, *regímenes alimenticios* variados, y regímenes no a capricho y a placer, sino de autores conocidos o aconsejados por un facultativo capaz y tampoco a capricho de momentos, tomando tal o cual cosa y dejando la otra, porque no agrada, o porque parece que no hará todo el bien que buscamos ; manera de comportarse, propia del médico o del estudiante cuando equivocadamente pretende curarse solo. No puedo pues reprocharme ninguno de estos achaques, desde que las indicaciones terapéuticas eran ordenadas por nuestros profesores, a muchos de los cuales importuné más de una vez.

A pesar de toda la ciencia y buena voluntad de mis maestros, no obstante mis cuidados prolijos y metódicos, la mejoría, la franca mejoría, no llegó a producirse nunca.

En tales condiciones me encontraba, cuando un buen día el doctor Luis Pagliere, a quien le estoy cordialmente agradecido, me sugiere la idea de operarme asegurándome (dentro de lo que se debe y se puede asegurar en medicina) que dolor, molestias, hemorragias, todo desaparecería, según había visto suceder con otros pacientes, y que en una palabra, mi curación sería radical. En efecto, diez días después del consejo, que en su consultorio particular yo solicité, el doctor Pagliere, con el método de costumbre, y usando como anestésico la cocaina local, me operaba en el Hospital Torcuato de Alvear, en la sala del doctor José A. Viale, nuestro ejemplar Director, siendo ayudado por mi buen compañero Nicolás Fasulino, que se prestó gustoso a mi primer insinuación.

Dieciocho días más tarde fuí dado de alta ; desde entonces acá han pasado 12 meses ; no he sufrido nunca más, he aumentado 12 kilos de peso (de 58 estoy ahora en 70). La constipación ha desaparecido como por encanto, y con ella los disturbios múltiples y variados que ese achaque trae indefectiblemente.

Al decidirme, y resueltamente a aquella operación, me animaba el hecho que un compañero del mismo hospital, hoy médico, había sido operado por el doctor Pagliere, curándose de una constipa-

ción rebelde que databa de 6 a 7 años. Existía, en este caso, grandes paquetes, extropión de la mucosa, e incomodidad dolorfísima como puede presumirse.

Hace cinco meses y medio, otro compañero del curso, practicante del Hospital de Niños, actualmente médico, vino a este establecimiento (Torcuato de Alvear) para que le examinara el doctor Pagliere, el cual le aconsejó la intervención. Cuatro días después estaba operado, por el mismo doctor Pagliere, a punto que al noveno a contar de la intervención se creyó en condiciones de asistir a una representación teatral. No volvió al hospital, pero me consta que éste nuestro colega, aún a pesar de su conducta post-operatoria condenable, hoy se siente curado completamente y ha aumentado de peso en forma tan visible, que lo ve un ciego.

Son muchos los casos que sobre este particular podríamos hacer mención y con su historia completa, pero he preferido los citados, por ser, como quien dice, de la casa, y por lo mismo, más sugerentes.

Mencionaré, como final de este punto, un caso que yo tuve en mi sala 18 del Hospital Torcuato de Alvear y que lo recuerdo porque me hizo mucha impresión. Era un señor de 40 años más o menos, que vino del campo, La Pampa me parece, y solicitó una cama de este establecimiento para curarse de su constipación, que era pertinaz. Eran cinco o seis

los años que padecía, había hecho de todo según su propia confesión. Había visto cuanto médico pudo ; desesperado, fué hasta las curanderas, plaga esta última, más difícil de hacer desaparecer que la constipación misma ; porque, y por desgracia, no se puede con esta raza de enfermos, utilizar, el escalpelo, que es la única medicación que queda por ensayar.....

Nuestro enfermo era, sin embargo, una persona bastante inteligente para prestarle fe a la ciencia infusa de esas pobres infelices. Pero era tal su desesperación que habría experimentado hasta los ensueños.

La primera vez que le ví en la sala me pareció de estar por delante de una persona que tuviese un padecimiento serio : llegaba en muy mal estado de nutrición, cara desencajada, ojerosa, ojos escondidos en las órbitas, mejillas hundidas y con una palidez marcadísima ; en fin, la facie de un basiloso —y basiloso fué el diagnóstico que se me ocurrió al verle—tal era su aspecto.

Contó hasta con ínfimos detalles sus antecedentes, y en la manera de hablar se leía al sujeto neurasténico. Nos dijo que venía a tratarse de su constipación y que si no lo curábamos estaba decidido a suicidarse. Cito este hecho para hacer notar el estado de desesperación a que lo había reducido su enfermedad.....

Pasó algunos meses en el hospital. El doctor Carlos Bonorino Udaondo se ocupa del caso seriamente, pero a pesar de todo lo que hizo, no consiguió más que mejorías tan pequeñas, que no satisfacían al enfermo, y francamente ; no nos satisfacían a nosotros tampoco.

Se le propuso la intervención repetidas veces sin resultado ; no quería de ninguna manera dejarse operar. Al fin, viendo que los tratamientos médicos más variados, los más escrupulosamente llevados, no le daban ningún resultado, decidió por fin operarse.

Se hizo el procedimiento que hace siempre el doctor Pagliere (que pronto voy a describir), y en la sala del doctor Viale, donde este médico es jefe, Fasulino y Fazio, dos de mis compañeros recientemente recibidos, le operaron. Veinticinco días más y contento nuestro enfermo me solicitaba el alta, que contento yo también y previo algunos consejos médicos, me apresuré a conceder, y puedo asegurar que nada había, nada quedaba de aquel pobre hombre que habíamos visto entrar algunos meses antes pidiendo se le curase, con su hábito externo de baciloso.

No hace mucho nos escribió una carta, en la cual, recordando su enfermedad y su milagrosa..... curación..... nos aseguraba que no olvidaría nunca

a sus médicos, al Hospital Torcuato de Alvear, etc., etcétera.

Desde el jefe de la sala II, nuestro amigo común, el doctor José A. Viale, y digno director del Establecimiento, hasta el practicante mayor, que hasta ayer lo era el Dr. Fasulino ; hoy, mi otro excelente camarada, José Cavallo, a quien sólo separan algunos meses para ser médico ; todos, y con eso dicho queda los otros dos cirujanos que operan en este servicio, el doctor Luis Pagliere, al cual lo he manifestado ya, debo en buena parte mi salud, y el doctor Salvador Nicolini, que ha querido la suerte, dármele en el momento actual como jefe de la Sala que he quedado como médico. todos ellos al operar un enfermo de hemorroides, siempre, sin excepción, y sintemáticamente, lo hacen ajustándose á la sencilla técnica que no me parece fuera de lugar hacer conocer, en este trabajo.

He aquí la manera como se procede en la Sala II, que por cierto es bien simple.

Anestesia : A un centímetro de la abertura anal, y subcutáneamente, se hace una primera serie de inyecciones con una solución de clorhidrato de cocaína al 0.25 %. La segunda serie se hace intramuscular en el espesor del esfínter anal, y la ter-

cera, submucosa. Bastan 0,05 a 0,08 cents. cúbicos de cocaína, para obtener la anestesia suficiente.

Operación : Se introduce en el ano un especulum que dilata el esfínter, facilitando la aprehensión de los paquetes hemorroidarios internos, se retira el espéculo y con pinzas de Kocher se toman todos los paquetes que bordean el ano.

Con una aguja cargada con seda gruesa, se ligan en su base y se los secciona al termocauterio.

Tal es la operación con todos sus tiempos, que como se ha leído, no podría ser ni más sencilla, ni más rápida, ni más fácil.

Aún no perteneciendo a esa sala, he visto operar en la misma, no menos de veinte pacientes, y no conozco fracaso alguno ; yo mismo soy un ejemplo bien elocuente, habiendo quedado muy satisfecho del método que defiendiendo por convencimiento.

Las curas ulteriores son de las más inocentes, apenas si requieren una gasita sobre los muñones hemorroidarios, y a ésto se reduce toda la curación. Esa gasita nunca se adhiere a la herida, y siempre se la encuentra suelta ; así fuí curado yo con delicadeza y cariño por mis buenos compañeros de hospital, Oxilia, Draque, Cavallo y Fasulino, este último y a mi pedido ayudó en la intervención al doctor Pagliere, como ya lo sabe el lector.

Si dijese que alguna vez sentí dolor al curarme, no diría la verdad. Y en esta misma forma son tratados todos los enfermos de la sala ; no sé que alguien haya debido arrepentirse de su operación ; en cambio conozco más de tres enfermos, porque los he visto, y muchos por referencia, que han quedado desgraciados in eternan, con el procedimiento de White-His. En la misma Sala II, ha llegado del campo hace más de un año y medio, uno de esos pobres enfermos, hombre de 27 años de edad ! al cual un médico de campaña, deshonesto, inconciente e incapaz, y por el vil interés, cometió el imperdonable delito de operarle, sin saber operar, haciendo precisamente un procedimiento que requiere mano hábil. ¡ Así fueron los resultados ! Le dejó con una de las incontinencias más enormes que yo haya visto en el transcurso de mi carrera ; bueno y humanitario sería que el tal médico, en lugar de tener tanta audacia, tuviese en cambio, por decoro profesional, sino por conciencia, el buen sentido de repasar la anatomía normal, que falta le hace ; con eso, sabría al menos donde está situado el músculo que se llevó brutalmente por delante, y aprendería la función del mismo, que a las claras está, no conoce ni por las tapas.

Y entendámonos que no digo yo que el White-His sea un mal procedimiento, decir ésto sería sencillamente dejar escrito un desatino médico ; lo que

• digo y sostengo, es que el White-His tiene serios peligros para el operador inesperto ; en cambio, el que hemos detallado y que se sigue en la Sala II del Hospital Torcuato de Alvear, puede ejecutarlo cualquier médico, con un poco de cuidado, y por menos cirujano que se sienta. Esto, y sólo esto, entiendo decir en la crítica al método White-His.

Lo más desagradable de toda la intervencion que venimos tratando, es precisamente algo que nada tiene que hacer con el método elegido, y es el enema..... el antipatiquísimo enema..... que debe darse a estos enfermos al cabo de ocho a diez días de intervenidos. Aquello..... palabra de honor..... es alumbrar..... y gemelos !

CAPITULO IV

El intestino frente a padecimientos gástricos serios.--Úlcera redonda de Cruvillier

N. B.—Antes de tratar del tema que anuncia este capítulo, debo hablar sobre funcionalismo en los hiperclorhídricos e hipoclorhídricos : es necesario.

El solo enunciado de este punto, nos va diciendo que las funciones intestinales pueden estar comprometidas o desviadas en afecciones a punto de partida gástrico, nueva prueba, si se quiere, de la relación funcional que guardan estos dos órganos entre sí. De suerte que, antes de particularizarnos sobre la úlcera o sobre el cáncer, sería conveniente decir como se comporta en general, funcionalmente, el intestino en los hiperclorhidrios y como en los hipoclorhídricos, ya que estos dos estados del quimismo gástrico guardan tan estrecha relación con el *ulcus* y el *cancer*.

Veamos lo que ocurre en los hipoclorhídricos. La mayor parte de los autores señalan en los hipoclorhídricos la diarrea ; pocos hablan de la constipación y entre ellos debemos citar a Einhorn.

Este autor hace una división de lo que se llama « aquilia gástrica » (apepsia). Hela aquí :

Los unos no presentan ningún síntoma ni del lado del estómago, ni del lado del intestino. Otros no presentan más que síntomas intestinales, siendo el principal una diarrea intensísima y otros por último, presentan trastornos gástricos asociados a perturbaciones intestinales ligeras. Son éstos los que dan constipación y serían los más numerosos. Para otros autores, sin embargo, la constipación no sería pertinaz, como la de los hiperclorhídricos.

En general, se trata más bien de alternativas de constipación y de diarrea, y algunas veces, los períodos de este síntoma se prolongan tanto tiempo que harían creer en una diarrea verdadera, sino se encontraran en esas deposiciones, materias fecales duras y secas.

Foucaud ha observado en más de la mitad de los casos que en la hiperclorhidria, la diarrea es el fenómeno más corriente.

Oppler, trae en un trabajo que vale, publicado en el año mil ochocientos noventa y seis, una serie de observaciones, de enfermos con diarrea crónica

y que presentaban después de una comida de prueba, una disminución marcada de HCl.

Las mismas observaciones han sido hechas por Shutz, pero sin duda a Soupauld cabe el honor de haber estudiado mejor este punto.

Sobre 32 enfermos presentando diarrea crónica, notó lo siguiente :

Apepsia 4, hiperclorhidria 19 : 23, o sea el 72 por ciento.

Normal 6, hiperclorhidria 3 : 9.

Por nuestra parte, hemos visto que, en general, hay un aumento del quimismo gástrico.

La diarrea tiene, en ciertos casos, algunos caracteres particulares. Desde luego, su carácter esencial es su cronicidad; el enfermo tiene 4, 8, 10 deposiciones al día, abundantes pues, y en general sobrevienen después de las comidas, al despertar, y algunas veces a la noche.

Son deposiciones líquidas, casi acuosas, y encierran, a veces, granos de mucus. Teniendo en cuenta la experimentación de un lado y la clínica del otro, algunos autores dan la explicación siguiente : Al estado normal los alimentos quedan en el estómago un cierto tiempo y no lo abandonan sino cuando se encuentran más o menos divididos y licuados, y en aquellos casos, el contenido gástrico pasa al intes-

tino en un tiempo que no ha podido prepararse, para que todo ocurra como debiera.

El bolo alimenticio juega en estas condiciones el rol de cuerpo irritante; el intestino responde a esta irritación con un trabajo exagerado y como consecuencia se produce la diarrea.

En las deposiciones de estos enfermos, no es muy raro encontrar restos alimenticios suficientemente reconocibles que han sido ingeridos una hora antes por ejemplo, y aún media hora antes. De este modo es como se unen aquí dos cosas: Primero, una insuficiencia de la digestión estomacal, y segundo, una evacuación demasiado rápida del contenido gástrico—factores ambos que concurren al mismo fin.

En los hiperclorhídricos sucede lo contrario.

La constipación es la regla para muchos autores (Frenkel, Einhorn y G. Lyon); constipación rebelde acompañada de colitis mucomembranosa muchas veces.

De las historias clínicas que tengo en mi poder, la mayor parte abona la opinión de los autores citados. De una estadística sobre este punto sacamos las siguientes conclusiones:

<i>Hipercloridrias en general</i>			
En 20 casos.	{	Constipación.....	4 80 %
		Diarrea.....	5 16 »
		Enteritis muco membranosa.....	10 14 »
		Normal.....	1 4 »
		20 casos	

Hiperclorhidria con lesión de píloro

En 29 casos.	{	Constipación.....	5	63 %
		Diarrea.....	3	37 »
			8 casos	

Hiperclorhidria con lesión de píloro

En 29 casos.	{	Constipación.....	19	85 %
		Diarrea.....	2	10 »
		Enteritis moco-membranosa.....	7	30 »
		Normal.....	1	
			29 casos	

De lo dicho resulta que la constipación es el estado más frecuente, puesto que se presenta en los 4/5 de los casos.

Así lo dicen, por otra parte, la experiencia de Hiroch, Von Meerin, Pawlow, Gilbert y otros.

Esta constipación parece estar ligada a la hiperclorhidria sola. La hiper-acidez del jugo gástrico es un inhibidor de la motilidad intestinal; más el contenido estomacal es ácido, más su marcha es lenta, perezosa.

Se ha observado muchas veces que la diarrea en los hiperclorhídricos debe ser considerada como accesoria. Por lo menos, ésto creen Leube, See, Debove, Remond y Hayen, que han llamado la atención sobre el particular.

Podríamos citar también a Soupont, quien, en 1902, hizo notar (en una comunicación a la Socie-

dad de Terapéutica), la frecuencia de estos dos estados, manifestando que la causa hay que buscarla en una evacuación demasiado rápida del estómago.

De esta misma opinión es Hayen, que describe claros casos demostrándolo. Para otros autores (Robin, Boudet, etc.), el origen de la diarrea estaría en las fermentaciones gástricas que no son raras en los hiperclorhídricos, como no lo son en los hipoclorhídricos.

Estudiados estos dos estados que, como decíamos al comenzar, tienen tanto que hacer con la úlcera y el cáncer, analicemos ahora las manifestaciones intestinales en la úlcera.

Las opiniones sobre el funcionalismo intestinal en esta afección no son como las del funcionalismo intestinal en el cancer; antes bien, hay conformidad, o por lo menos nunca ha dado lugar a opiniones tan perfectamente opuestas como ocurre en el carcinoma.

Desde luego, casi todos los autores están acordes en aceptar que la constipación es la regla. Las opiniones comienzan a distanciarse cuando se entra a interpretar el síntoma. Aquí las maneras de ver son muy diferentes. Citaremos entre tantos pareceres los que a nuestro juicio tienen mejor fundamento.

Courtois y Suffit lo atribuyen a la atonía intestinal; Einhorn, Leube, etc., a un estado de pereza en el peristaltismo; M. Bouveret a la hiperse-

creción ; por fin, M. Frenkel lo atribuye al aumento de HCl, a la hiperclorhidria.

Algunos autores describen en ciertos casos de ulcus un estado opuesto a la regla, pero entonces más que un estado opuesto, hay estados alternativos : ora constipación, ora debacles diarreicas. Puede, sin embargo, presentarse, en la úlcera del estómago, la diarrea solamente ; pero este fenómeno, suele suceder a continuación de una gastrorragia. Entonces la diarrea, en este caso particular, tiene el tipo melénico.

Existe una triada sintomática clásica en la úlcera del estómago, *dolor, vómito y hemorragia*, pero si esperáramos siempre la triada para hacer el diagnóstico, muchas veces se nos escaparía un ulcus o cometeríamos errores lamentables (si el lector quiere molestarse, lea la última de mis historias clínicas) de diagnóstico, con su lamentabilísimo corolario, de pronóstico, y tratamiento.

Así, por ejemplo, no debemos ignorar que existen úlceras en las que : vómito y dolor, no existen y sólo una hemorragia nos hace pensar en ulcus, como también hay que saber que existen úlceras latentes sin ningún signo subjetivo ni menos objetivo, y casos hay en que signos de dispepsia nerviosa, llevan al médico a un diagnóstico falso.

La úlcera como el cáncer, pueden tener repercusión sobre el intestino y la tienen respondiendo en general con constipación.

En una estadística de Foucauld de 35 casos, los resultados son los siguientes :

Constipación	18 Enfermos	90 %
Diarrea	10 Enfermos	10 %
Enteritis muco-membranosa.	7 Enfermos	35 %

La constipación es la regla en el *ulcus* y no debe sorprendernos ; pues los fenómenos que dominan son los de una enteritis pilórica y la constipación que en este caso se presenta tiene los mismos caracteres que la producida en las estenosis ; en consecuencia es pertinaz, y se marca muy especialmente en el momento de las crisis dolorosas. Por último, este síntoma dominante está ligado a la motricidad en primer término y a la hiperclorhidria en segundo. Como prueba, basta recordar que, después de una gastro-enterostomía, la regularidad de las deposiciones es un hecho.

Diarrea — Es una excepción, dice Foucauld, de donde saco en parte estos datos : en 20 casos sólo la presentaban dos enfermos, los dos hipoclorhídricos, con 0.64 y 1.47 respectivamente, y es muy posible que sea debido a este quimismo gástrico.

Enteritis muco-membranosa — Se le encuentra, término medio, en un tercio de los casos, y este estado sigue a la constipación y tiene el mismo origen : el espasmo principalmente.

Según una pequeña estadística levantada por mí mismo y que se compone de varios casos de ulcus, casos que muchos de ellos he seguido o sigo al enfermo, y que en consecuencia, las observaciones tienen mayor importancia, en especial manera, aquellos que por ser de mi sala, se prestan para estudiarles con más atención y diariamente, pues de estos casos tengo historias clínicas completas que no describiré con todos los detalles porque resultaría mi trabajo demasiado largo y quizás demasiado pesado, de aquí que me limito a resumir muchísimo a cada una de las historias, haciendo resaltar aquellos datos que tengan relación con mi tesis, o que yo creo puedan tener algún interés médico para el lector.

Y ésto que digo de la úlcera gástrica, podría repetirlo al tratar de cáncer. También aquí hice, en las mismas condiciones que en el ulcus, una modesta estadística que es la mejor manera para probar la mayor o menor frecuencia de un síntoma dado.

Puedo asegurar que tan modesta como sea la estadística de cáncer y úlcera a que me refiero, tiene el mérito (permítaseme esta auto-alabanza) de ser escrupulosamente llevada, en cuya tarea fuí ayu-

dado por mis buenos compañeros de internado, a los cuales quiero recordar como muestra de aprecio y agradecimiento : Accame, Lucero, Fasulino, Fazio, De Grandi, Fages Alberto, Fages Germán, Cavallo, Zamudio, Drake, Gamba, y en fin, todos los demás practicantes del Alvear, porque todos, en una forma o en otra, me aliviaron en esta tarea y en otras muchas, como lo he recordado en las primeras páginas de esta tesis, cumpliendo así, con el deber que los hombres agradecidos están en la obligación de cumplir.

CAPITULO V

Funcionamiento intestinal en el cáncer

Hemos dicho al hablar de las relaciones funcionales del estómago e intestino (primer capítulo de este trabajo), que ciertos procesos gástricos sólo se revelan por síntomas intestinales y citamos como ejemplo, lo que *ocurría* en ciertos casos de aquidia gástrica (falta de secreción), en los cuales el intestino responde con diarrea.

Referimos, por otra parte, lo que acontecía en ciertas estenosis benignas del píloro que también eran acompañadas de diarrea como síntoma intestinal.

Yo creo que ha llegado ahora el momento de recordar lo que dijimos, y de aquí que lo mencione.

Este síntoma diarrea, en lo que se refiere al cáncer, ha sido motivo de discusiones que no han terminado todavía.

Tripier (Lyon Medical, 1881, pág. 141) cree que la diarrea no aparece sino en los períodos avan-

zados de la enfermedad y que es debida a una alimentación relativamente abundante, cuyos productos serían la causa de una irritación secretoria y motriz.

Müller (Deutsche Med. Woch., 1888, página 141) sostiene que en un 35 por ciento de los carcinomas gástricos existen descargas diarreicas.

Boas (Archiv für Verdauungs Krank, 1901, página 413), tiene como exagerada la cifra que anota Müller.

Kuttner (Berliner Klin. Woch., 1906, N.º. 23) no nos habla de diarrea y al contrario, queda convencido que en la gran mayoría de los casos de cáncer gástrico el síntoma dominante es el opuesto, la constipación. De esta misma manera de ver son Trousseau, Jaccoud, Lasege y otros.

Trousseau dice en sus clínicas : « en el cáncer del estómago existe una gran constipación a menos que el cáncer no esté profundamente ulcerado, en cuyo caso al mismo tiempo que los vómitos son menos frecuentes existe una diarrea que no tarda en hacerse litérica ; los alimentos se escapan a través del orificio constantemente abierto, antes de haber sufrido en el estómago una elaboración suficiente ».

En cuanto a Jaccoud y Bunton, dicen textualmente : « La constipación es la regla al principio de la enfermedad y durante todo el tiempo que precede al reblandecimiento de la úlcera ».

En este momento la diarrea es constante ó, por lo menos, muy frecuente y resulta de la irritación producida por la materia cancerosa que llegando al intestino sufre su descomposición. Es pues, un fenómeno tardío de la enfermedad, y ésto explica la gravedad de su pronóstico, pues es un nuevo ataque que no va a soportar un organismo tan debilitado como el de un enfermo de esta naturaleza.

Lassegue cree que la constipación es lo habitual en estos casos; en cuanto a la diarrea, que algunas veces aparece, es una diarrea de indigestión o de embarazo gástrico (como se está empeñado en decir).

Otros muchos autores piensan lo mismo que los precitados, y de ellos podríamos mencionar a Bouvet, Courtois, Suffit, Hayen.

Mathieu y Einhorn opinan que en el comienzo de la enfermedad existe constipación para aparecer después recién la diarrea continua, o períodos en los cuales hay constipación unas veces, diarrea otras.

No es de este sentir Urrutia que, en un trabajo publicado en la Revista Clínica de Madrid, año 1913, nos trae esta estadística.

Sobre 143 casos de aquilia el 30 % tenían diarrea y en los restantes había especial predisposición para tenerla.



El examen coprológico, según el método de Schmidt, da el siguiente resultado :

Enteritis (intestino delgado)	50 %
Colitis	20 %
Entero-colitis	30 %

En un 23 % existía dispepsia de fermentación asociada.

Elsner, en su tratado de « Enfermedades del estómago », llega a la misma conclusión. Elsner, pues, cree que la diarrea es el síntoma más frecuente en el cáncer.

Algunos autores dicen que la diarrea se observa en el 18 por ciento de las anaclorhidrias (cáncer, aquilia, etc.).

Al principio de este estudio, hemos dicho que muchas veces la diarrea es el único síntoma intestinal de una úlcera, y citamos in extenso los casos que lo prueban : El primero era una enferma de hospital—caso del doctor Bonorino Udaondo—el segundo, era una muchacha, que yo atendí en parte, más como amigo de la casa que como médico, y de la cual he dado la historia clínica, aunque no tan completa como hubiese deseado.

Puede, pues, el lector, si ha tenido la paciencia de seguirme hasta aquí, recordar el capítulo donde

están descritas estas dos historias clínicas, e intercalo las líneas anteriores para que nos convenzamos una vez más de las rarezas, porque si sólo hubiésemos tenido en cuenta la motilidad intestinal, el diagnóstico que se imponía era cáncer, y no úlcera, y en ninguno de los dos casos a que hicimos referencia resultó eso. Así se supuso por lo menos, en la enferma del doctor Carlos Bonorino Udaondo, y en cuanto al segundo la niña que yo ví y de la cual conocemos los datos, la laparotomía no dejó lugar a dudas.

Prosigamos con el cáncer.

Ahora diré la opinión que he podido formarme teniendo en cuenta los diferentes factores siguientes :

Primero, sobre lo que he visto en mi período de estudiante, estando al contacto diario de los pacientes.

Segundo, sobre mucho, relativamente, que he leído (libros, revistas, conferencias de profesores nuestros y extranjeros, historias clínicas de mi Sala y de otras salas). Obran en mi poder 15 historias completísimas, provenientes del Hospital Nacional de Clínicas y de la sala IX a cargo del doctor Araoz Alfaro, un nombre que es todo una garantía de acierto y prolijidad, historias que debo a la gentileza del doctor Bonorino Udaondo, mi padrino de tesis.

Tercero, sobre el resultado de mis preguntas a varios médicos que han tenido ocasión de ver algu-

nos enfermos en el hospital y fuera de él ; pues bien, con todo este material y con toda esta experiencia propia, y robada, digo que en el carcinoma gástrico es con mucho, la diarrea, el más frecuente de los síntomas intestinales, de modo que podría considerarse, sino la regla, por lo menos, lo más común en esa afección, sobre todo con respecto a los casos muy frecuentes (no lo ignoro), en que el cáncer de estómago va acompañado de constipación.

La explicación de este tipo de diarrea es discutida.

Para unos es debida a que el contenido gástrico se evacúa demasiado rápidamente y que hay ausencia del reflejo pilórico.

Esta manera de ver puede ser aceptada, a mi juicio, pero es necesario buscar una razón del porqué un contenido gástrico que pasa demasiado rápidamente, va a producir la diarrea. Y por mi parte, confieso no haber encontrado razón más satisfactoria y completa que la que da, con todo el sentido clínico que le caracteriza, el gran maestro de los maestros : Trousseau.

Dice el maestro : « Los alimentos confiados al estómago deben permanecer un cierto tiempo antes de ser convertidos en parte quimosa y de pasar al duodeno, donde sufren un nuevo trabajo. El estómago contrayéndose muy enérgicamente manda al

intestino alimentos imperfectamente elaborados ; estos alimentos van a representar, para un órgano que no está destinado a recibirlo en esas condiciones, un cuerpo extraño que lo irritará. Reaccionando sobre el mismo, tenderá a desembarazarse lo más pronto posible... Este cuerpo extraño le hace entrar enérgicamente en contracción, excitándolo, y hace en una palabra sobre él, el efecto de un purgante.

Los resultados es la diarrea, lientérica, es decir, que las deposiciones contienen una mayor o menor cantidad de sustancias alimenticias que son casi iguales que en el momento de la ingestión.

Y esta diarrea tan bien descrita por Trousseau, tiene ciertos caracteres particulares que conviene tener presente. Es matinal (una o dos deposiciones) y aparece dos a tres horas después de las comidas.

Rara vez se notan alternativas de diarreas y constipación ; además es líquida y con fragmentos alimenticios (lientérica) ; a veces se notan cristales de ácidos grasos.

Se acompaña de dolores perianales, existe tenesmo y, a pesar de todo lo dicho, el apetito está conservado, cosa bien curiosa por cierto.

Entre las diarreas gastrógenas, podríamos citar las diarreas disépticas de los tuberculosos : profusas, generalmente abundantes, después de las comidas, y compuestas de materias líquidas.

Tipo de esta diarrea : es el enfermo citado por Loeper (*Pathologie Digestive*, 1911, pág. 1131) : Enfermo con infiltración de vértice izquierdo, se despierta por la mañana con imperiosa necesidad de defecar ; en el día, las deposiciones se verifican después de las comidas, son bastante frecuentes (6 a 7 veces) y compuestas de materias mucosas, sin sangre ; a veces suele haber tenesmo, hinchazón en el epigastrio, sensación de peso después de las comidas, y dolores de tipo hiperclorhídrico.

Estas diarreas Du Pasquier las atribuye a la hiperclorhidria en un 40 por ciento de los casos. No es de este sentir Mathieu, al creer que en las diarreas gastrógenas la hipoclorhidria es lo frecuente. La acidez gástrica en ciertos casos es debida a los ácidos de fermentación : láctico y butírico.

En los alcoholistas crónicos, el órgano más atacado es el estómago con producción de gastritis etílica ; los vómitos que los alcoholistas tienen al despertar responden a la gastritis, son las pituitas matinales, de una frecuencia alarmante y que nadie mejor que el médico puede constatar y constata a cada paso al tomar antecedentes y al hacer la historia clínica de cada enfermo.

En un trabajo relativamente reciente, Eisenhardt (*Zeitz fus physiol.*, 1º de dicemibre 1909), en 30 alcoholistas, por ejemplo, encuentra 22 gastritis etí-

lica, y de ellos 22 casos con diarrea a tipo gastrógeno con tejido conjuntivo abundante, que daría razón, una vez más, a Mathieu.

En las formas avanzadas y sobre todo prolongadas, se complica con síntomas de insuficiencia pancreática con su tipo especial de diarrea.

En fin, que resumiendo en un cuadrito esquemático y nemotécnico, todo lo relativo al síntoma intestinal, más importante, podríamos hacerlo así, con buena voluntad del lector :

Manifestaciones intestinales en el cáncer y úlcera del estómago	I.— <i>Cáncer del estómago</i>	I.—Diarrea—lo más frecuente (4 historias clínicas).
		II.—Alternativas de diarrea y constipación —le sigue en frecuencia (1 historia clínica).
		III.—Constipación pura —menos frecuente (1 historia clínica).
	II.— <i>Úlcera del estómago</i>	I.—Constipación—lo más frecuente (3 historias clínicas).
		II.—Alternativas de constipación y diarrea —le sigue en frecuencia (1 historia clínica).
		III.—Diarrea pura —menos frecuente— (1 historia clínica).

A esto debería llegar, si tuviese en cuenta solamente las historias clínicas que van a continuación y las que he tenido que consultar en otras Salas de clínica, fuera de mi hospital : quiero dejar cons-

tancia del hecho, porque lo creo de una cierta importancia.

Las historias clínicas que van a seguir, están en el orden que marca el cuadrito anterior, habiendo tres, una y una respectivamente, con excepción de las de cáncer con diarrea, que figuran cuatro; muchas de ellas no son todo lo completas que pudieran haber sido, e intencionalmente van a publicarse así, ya que los datos que he eliminado no dicen nada, ni probarían nada, a mi manera de ver, desde que no tienen relación con el punto que estudio.

El cuadro que antecede me parece más elocuente que un gran número de páginas, y él solo nos va diciendo que en medicina lo absoluto es como hemos escrito en alguna otra parte de esta tesis; imposible de formular y si no, véase aún en este reducido número de historias clínicas las innumerables excepciones. Muchas pude haber publicado; no menos de cincuenta de úlcera del estómago, y otras tantas de cáncer del mismo órgano, no he querido hacerlo, y me asiste para ello una serie de razones: después de todo, no sé yo, que se hubiese ganado, con tanta historia clínica.

Para hacer un diagnóstico, es natural que el médico deba basarse en síntomas, signos, en fin, en algo, como se basa el astrónomo en datos que le sugieren, su higrómetro, barómetro, termómetro, et-

cétera, etc., y aún así se equivoca el médico en el diagnóstico, se equivoca el astrónomo, pese a sus instrumentos de mayor o menor precisión, y si es verdad axiomática la que termino de escribir, ¿qué no ha de suceder cuando el termómetro, higrómetro, barómetro, etc., hagan silencio ? cuando le falte al médico el signo, el síntoma, la base ? Se colige la respuesta. Oigase ésto sino.

Recientemente ha fallecido en mi Sala XVIII del Hospital Torcuato de Alvear, a cargo del doctor Carlos Bonorino Udaondo, un hombre que siempre fué sano, un año hace, cae con edemas en las extremidades, luego ascitis, jamás tuvo vómitos, jamás ningún síntoma alarmante ni sugestivo ; era muy constipado, ¿se atrevería algún médico, a diagnosticar un gran tumor de píloro con estos datos ? También aquí coligo la respuesta. No quiero entrar en mayores detalles y pormenores de este interesantísimo caso, porque será, y con razón, publicado con todos los datos necesarios y útiles para el lector, por el practicante mayor de la Sala, el doctor Juan Carlos Recalde Cuestas, el cual, estoy bien seguro, sabrá hacer un trabajo que haga honor a su espíritu de estudio ; por otro lado, bien se merece la imprenta, la historia clínica de un enfermo que nadie hubiera sospechado tamaña sorpresa, que a todos, aún al mejor clínico, al más pintado,

irremediablemente le conduciría al falso diagnóstico. Y queda terminado este modestísimo trabajo que como lo había dicho en su comienzo, no tiene otro mérito que demostrar en cierto modo, no haber olvidado lo poco que supe aprender en medio a tanta enseñanza ; y es de estas enseñanzas, y datos recogidos en libros, revistas, anotaciones de clase, etc., etcétera, a lo cual podría agregar en una mínima parte, mi experiencia personal, de donde ha salido la tesis que recientemente termina de aburrirse con su lectura y con agustina paciencia el amable lector.

CUATRO PALABRAS SOBRE ALCOHOLISMO

Al ir terminando mi tesis y debiendo tratar (aún cuando sea a la ligera) sobre gastritis etílica, se me ocurrió escribir cuatro palabras sobre alcoholismo, pensando que si algún profano me lee, pueda al terminar la lectura de este trabajo, haber aprendido algún concepto útil sobre este punto, que está en todas partes a la orden del día.

Leído este agregado, a mi padrino de tesis, doctor Carlos Bonorino Udaondo, no le pareció malo del todo, opinión que unida a la de otros profesores y al consejo y crítica benévola de algunos de mis compañeros, han terminado por decidirme.

Y al grano.

Es sabido por los médicos que en aquellos sujetos que beben, la gastritis etílica es frecuentísima, (tome el lector las historias clínicas y verá que hombre que bebe es igual a gastritis etílica la inmensa mayoría de las veces) la cual directa o indirectamente, es la causante de serios trastornos, muchos de los cuales, son irremediables por desgracia.

Es también sabido que el alcohol lleva a la tuberculosis y lleva así, porque el alcoholista no tiene apetito, en consecuencia no come, pero en cambio bebe y bebe mucho; parte por la sed que la gastritis le comunica, parte, y grande, por el vicio que le domina; el organismo en estas condiciones se debilita intensamente, el bacilo de Koch aprovecha la oportunidad para instalarse, y es ocioso decir que encontrando un terreno tan favorable se desarrollará, y prosperará hasta con lujo, llevando al alcoholista a la tuberculosis, como quien dice, a la muerte.

El alcohol es, pues, un predisponente de primer orden para la tuberculosis, como lo es también para el cáncer, en especial modo para el cáncer del estómago y del hígado.

Quizás no fuese del todo oportuno hacer una larga disertación, en cambio caben, y entonces permítaseme, cuatro palabras, de un tema que aunque trillado, nunca se dirá lo suficiente, me refiero, siempre al alcoholismo. Este esbozo del asunto va más para el profano, que para el médico, y es que mi deseo es poder borrar de la mente del vulgo una idea errónea a todas luces y que causa mayores estragos de lo que en general se piensa.

Y no sólo se piensa, sino que el profano recibe las amonestaciones del médico con una sonrisa llena de incredulidad, y es fácil leerles en la cara, lo que

tan a menudo y en circunstancias diferentes, se les suele leer : exageraciones médicas !

Creen muchísimas personas que para llegar a ser alcoholista es necesario tomar mucho y embriagarse a menudo. Nada más falso, sin embargo.

Desde luego, bueno será que nos entendamos sobre el significado que yo quiero dar a la palabra alcoholista, y que en fondo es el mismo que se lee en cualquier libro de patología médica, donde se enseña a quien quiere aprender, que alcoholismo y salud que peligra, o salud comprometida, son sinónimos.

Con este concepto, cuando decimos alcoholista, queremos significar todo individuo que sufre los trastornos producidos por el alcohol, sin fijarnos si lo es o deja de serlo para el mundo, que sólo da este epíteto, al que a menudo ve alcoholizado, al que con frecuencia le observa ebrio, y es de aquí, de esta manera de ver las cosas, que surgen errores cuya importancia se deduce por las consecuencias que no tardan en hacerse presentes.

Voy a explicarme, tratando de ser tan claro como sepa serlo, ya que, y lo repito, a riesgo de pasar por cargoso, estas páginas han sido hechas para que pueda aprovecharlas el lector no médico, y cualquiera sea su cultura. Para que el alcohol haga daño no es necesario que se tome mucho, ni por mucho tiem-

po. Cada sujeto da su nota propia, su nota personal, comportándose frente a ese tóxico endiablado, según su constitución orgánica, según el momento, en fin, según una serie de circunstancias, y ¡quién sabe por cual mecanismo!

Es sabido que existen personas que les basta un vaso de vino para sentirse mareadas; otras hay, que para producirles el mismo efecto necesitan que la causa apuntada aumente al cubo o muchísimo más, luego: no es tanto cuestión de cantidad, cuanto de persona; lo que nos va probando a las claras que no podríamos formular una dosis de alcohol (vinos, aperitivos, licores, etc., etc.) que no hiciese daño alguno, y a esto, que de por sí es importante, agréguese el hecho real que los efectos los más perniciosos no son siempre los que más se exteriorizan, y es que el alcohol como todo enemigo bajo y ruin trabaja silenciosamente y a oscuras, en forma tal, que cuando el efecto se presenta es ya irremediable, fatalmente incurable (cirrosis de Laecneq, por ejemplo, que es una enfermedad del hígado gravísima, que al presentarse, son un par (¡dos años !) los años de vida que le quedan al pobre enfermo, y este término es la regla, pocas son las excepciones, y por mi parte en cambio, son muchos los infelices que he visto morir antes de ese plazo tan cruel.

El alcohol, pues, es un enemigo traicionero y mata o mina a su víctima de varias maneras ; o en forma ruidosa, produciendo la locura, mil veces más a temerse que la muerte misma, o en forma insidiosa, sorda, como el caso citado anteriormente, y como aquel caso, mil otros, hubiésemos podido mencionar.

He citado uno de los efectos tardíos del alcohol, la cirrosis atrófica de Laecnec, enfermedad que achica el hígado en una forma increíble, y que es la causa de la hidropesía que estos enfermos presentan ; como es increíble también la cantidad de líquido que se hace imprescindiblemente necesario quitarles del vientre. No han pasado aún seis días que agravó en forma alarmante un hombre de mi servicio en el Hospital Torcuato de Alvear, al cual dos días después de haber ingresado a la sala, le saqué del vientre 14 litros de líquido ; varias veces tuve que hacerle esta operación y la cantidad que salía, nunca fué menor de 7 litros ; poco le resta de vida, y seguro estoy, que antes que este trabajo vea la luz, ya habrá fallecido, sin que sepamos hacerle nada, absolutamente nada, a este pobre enfermo que solo él, pudo evitar este derrumbe tan cercano. Nuestro hombre es de aquellos que basta verle para asegurar que tiene veinte años más que los que rezan en su fe de bautismo ; son los veinte años menos

de vida que le robó el alcohol, años que no vivirá pudiendo haberlos vivido.

¡Valiente placer el que nos brinda el alcohol ! por diez minutos de hilaridad y de buen humor artificial, nos va borrando con tinta china, cuatro, tres, dos, uno, que significan uno, dos, tres, cuatro, años de vida menos.

Pero para llegar a este extremo, que en este particular caso, representa el punto final, otros órganos han sido tocados, otras funciones han debido desviarse más o menos, y órgano y función, quedarán perdidas si el médico no interviene en la mitad del camino ; en la mitad por lo menos, porque es necesario recordar que los efectos del alcohol son tardíos en aparecer, pero fatalmente irremediables al presentarse. Se diría que alguien ha querido que las cosas sucedan así para dar tiempo y gran margen al arrepentimiento, que por desgracia no siempre llega en momento oportuno.

Tardío es pues en sus efectos (como acabamos de leer, y lo repito aunque me cueste y me gane el título de pesado), pero aquel día que el médico constata una lesión de esas que se vienen preparando año tras año, ese día será para decirle a la familia las mismas palabras que nos sugirió el enfermo de Laenec : no hay nada, absolutamente nada que hacer, el alcohol lo ha hecho todo ; y si ésto es una sacrosanta verdad,

¿por qué se empeña el alcoholista en seguir bebiendo ?

¡ Cuantas personas, hombres y mujeres, de todas las edades, y de todas las clases sociales, sin sospecharlo siquiera, presentan trastornos producidos por el alcohol ! ¡ Cuantas !... No son pocas las veces que una dama va en busca de salud a casa de su médico, a consultarle porque de un tiempo a esta parte siente molestias que nunca tuvo y que no sabe a qué, ni a quién referirlas, incumbe al médico averiguar la causa : insomnio, sueño irregular, visiones raras y variadas (ve arañas, cucarachas, ratones, cientopies, hombres que le persiguen, etc., etc.). Otras veces se queja de vómitos matinales, en ayunas ; no pocas, hay falta de apetito, ardor en el estómago, motilidad intestinal comprometida, ora una constipación que no cede sino a purgantes y a grandes enemas, ora una diarrea que debilita y demacra ; otras veces son dolores de tipo neurítico (neuritis etílica, bien conocida y estudiada) o de tipo neurálgico, que toman cualquier parte del cuerpo y que desde el primer momento se presentan tenaces a la curación, desapareciendo solamente cuando el médico dando con la causa-clave prohíbe terminante, y absolutamente, toda bebida que contenga alcohol ; en cuanto a las neuritis (inflamación de los nervios, que son dolorosísimas) tienen su punto de predilección en las

pantorrillas, que no perdonan casi nunca. Sospechando uno de estos casos, a ningún médico se le ocurrirá referir el mal al alcohol ; sería antidelicado y antipolítico, especialmente cuando se trata de señoras (o de un hombre de cierta densidad intelectual, o personas que se avergüenzan de su vicio y quieren esconderlo a toda costa), desde que no faltan maneras de curar sin dar un diagnóstico de esta naturaleza ; si hay dudas, tiene en sus manos el médico, la manera de asegurarse si en realdaid los disturbios constatados o referidos por el paciente, son o no, imputables al alcohol ; bastará hacer un examen médico, prolijo y paciente, y hecho en esta forma, difícil será que la causa se le escape.

Si acaso el médico francamente (cosa que en este caso convendrá evitar ; la franqueza aquí no sería tal, sino poco tino) le dice a su enfermo el origen de sus males, ya se sabe cual ha de ser la actitud del paciente, negará a pie juntitos y haciéndose cruces, porque no puede convencerse que por el hecho de haber tomado dos aperitivos al día, vino en las comidas y algún agregado inofensivo..... licores, cerveza, un vaso del inocente..... whisky, etc., etc., tenga que sufrir tamañas consecuencias, siendo al fin de cuentas tan poca..... la cantidad..... que toma..... siendo que jamás en la vida se ha embriagado, pero este buen señor o señora, no se para en pensar cuan-

tos litros de alcohol quemante ha introducido en el estómago, y de aquí a su sangre ; no se para en meditar, que ese alcohol marchando por la circulación sanguínea general, se va a detener en aquellos órganos que tienen por así decir simpatía, como por ejemplo, el cerebro, que es la esponja del alcohol y que por respuesta a tanto incomodarle puede dar la locura o padecimientos graves de otra naturaleza, no menos temibles ; como por ejemplo, el hígado, que ya hemos visto su manera de responder, como por ejemplo, en fin, el estómago, dando una serie de molestias ; acideces estomacales, vómitos, dolores, etcétera, sin citar otras afecciones muy serias, a las cuales el alcohol obra como predisponente, el cencer para recordar una de ellas, y podríamos continuar poniendo ejemplos hasta mañana, de órganos a los cuales sin piedad destruye, de funciones que desvía, debilita, enferma y.....

Lo que acabo de decir puede hacerse extensivo no sólo a los vinos, sino a toda bebida que contenga alcohol (licores, cerveza, aperitivos, vinos añejos...) y muy especialmente los añejos, que por ser tales, tienen muchos prácticos defensores... añejos... y también jóvenes y que por ser tales, se abusa de ellos con el ridículo convencimiento que «il buon vino fa fare buon sangue...» ¡Rissum teneatis !

Podrá parecerle exageración al que lee ; si ésto piensa desde ya le digo piensa mal, y si mi palabra

no es suficiente para convencerle, vaya a un hospital, cualquiera que sea, pida las historias clínicas (que son un resumen de los antecedentes del enfermo, en todos los sentidos ; véase sino en las que van al fin de este trabajo) de los enfermos ; allí más que en ninguna otra parte verá la relación que existe entre alcohol y enfermedad ; visite en fin la clínica del doctor Cabred (manicomio) y volverá nuevamente a constatar en otro terreno, en el más triste de los terrenos, la infaltable relación entre el alcohol y la enfermedad ; entre la alegría fugaz de un vaso de vino y la brutal tenacidad de sus efectos, y allí están para probarlo esos pobres infelices que se han buscado ellos mismos su eterna desgracia, causando una profunda tristeza aun cuando ríen, y quizás de nuevo el lector encuentre exagerado lo que escribo, y como si estuviese oyéndolo, ya sé lo que dirá, lo que dicen muchos, sin pensar en lo que dicen... pero no todos los que beben tienen locura, cirrosis, vómitos, dolores, etc., etc., éste es el gran razonamiento en que se basan para hacer su defensa ; como se comprende, esta manera de razonar carece de fundamento y falla por sus bases ; esta manera de razonar, en conclusión, no tiene más que una disculpa, la gruesa ignorancia de quien la enuncia.

Entre nosotros de un tiempo a esta parte se ha hecho hábito-vicio, la mala, la pésima y condenable

práctica del aperitivo ; casas hay, que no comen, sin el consabido tóxico, tomado momentos antes del almuerzo o cena, y es tal la costumbre, que yo he tenido oportunidad de ver más de una vez, que olvidados de la dosis cuotidiana han suspendido de tomar la sopa por ejemplo, para levantarse e ir en busca del famoso líquido que abre el apetito, y este ejemplo, más que ningún otro, pone bien de relieve que es un vicio, pues ya no se toma con la idea de comer más, sino que se toma porque no puede estarse sin el excitante acostumbrado. No hace muchos años era raro encontrar una señora tomando aperitivos, por lo menos así me lo parece a mí, hoy por el contrario, es relativamente frecuente, encontrar señoras, que como los hombres, no olvidan el aperitivo de costumbre ; condenable vicio, especialmente en madres que crían. ¡Cuántas indisposiciones de sus niñitos lactantes no tienen otro origen !

Yo he visto a una señora dar el pecho a su hijito de 11 meses, tres horas después de haber ingerido una dosis de fernet suficiente para purgar a dos personas adultas : a la larga paga el mamón respondiendo con una gastro-enteritis que pudo la madre haber evitado con tanta facilidad !

Como en todo : es siempre en la repetición y en el abuso, donde se esconde el peligro ; natural es que si un vermouth, o fernet, o cualquiera de los

aperitivos conocidos, se le toma como de pasada, digamos así, natural repito, que no puede hacer ningún daño ; pero cambian las cosas, cuando meses, años y años, se sigue tomando esa cantidad que cada vez será mayor, porque lo que hoy excita y produce hilaridad (que para mí ésta es la gran razón del aperitivo, porque aquello del comer más..... es un pretesto más o menos inteligente.....), mañana no lo hace (de allí el aumento de dosis) ; entonces puede asegurarse que a la corta o a la larga, los efectos nocivos van a presentarse en una de las mil formas en que puede hacerlo, y que sólo el médico sabe descifrar, pues sólo el médico tiene ocasión de verlo y palparlo a cada momento en el público, o más frecuente aún, en la sala de un hospital.

Para los profanos dije al comenzar este escrito, y ya se ha visto el por qué, el médico no necesita de estas explicaciones, lo sabe como yo, o mejor que yo ; si estas páginas traídas aquí con el ánimo de hacer algún bien, llegasen a convencer a diez personas solamente, me llamaría contento y habría de significar estímulo para trabajo de más aliento.

En el mes de febrero de este año, debió publicarse en una revista médica, un artículo mío, mucho más extenso que el presente, y que trataba de alcoholismo ; pero me sucedió, que en el momento de publicarse y para mi fortuna, leí un estudio extranjero sobre el tema, tan bien hecho a mi juicio, que me

asusté de mi atrevimiento, y entonces comprendí que tema tan importante, no estaba hecho para pluma tan torpe ; razón que encontré por demás suficiente, para guardar el artículo en puesto seguro, y hoy, sin embargo, me atrevo a publicar no lo mismo, pero algo parecido ; es que hoy he pensado que dentro de un modesto trabajo como es mi tesis, podían caber sin pretensión ninguna, cuatro palabras sobre alcoholismo, que en algo ayudará a la moralizadora campaña antialcohólica, en la que médicos y no médicos han emprendido mucho ha, con el ánimo de triunfar.

A mi manera de ver, es tan patriota el que se adhiere a una campaña antialcohólica, en cualquier forma, como el soldado más soldado que empuña una arma para defender su terruño, y quizás más, y sin el quizás ; más, desde que el uno es tanto más grande y valiente cuanto más hombres mate, y el otro, cuanto más víctimas arranque de los brazos de la muerte..

Y no se dirá que soy hombre que falto a mis promesas ; he terminado mis cuatro palabras sobre alcoholismo, no sin dejarme un no sé qué de poco satisfecho, una cierta inquietud en el espíritu, y es seguramente, porque mi deseo sería decir más cosas, muchas más cosas, y confieso dejando las modestias en un rincón, que podría continuar un ratito más, porque sobre ser tema que se presta, es tema

que más o menos conozco y estoy al tanto de la lucha anti-alcohólica extranjera y nuestra.

Pero lo que me propuse salió, bien o mal, esto es, hacer un rasguño de los efectos del alcohol, sin meterme en honduras, encarando el asunto bajo el punto de vista social, que aun cuando tenga relación íntima con la medicina, se necesita una preparación científica y una cultura general que yo no tengo, y que puede algún día no lejano tenga, para entonces aplazo lo que hoy no debo hacer, si no quiero merecerme el calificativo bien conquistado de atrevido, o que con mucha razón se me tilde de pedante, títulos que francamente no los quiero para mí, en ningún terreno de las actividades que pudiera llegar a tener en mi vida.

Aún sabiendo, que apenas ose introducirme en este campo me he de encontrar en un círculo de hierro—como quien dijera, en serios apuros—aún a pesar de ésto, no resisto al impulso de decir algo que había escrito en aquel artículo y que debió ser publicado, como ya lo he dicho, en otra parte, y que tuve el suficiente tino de no hacerlo. En aquel artículo, o lo que fuese, decía entre otras cosas : ¿quién no conoce hogares destruidos por el alcohol ? ¿quien por poca memoria que tenga no recuerda el fin de Naná (Zola) y de todos los suyos ? ¿quien no recuerda L'assommoir de Zola ? ¿quien por otra par-

te no sabe de familias que han caído en la miseria más negra e inmerecida, sólo porque el jefe de la casa, llámese padre o hermano mayor, en lugar de ir a su hogar al salir del taller, va a la taberna, en busca de un excitante que le engaña, haciéndole creer que es vigoroso, que es ágil, que está contento, cuando en realidad es débil, y perezoso, y mal humorado, cualidades que ha recogido un día, o unas horas antes, en la misma taberna de donde cree salir, fuerte, ágil y contento ? ¿quien no conoce a estos hombres ? Yo creo que todos sabemos de alguno, y por lo que a mi toca, no quisiera conocer más de los que me ocurre por desgracia conocer, y por poco que quiera en el interrogatorio averiguarles. En un hospital se está obligado a ver muchos de estos pobres infelices que van a terminar sus días, olvidados y con razón, de sus amigos y camaradas, que aún no les tocó el turno —abandonados de sus propios hijos, y esto último muy a menudo—y con frecuencia se les oye quejarse de lo ingrato que son los hijos, o hijas, o esposa, como si fuese un mérito ser padre, como si fuese mérito, ser esposo, no : el mérito está en ser padre después del nacimiento del niño, en los sacrificios que ese hombre hará por los suyos, en los desvelos que un hijo cuesta a un buen padre. Se necesita muy poca habilidad para llegar a ser padre, y pretender merecerse el respeto, el cariño y el sacrificio posible

de sus hijos—con este título solamente, es simplemente ridículo, y razonar de este modo es propio de cerebros chicos o de cabezas estupidizadas por el alcohol : y son esta clase de hombres, son los que razonan así, los que van a terminar sus últimos días en un hospital, abandonados de propios y extraños ; y menos mal que la sociedad es buena y humanitaria y piensa en ellos, más de lo que debiera hacerlo. Muchos de estos infelices cuentan con el hospital, el asilo y la bondad de los que luchan, para suicidarse por gotas, que no otra cosa es, ese continuo tomar vino, licores, aperitivos, etc., etc.

Antes de poner punto final a este ensayo de estudio, tengo el capricho de narrar algo, relacionado al tema, el lector me ha de perdonar una vez más este pequeño antojo, porque aquel hecho me impresionó profundamente, como estoy bien seguro le sucederá al lector.

Y he aquí el caso, neto y real.

Siete meses hace, murió en la Sala..... de uno de los hospitales municipales, donde yo asistía a menudo a oír la palabra de un distinguido maestro de obstetricia, moría digo, una hermosa muchacha de 22 años de edad y que conocí cinco años atrás, siendo practicante de una de las Estaciones Sanitarias de la Asistencia Pública (Nueva Pompeya).

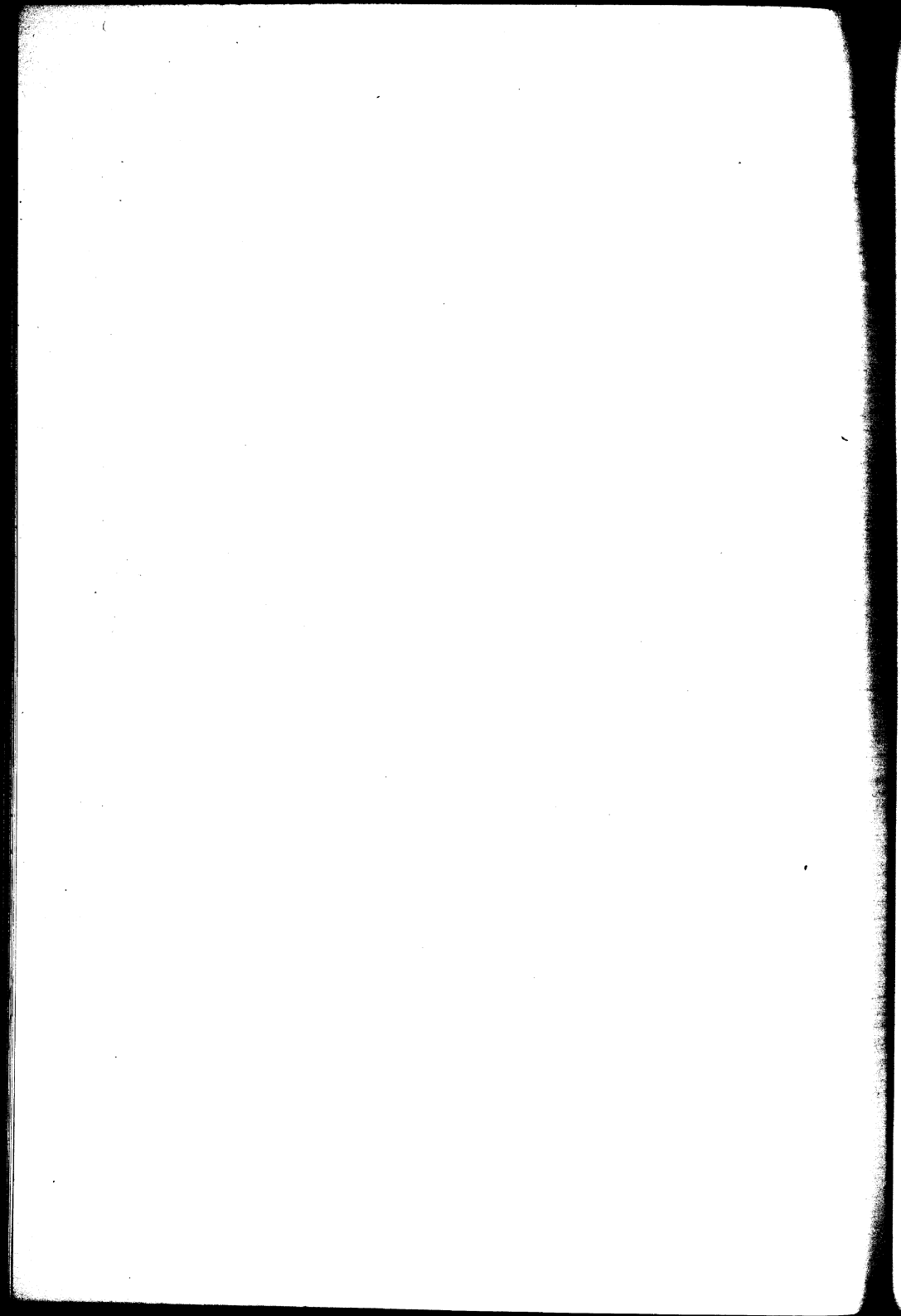
Pues una noche ví a esa niña venir acompañada de la madre y de dos hermanitas más : en el semblante de todas ellas se leía el terror y las huellas de un llanto muy reciente, la niña grande a quien me refiero, llevaba la cara, poco menos que irreconoscible por la sangre que había perdido, y que seguía perdiendo, de una herida de 4 cents. al menos, de largo, profunda hasta el hueso, en la región superciliar derecha, herida que interesó naturalmente el paquete vásculo nervioso de la región (arteria, dos venas, un nervio)—¿y cuál era el origen de esa sangre ? — pues el padre, que más beodo que de costumbre y a las 10 y media de la noche de un miércoles, noche lluviosa y fría (que mis compañeros, si me leen en este trabajo, no pueden haber olvidado), a esa hora más o menos ese cruel padre, arrojó un vaso a su pobre niña, que trabajaba mucho más de lo que podían sus fuerzas, y ese fué el castigo que recibió, por haber cometido el gravísimo delito de rogarle que no bebiese.....

Y bien ; dejemos todo lo demás, y sin comentarios vayamos al fin. Dos años después supe, que esta muchacha que en otro medio, y con otra escuela, hubiese sido una excelente mujer—había terminado por darse a una vida alegre y licenciosa que la condujo a la muerte—sus otras dos hermanitas, la mayor de las cuales no podrá tener hoy, más de 17 años, han

seguido el camino de su hermana mayor, y me temo tengan el mismo fin, triste y degradante. La madre ha fallecido ; era una honrada mujer italiana, lavandera, de esas mujeres honestas y pudorosas, que ni aún al médico descubren su enfermedad, o sus dolencias, para no ser vistas, raza de mujeres a quien bien conozco aún en sus detalles más íntimos, por razones particulares, y por tener en mi propio hogar el ejemplo evidente ; pues de ese temple era la pobre madre de estas tres infelices muchachas, que ha fallecido, y me lo imagino ¡de dolor y de vergüenza !....

Pero en cambio el padre vive, y trabaja para embriagarse, y quizás en este caso le convenga esa arma de suicidio ; no sé yo que haría si fuese capaz de razonar friamente, si fuese capaz de meditar en su obra..... es que estos degenerados, estos enfermos de la voluntad, no saben pensar sino en el alambique que destila alcohol, y por una copa de ese líquido infernal, venden hasta la honra de sus hijas... ya no están en condiciones de comprender que por cada copa que beben, van dejando un pedazo de médula un pedazo de cerebro.....

OBSERVACIONES CLÍNICAS



OBSERVACION I

Hospital de Clínicas. — Sala IX — Fecha : diciembre 12 de 1913.

Diagnóstico — Cáncer del estómago.

A. M., edad, 38 años ; casado, francés, con residencia de 11 años en Buenos Aires ; profesión : mozo de café.

Antecedentes hereditarios — Antes y después del nacimiento del enfermo, los padres han sido de buena salud ; tiene cuatro hermanos, uno muerto de neumonía.

Antecedentes personales — Nacimiento y desarrollo, normal ; no ha tenido ninguna enfermedad, salvo una blenorragia hace 8 años. Ha sido un regular bebedor, más bien con exceso, buen fumador.

Enfermedad actual — Comienza con anorexia y data de dos meses a esta parte ; *el síntoma que*

más le ha molestado, hasta el momento presente, es la diarrea. Desde el comienzo de la enfermedad la facies es pálida, palidez que se ha venido acentuando con la diarrea; este último síntoma le obligó a guardar cama por la astenia que le produjo. Tuvo además en los miembros inferiores, edema duro, pálido, indoloro e intenso.

Con irregularidad ha sufrido cefalalgias, ligera hipertermia, pero no mareos.

Estado actual — Diciembre 13 de 1913 — Actitud o decúbito, indiferente; en un estado de nutrición pobre, escaso panículo adiposo, abundante edema en los miembros inferiores, y ligero edema de las bolsas.

Facies : Pálida como cera.

Ganglios : Se palpan algunos ganglios superficiales.

Pelo : Escaso, castaño.

Ojos : Mucosas decoloridas, escleróticas, pálidas, pero no ictéricas.

Boca y labios : Decoloridos.

Lengua : Como la boca y los labios, decolorida, es ligeramente saburral.

Dientes : En regular estado de conservación.

Encías : Pálidas.

Mucosa bucal, paladar, faringe, amígdala : Pálidas.

Oídos : Normal.

Aperato circulatorio — Pulso, frecuente, rítmico, de buena tensión.

Corazón, región precordial : Nada de anormal.

Punta : Cuarto espacio intercostal por dentro del mameón.

Gran mañitez : (Como de todos los enfermos tenemos su cardiograma) — Se nota que el borde derecho del corazón desborda algo el borde derecho esternal.

Area cardíaca, 119 ; pues que tiene 12 cm. de base y 12 de altura, $12 \times 12 = 144 \times$ coeficiente Potain = 119.

Auscultación — foco mitral : Primer tono, soplatante ; segundo todo, limpio.

Foco tricuspídeo : Tonos nítidos.

Foco aórtico : Normal.

Foco pulmonar : Normal.

Vasos del cuello : Latidos carotídeos bilaterales, más intensos del lado derecho.

Otros vasos periféricos : Red venosa longitudinal en el abdomen ; existe también una red venosa desarrollada en la región inguinal izquierda.

Aparato respiratorio — Respiraciones, 18 por minuto ; tipo respiratorio : abdominal.

Pulmones, derecho e izquierdo : Normales en la región supra e infra espinosa del lado izquierdo ; sin embargo parece sentirse un aumento de vibraciones a la *palpación* ; *percusión*, menos sonora ; el límite inferior de los dos pulmones está a la altura de la octava y novena dorsal, no tiene tos, no hay esputos.

Abdomen : Ligeramente de batracio.

Venas superficiales : Se ven algunas venas con una disposición longitudinal. A la palpación, ligera sensación de flote que ha disminuído de un día para otro (14, 12 y 13).

Epigastrio : Se palpa el lóbulo izquierdo del hígado algo más aumentado que el resto del mismo órgano que también lo está.

Hígado : Borde percutorio superior, 5ª costilla.

Borde inferior : Línea mamelonar, reborde no lo pasa.

Línea medio esternal y mediana : Medio umbílico, xifoideo.

Examinado el 21 de 1913. Se palpa a dos dedos por debajo del reborde costal : el lóbulo izquierdo se separa del resto, y se delimita bien a la palpación.

Bazo : No se palpa ni se percute.

Sondaje del exófago y estómago : Diciembre 18

de 1913. En este día el doctor Bonorino Udaondo, extrae con sonda, jugo gástrico ; el resultado fué el siguiente : retención, 35,50 ; ácido láctico 0 ; Wheeler y bencidina, positiva ; ácido clorhídrico libre, positivo ; acidez total, 44 %. Hay residuos alimenticios.

El análisis completo del jugo gástrico, dice lo siguiente :

ANALISIS DEL 18 DE DICIEMBRE DE 1913

JUGO GASTRICO

Cantidad remitida.....	65 cm ³ .
³ / ₄ filtrada.....	30 »
Color.....	amarillento
Depósito.....	abundante
Filtración.....	regular
Reacción.....	ácida

ACIDOS

Acido clorhídrico.....	no
» láctico.....	0,20
» butírico.....	no

AMILACEOS

Almidón.....	muy poco
Eritrodextrina.....	mucha
Acrodextrina.....	regular
Glucosa.....	gran cantidad

ALBUMINOIDEOS

Peptona.....	70 %
Propeptona.....	mucho
Sintonina.....	vestigios
Albúmina.....	no
Mucina.....	no

ANALISIS CUANTITATIVO

		NORMAL	
Acidez total.....	A	1.89 %	0.547
Acido clorhídrico libre....	H	0.44 »	0.000
Cloro combinado orgánico	C	1.68 »	1.065
Cloro mineral fijo.....	F	1.09 »	1.775
Cloro total.....	T	3.21 »	2.840

Observación : En este caso es de notar que la cantidad de propeptona era realmente abundante, y en forma no común ; en realidad llamaba la atención.

Deyecciones : Mueve el vientre varias veces por día, deposiciones diarreicas bastante líquidas con cierta fetidez.

14 - XII - 13.—Reacción Wheber:	negativa
»	» positiva
14 - XII - 13	» francamente positiva

ANALISIS DEL 13 DE OCTUBRE DE 19133

21 - XII - 13.— Wheber: débilmente positiva

ORINA NORMAL

ORINA:

Caracteres físicos Elementos normales Elementos patológicos

Cantidad en las 24 horas.	1.400 a 1.500	Albúmina vestigios
Cantidad remitida....		Glucosa negativa
Color.....	Ambar	Bilis »
Olor.....	Sui géneris	Urobilina »
Aspecto.....	Límpida	Indican poco »
Espuma.....	Blanca	Hemoglobina »
Sedimento.....	Escaso	Mucina »
Reacción	Acida	Peptona »
Densidad a + 15.....	1.018 a 1.024	

ANALISIS QUIMICO

	<i>Por litro</i>	<i>Examen sedimento</i>
Residuo total.....	35 a 40	Escasas cel. planas
Urea.....	16 a 26	Escasos leucocitos
Cloruro de sodio.....	6 a 8	Abundante fosfato
Acido fólfórico.....	2 a 3	Regular cantidad de fos- fatos
Acidez en H. Cl.....	140	Tripe
Acido úrico.....	0.25 a 0.65	

INVESTIGACIÓN CITOLOGICA

13 DE DICIEMBRE	20 DICIEMBRE	26 DICIEMBRE	29 DICIEMBRE	13 ENERO
Globulos rojos = 1,590,000. " blancos = 15,100..... Hemoglobina = 23..... Valor globular = 0.76..... Relación globular = 1×104 Polinucleares neutrófilos = 77.33 %... Linfocitos = 18.66 %..... Polinucleares eosinófilos = 0.66 %..... Formas de transición = 3.33 %.....	1,760,000 15,000 20 0.58 1×117 75.66 % 22.33 % 1.00 %	1,760,000 13,000 20 0.58 1×117 75.66 % 22.33 % 1.00 %	1,780,000 13,000 20 0.58 1×137 74.33 % 21.09 % 1.66 %	1,200,000 9,000 20 0.83 1×133 70,000 % 25.66 % 0.33 % 2.00 %

INVESTIGACIÓN BACTERIOSCÓPICA

Poikilocitosis amiscotosis. — Algunos normoblastos	Se observa una poikilocitosis marcada, globulos rojos anémicos y muy escasos normoblastos.	Globulos rojos anémicos. Poikilocitosis marcada. Se observan muy escasos normoblastos.	Se nota marcada poikilocitosis y numerosos hemáties anémicos	Llaman la atención algunos hemáties anémicos, ligera poikilocitosis y muy escasos normoblastos.
--	--	--	--	---

ANALISIS DE SANGRE

18 DICIEMBRE 1913

TUBOS	SOLUCIÓN MADRE		AGUA DESTILADA		RESULTADOS	
I	60 gotas	+	2 gotas		No hemolisis	
II	28 »	+	2 »		»	»
III	56 »	+	4 »		»	»
IV	54 »	+	6 »		»	»
V	52 »	+	8 »		»	»
VI	50 »	+	10 »		»	»
VII	48 »	+	12 »		»	»
VIII	46 »	+	14 »		»	»
IX	44 »	+	16 »		»	»
X	42 »	+	18 »		»	»
XI	40 »	+	20 »		»	»
XII	38 »	+	22 »		»	»
XIII	36 »	+	24 »		Lig. Hemolisis	
XIV	34 »	+	26 »		»	»
XV	32 »	+	28 »		»	»
XVI	30 »	+	30 »		»	»
XVII	28 »	+	32 »		Hemolisis completa	
XVIII	26 »	+	34 »		»	»
XIX	24 »	+	36 »		»	»
XX	32 »	+	38 »		»	»

En consecuencia, la resistencia globular está evidentemente aumentada.

N. B. Lo que es regla en el carcinoma.

RADIOSCOPIA Y RADIOGRAFIA

Radioscopía pulmonar : No se nota nada de anormal.

Evolución, Enero 3 de 1913 : Se le ha tratado con diversas medicaciones, sin haber podido conseguir ninguna mejoría en su cuadro de anemia perniciosa.

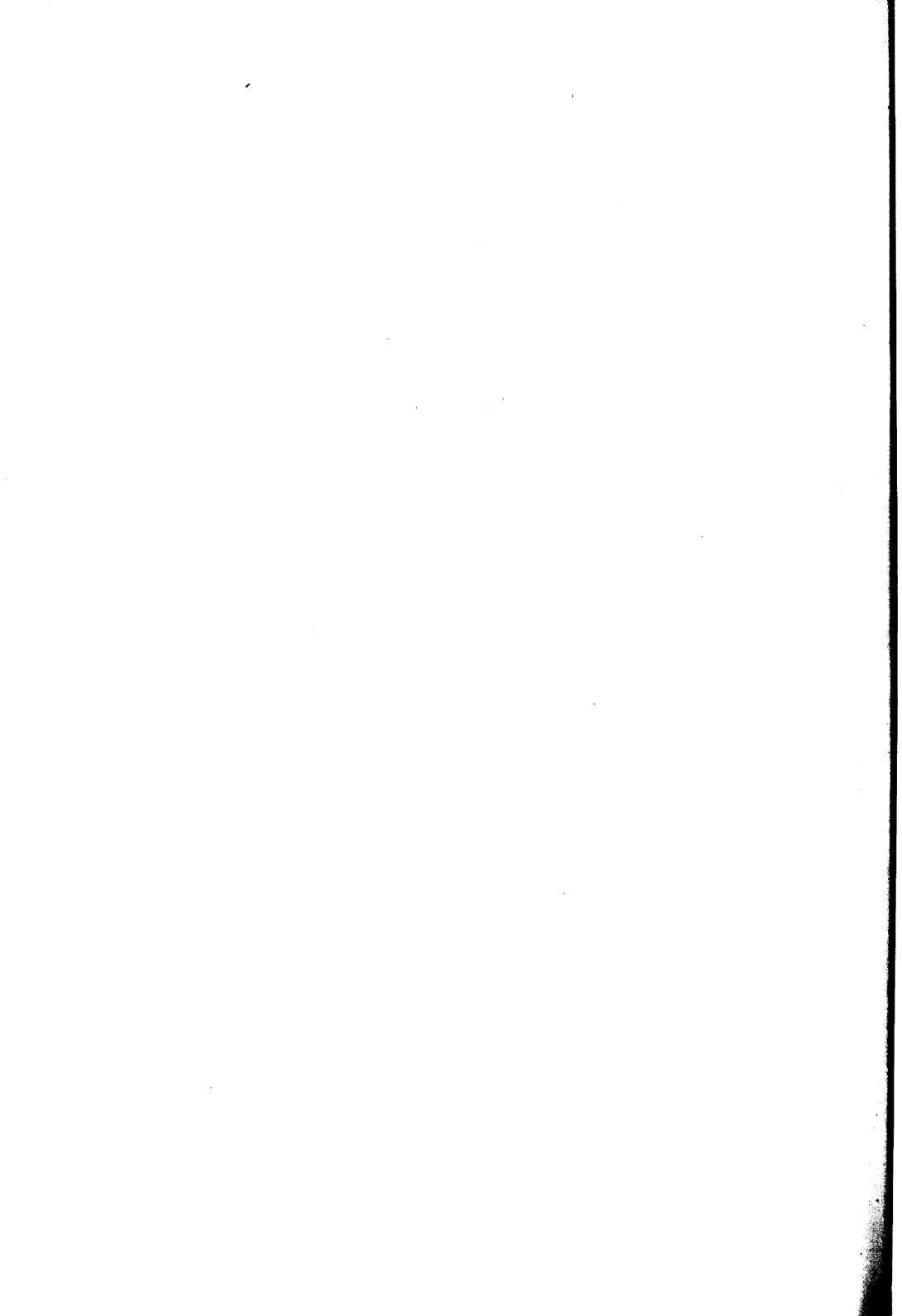
Médicamente pues, ya no había nada que hacer, la intervención quirúrgica se imponía, y el día 14 de enero es operado con novocaina por el doctor Marotta, distinguido cirujano del Hospital de Clínicas, que desde hace algunos meses tenemos el honor de que forme parte de nuestro Hospital Alvear.

Las paredés están edematosas, al abrir el vientre, corre líquido peritoneal. Se encuentra el epiploon, adherido a la cara anterior del estómago a la altura de un neoplasma bastante voluminoso (del tamaño de una mandarina), era un tumor duro, regularmente delimitado. El hígado estaba en profunda legeneración grasosa.

En este estado, una gastro-enterostomía no hubiera hecho ganar nada al enfermo, y en vista de que no hay intervención útil, se cierra el vientre sin haber podido hacer al menos, alguna cosa en beneficio de nuestro enfermo. Este pobre paciente muere el 20 de enero de 1913, después de una noche larga..... en la que se produjeron gran número de deposiciones serosas.

Autopsia, enero 20 de 1913 : Gran tumor del estómago, característico.

Píloro libre : Abierto el órgano se ve que todo su interior está infiltrado. Epiplón adherido al neo. Ascitis, gran hígado grasoso, y al examinar el intestino, se ve una embolia de una rama de la cólica, y como consecuencia, gangrena del segmento correspondiente.



OBSERVACION II

Hospital de Clínicas. — Sala IX — Fecha : Septiembre 17 de 1914.

Diagnóstico — Neoplasma del estómago.

L. R., edad, 50 años ; soltero, francés, residió en Africa 13 años ; en el Brasil 10, y aquí en Buenos Aires finalmente, desde hace 6 meses ; profesión, carpintero.

• *Antecedentes de familia* — El padre murió a los 70 años y la madre a los 60. Ignora de qué, no les conoció enfermedad.

Hermanos — Han sido 7 ; han muerto 5, de los cuales 4 fallecieron chicos y una hermana a los 40 años, esta última de fiebre amarilla.

Antecedentes personales — Nacimiento normal, desarrollo normal.

Cuando muy niño fué enfermizo, manteniéndose con frecuentes alternativas hasta los 10 u 11 años ; a contar de aquí es sujeto fuerte hasta la edad de 24 años, que estando en Africa, adquirió el paludismo ; desde entonces siente una vez al año, por lo menos, ciertos trastornos atribuibles a esa infección.

Enfermedades anteriores — Fuera del paludismo, recuerda solamente una puhsación (como dice el enfermo) en la región intercostal derecha, sin temperatura, ni síntoma alarmante, curó en cuatro o cinco días. Un traumatismo en la rodilla izquierda que exigió la aplicación de puntas de fuego, es todo cuanto ha tenido.

No ha padecido de disentería, ni de ataques al hígado, que lo pusieran ictérico.

Enfermedad actual — Hace 18 meses que empezó : sentía en la región epigástrica un peso que duraba todo el día, pero que se acentuaba después de comer. Poco a poco este peso cedió el lugar a un dolor en el mismo sitio, dolor que irradiaba a ambos lados, siguiendo el reborde costal. Suprimió de su alimentación, la carne, porque creyó que no le convenía ; lo mismo hizo con el vino. Pero el dolor seguía aumentando en intensidad, y extensión, pues llegaba por el lado derecho hasta cerca de la columna, e invadía hacia abajo hasta la fosa ilíaca

derecha. Actualmente ocupa esa extensión y es poco intenso en la mitad izquierda del abdomen y en relación con la mitad opuesta. El reposo lo atenúa, la marcha lo exagera, dice que conteniendo, en este último caso, su región dolorosa con ambas manos, lo modera. Sentado, está muy molesto, es la peor de las posiciones. Acostado alterna el decúbito lateral, pero después de un rato se cansa también y tiene que adoptar otra posición.

Nota que si está del lado derecho, el dolor que le exige cambiar de posición es el del lado que está en alto, el no comprimido.

No ha tenido vómitos. Vientre regular, poco apetito. A perdido diez kilos en 18 meses.

Estado actual (septiembre 17 de 1914) — Activo e indiferente en el decúbito, pero no puede estar sentado por el dolor al epigastrio, ni mucho menos caminar, por la misma razón.

Facies : Indiferente.

Abdomen : Forma, abovedamiento regular. Simétrico.

A la palpación : Paredes poco tensas. Palpación profunda, algo dolorosa, especialmente en el centro y fosa ilíaca derecha, gorgoteo en ambas fosas, mucho más en la derecha.

Percusión : Timpanismo algo exagerado.

Sondaje del exófago y estómago :

JUGO GASTRICO

Acidez total	1095 por mil.
Acido láctico	Hay.
Peptona	Hay.
Acido clorhídrico	No hay.

Intestino : Colon doloroso, y algo tenso y retraído el descendente. Ciego también doloroso ; el resto lo es poco ; a la palpación profunda, se consigue despertar sensación dolorosa..

Deyecciones : Una o dos diarias con mucosidades.

Sueño : Bueno aunque despertándose de vez en cuando para cambiar de posición, y evitar así los dolores del vientre que una posición fija, continuada, le produce.

Apetito : Poco ; no come mucho por miedo a los dolores.

Sed : Muy poca.

Tratamiento—Laxantes. Bismuto (pequeñas dosis), dieta especial. Bicarbonato de soda.

Octubre 19 : El enfermo ha seguido mejorando en cuanto a sus dolores. Pero siempre aparecen cuando se mueve mucho o camina, y un rato después de comer. Tienen el carácter de antes, es decir, en forma de retortijones en todo el vientre, comenzando

por el epigastrio y produciéndose *diseño* (si se le busca) de las ansas intestinales, *no francamente visibles ni salientes, pero palpables*.

Todo ésto se acompaña de ruido y de dolor muy agudo.

El apetito disminuído, las fuerzas decaen cada vez más.

OBSERVACION III

Hospital de Clínicas — Sala IX — Fecha : septiembre 20 de 1911.

Diagnóstico — Cancer de estómago.

A. T., 46 años, casado, nació en San Juan ; profesión : agente de policía.

Salud de los padres — El padre falleció a los 81 año, no sabe de qué. La madre tiene actualmente 92 años. Han sido 11 hermanos, todos sanos. Un hermano fué muerto accidentalmente.

Enfermedades anteriores — No recuerda haber tenido enfermedades de la infancia. A los veinte años tuvo una blenorragia.

Hábito : Poco fumador, bebedor.

Enfermedad actual — Se inicia hace un año y medio, con pérdida de apetito, dolor lento en la re-

gión epigástrica que se exageraba con las comidas, vómitos alimenticios unas veces, biliosos otras. Tanto los vómitos como el dolor no se producían con regularidad ; ya inmediatamente después de la ingestión de los alimentos, ya una o dos horas después. Nunca ha visto sangre en los vómitos. *Las materias fecales son frecuentemente diarreicas y ne-gruzcas.*

Durante su enfermedad ha perdido 18 kilos de peso.

Estado actual — Actitud o decúbito : Dorsal pasivo.

Estado de nutrición : Muy pobre, ha adelgazado 18 kilos.

Facies : Caquético. Mirada fija. Mejillas hundidas ; color pálido pajizo.

Labios : Pálidos y secos.

Aparato circulatorio — Pulso : 72 pulsaciones por minuto. Pulso igual, regular, poco tenso.

Corazón : Normal.

Aparato respiratorio—De ambos pulmones : normal.

Abdomen : Forma en batea, deprimido especialmente en su región hipogástrica.

Venas superficiales : No existen.

A la palpación : En la región hipogástrica induración movable al respirar, y haciéndose mucho más manifiesta cuando se insufla el estómago : la palpación resulta muy dolorosa.

Percusión : Submatitez timpánica a la percusión.

Estómago : Límite inferior un través de dedo por encima del ombligo, no hay clapoteo.

JUGO GASTRICO

Cantidad remitida.....	250 cm ³ .
Cantidad filtrada.....	150 cm ³ .
Color.....	Amarillento.
Depósito.....	Abundante.
Filtración.....	Regular.
Reacción.....	Acida.

ACIDOS

Acido clorhídrico	No.
Acido láctico Uff. claro y límpido ..	0.30.
Acido butírico.....	No.

AMILACEOS

Almidón.....	No.
Eritrodextrina.....	No.
Aerodextrina	Regular.
Glucosa.....	Gran cantidad.

ALBUMINOIDEOS

Peptona.....	No.
Propeptona.....	Vestigios.
Sintonina.....	Vestigios.
Albúmina.....	Rastros.
Mucina.....	No.

ANALISIS CUANTITATIVO

Acidez total — A	1.89 ⁰ / ₀₀	0.730
Acido clorhídrico libre — H	0.44 »	0.000
Cloro combinado org. — C	1.68 »	0.284
Cloro mineral fijo — F	1.09 »	1.988
Cloro total — T	3.21 »	2.274

Intestino : Nada de particular.

Deyecciones : Diarias.

Orina : Hay 0.75 de albúmina y mucho indican.

OBSERVACION IV

Servicio del Dr. Mariano Castex—Sala XVIII.

J. C., de 62 años de edad, de nacionalidad argentino, estado viudo, profesión almacenero ; entró a este servicio el 30 de enero de 1912.

Diagnóstico — Cáncer del píloro. Metastásico del hígado.

Alta : 1 de febrero de 1912.

Antecedentes hereditarios — La madre murió de cólera y el padre falleció de una enfermedad de la sangre, según cuenta el enfermo.

Antecedentes personales — Dice haber sido sano. No da antecedentes venéreos, ni específicos. No fuma ni bebe.

Enfermedad actual — La refiere a un año a esta parte, que empezó a sentir malestar general, inapetencia y dolores en la región epigástrica. No recuerda bien el tiempo que tiene vómitos después de comer. Ha sufrido un período de constipación, pero ahora mueve el vientre 3 a 4 veces en el día.

Estado actual — Sujeto en mal estado de nutrición, facies demacrada, ha enflaquecido, color pálido, ligera cianosis en la mejilla. Visión normal.

Anorexia ligera. Sus pupilas reaccionan perezosamente a la luz y a la acomodación.

Pulso : 110 pulsaciones por minuto, pulso pequeño, desigual, poco amplio, tensión baja.

Corazón : Límites normales. Los tonos apagados en todos los focos.

Abdomen : Tensión muy aumentada, dificultando extraordinariamente la palpación. Paredes apergaminadas, piel seca. A nivel de la región epigástrica, se palpa una resistencia, sin límites bien definidos, movable aunque escasamente, con la respiración, y dolorosa al palpársele. A la percusión da submatitez timpánica y parece hacer cuerpo con el lóbulo derecho del hígado. La superficie es lisa, aunque también parecería palpase sobre la cara anterior, dos zonas más resistentes y duras, que el resto del tumor.

El límite inferior del estómago se encuentra a la altura del ombligo.

Intestino : No se observa nada de particular.

Hígado : Límite superior en el 6º espacio intercostal ; el inferior desciende sobre la línea mamilar tres traveses de dedo por debajo del reborde costal.

Bazo y riñón : No se palpan.

Aparato respiratorio : 22 respiraciones por minuto, respiración costal inferior.

Pulmones por delante, derecho e izquierdo : Vibraciones disminuídas ; sonoridad exagerada.

Auscultación : Respiración vesicular sin ningún ruido sobreagregado.

Por detrás sonoridad aumentada. Vibraciones normales ; respiración vesicular, con algunos rales húmedos, medianos y finos en ambas bases.

Sistema nervioso : Normal.

Contenido gástrico : 1º febrero de 1912 : Líquido de retención 180 gramos, color verdoso, con abundantes grumos de caseína en suspensión, HCl libre o.

En el tiempo que permanece en la sala y desde el primer momento, el síntoma dominante es el vómito ; al entrar en la sala y en el mismo día de entrada, tuvo un vómito francamente fecaloideo.

En los días sucesivos los tiene y a horas distintas. El color es siempre verde oscuro, con fuerte olor a fermentación, sin HCl libre, y de reacción neutra o débilmente ácida.

OBSERVACION V

Hospital de Clínicas — Sala IX — Fecha : 18 de abril de 1910.

Diagnóstico — Neoplasma gástrico.

H. M., 48 años de edad, casado, español. Residió un año en el Brasil ; hace 26 años que vive en Buenos Aires ; profesión : herrero.

Salud de los padres — Fallecidos : el padre, a los 60 años y la madre a los 70.

Dos hermanos y una hermana viven, y son sanos ; tres hermanos fallecidos en la niñez.

Enfermedades anteriores — Sarampión. Blenorragia a los 22 años que se curó bien. Un chancro único, más o menos en la misma época y del cual no recuerda haberle producido adenopatía o erupcio-

nes ulteriores. Ha sido muy bebedor cuando joven, ahora lo es menos. Fuma poco.

Enfermedad actual — Hace como 1 año que comienza a perder el apetito ; sobre todo, desde hace 6 meses, que sintió especial repugnancia por la carne. Desde hace dos o tres meses sensación de peso constante en la región epigástrica, que después de comer se hace muy molesta. No ha tenido vómitos ni hemátémesis.

Ha enflaquecido 10 kilos en un año. No tiene dificultad para tragar. Deposiciones diarias y de aspecto normal ; no recuerda que hayan sido alguna vez muy negras.

Estado actual — Actitud o decúbito. Indiferente, no tiene predilección por ninguna posición determinada.

Facies : Sujeto adelgazado, marcada palidez de la cara.

Labios : Nada de particular, solamente algo anemizados.

Lengua : Saburral.

Mucosa bucal : Nada que llame la atención ; paladar : hiperemia bastante marcada.

Faringe y amígdalas : Amígdalas grandes, faringe hiperemiada.

Aparato circulatorio — Pulso : 100 pulsaciones por minuto, regular, igual, poco tenso, buena amplitud.

Abdomen : Forma alargado, no presenta salidas ni depresiones.

Venas superficiales : No existen.

A la palpación : Ligera defensa muscular, no hay ganglios superficiales. Al nivel de la región epigástrica, una induración de un diámetro de 3 a 4 centímetros, ocupando la línea media un poco a la izquierda de ésta y que es no dolorosa.

Estómago : En la cara anterior se nota una masa indurada, movable, no dolorosa a la percusión, de tres a cuatro centímetros de diámetro ; no existe sensibilidad del punto epigástrico ; límites ligeramente aumentados en el sentido vertical, no se produce ruido de clapotage.

Intestino : A la palpación, en la fosa ilíaca izquierda, fibras contráctiles, con materias fecales ; ciego no doloroso.

Deyecciones : Una o dos deyecciones diarias, materias pastosas.

Esta historia demuestra una vez más que no siempre debemos exigir el síntoma diarrea, para pensar en cáncer ; aquí por ejemplo, no puede decirse que el enfermo haya tenido este síntoma, al contrario, y en tesis general, lo que el enfermo tenía, eran

alternativas, y muy frecuentes, de constipación y diarrea.

ANALISIS DE CRINA

De particular en este examen, anotamos :

Urea.....	11.34.
Cloruros.....	4.40.
Albúmina.....	Vestigios.
Indican.....	Vestigios.

ANALISIS DE SANGRE

Glóbulos rojos.....	3.430.000
Glóbulos blancos.....	9.200
Relación globular.....	x 373
Hemoglobina.....	65
Valor globular.....	0.95
Polinucleares neutrófilos.....	74.66
Polinucleares eosinófilos.....	0.66
Polinucleares basófilos.....	0.33
Linfocitos.....	18.33
Mononucleares.....	1.00
Transición.....	5.00

INVESTIGACION BACTERIOSCOPICA

Glóbulos rojos.....	Normales.
---------------------	-----------

OBSERVACION VI

P. M. R., edad, 38 años ; argentino, soltero ; profesión : jornalero.

Diagnóstico — Carcinoma del píloro.

Antecedentes hereditarios y familiares — Los padres han fallecido siendo él muy niño ; no sabe en consecuencia decirnos la causa de su muerte ; tiene dos hermanos, uno de los cuales, es sano, el otro hermano de 34 años de edad, hace como 8 años que según el enfermo, padece de asma ; no da ningún otro dato.

Antecedentes personales — Sabe, haber tenido tifoidea siendo muy pequeño (pero no puede precisar la edad) ; sarampión a los 9 años, a los 20 blenorragia ; después de lo apuntado no ha tenido ningún

otro padecimiento, sino el actual. No ha sido bebedor pero sí buen fumador.

Enfermedad actual — Su enfermedad actual data de dos años a esta parte ; comienza sintiendo náuseas, sin vómitos, después de las grandes comidas (a las 12 y a las 7) ; estos fenómenos lo llevan a consultar un facultativo, que instituye tratamiento médico y dietético (le suprimió la carne, comidas con picantes, vino, alimentos con grasas) ; el enfermo pasa 6 meses muy bien ; comiendo en este tiempo cualquier cosa ; por otro lado en estos 6 meses siente mejoría en sus funciones intestinales, movía su vientre todos los días ; en cambio antes de someterse a régimen, era muy constipado, estando hasta 8 días sin defecar, y sólo lo conseguía mediante purgantes (en general tomaba limonada Rogé) o enemas, grandes enemas de 1 litro y medio, y esto lo hizo por espacio de dos meses ; viendo que no mejoraba resuelve ver a un facultativo.

Estubo bien, como hemos dicho durante 6 meses, pero desde 3 meses atrás vuelve a sentirse enfermo, con la sintomatología siguiente : dolores intensos antes de las comidas, localizados en la región epigástrica como punto inicial y que se propagaban hacia atrás ; hacia la columna vertebral, el dolor era continuo y en cuanto a su intensidad

aumentaba de a momentos ; para calmarlo el enfermo comía, y ésto le aliviaba mucho, pero no del todo ; tranquilo relativamente, pasaba una hora más ó menos ; transcurrido este tiempo, vomitaba lo que había ingerido cualquiera fuese la hora en que tomara alimentos ; los vómitos eran muy ácidos y la comida devuelta muy triturada ; así permanecía en calma, quedándole un ligero dolor radicado solamente en el hueco epigástrico ; en esta forma ha pasado desde el mes de febrero, hasta el día que resuelve entrar a este hospital para curarse.

Estado actual — Sujeto en mediocre estado de nutrición ; muy adelgazado ; palidez marcada de la piel y de las mucosas. No hay ganglios superficiales palpables. Visión normal, reflejos pupilares, normales.

Pulso : 88 pulsaciones por minuto ; pulso tenso, igual, regular y amplio.

Pointa de corazón late en el 4º espacio intercostal, sobre la línea mamaria.

Límites cardíacos : Normales.

Tonos normales a la auscultación.

Aparato respiratorio — 24 respiraciones por minuto, nada de particular al examen de la pleura y pulmones.

Abdomen : Bien conformado, tensión mediana, timpanismo percutorio, normal.

Estómago : Límite inferior, un través de dedo por encima del ombligo. No hay punto doloroso localizado y a la palpación, hiperestesia del plexo-soleno.

Quinismo gástrico : Estómago vacío en ayunas, almuerzo de prueba de Edwald-Boas.

Acidez total.....	39 %.
Acido clorhídrico libre	Positivo.
Acido láctico.....	Positivo.
Sangre.....	Negativo.

Intestino : Palpable en su porción cólica descendente, *constipación habitual*.

Materias fecales : Reacción de Wheber, positiva ; reacción de Bencidina, positiva.

Hígado : Borde superior, 5º espacio ; inferior, un través de dedo por debajo del reborde costal.

EXAMEN DE SANGRE

Glóbulos rojos.....	3.250.000
Glóbulos blancos.....	10.000
Relación globular.....	1 x 325
Hemoglobina.....	60
Valor globular.....	0.93

ANALISIS DE ORINA

Albúmina.....	No hay.
Glucosa.....	No hay.

Mayo 20 de 1914 : Ha sido operado en la Sala II, encontrándose un « carcinoma del píloro » por lo cual se le hizo una gastro-enterostomía. En la fecha vuelve al servicio, muy mejorado, pudiendo algunos días después, nutrirse bien y sin ninguna manifestación gástrica.

Su estado general ha mejorado sensiblemente.

Es de advertir que el enfermo estaba en condiciones no muy buenas para ser operado, nueva ventaja del procedimiento que habitualmente se emplea en la Sala II del Hospital Torcuato de Alvear, y que no tiene nada del otro mundo, pero sí resulta práctico, bajo cualquier punto de vista que se le mire ; me refiero al procedimiento de anestesia que se utiliza, haciéndose o raqui-anestesia, o si se puede, se prefiere la anestesia local a la cocaína, como se efectuó con este paciente.

¿Qué hubiésemos podido esperar del cloroformo ? Nada bueno seguramente, y en el mejor de los casos, tendríamos un enfermo que vomita por muchas horas..... con todos los inconvenientes que el vómito presenta, en un gastro-enterostomizado.

OBSERVACION VII

Diagnóstico — Ulcera del estómago.

A. G., edad, 28 años ; casado, español ; profesión : mecánico ; han sido 11 hermanos, viven sólo cuatro ; no nos sabe decir de qué han muerto.

Pasado patológico — Hombre sano, no es bebedor, regular fumador, no ha tenido enfermedades venéreas. Su padecimiento actual, comienza hace 6 años con dolor localizado en el epigastrio, dolor continuo, sin irradiaciones, que no se calmaba con la ingestión de alimentos ; simultáneamente tenía la sensación de peso, y ardor ; ardor que llega hasta la garganta. La sintomatología escrita apareció a raíz de una constipación pertinaz de 30 días, que no procura corregir hasta ese tiempo, fecha en la cual desembaraza su intestino con enemas de

agua y aceite. Hace un año ; ocupado en su trabajo, le ataca de golpe un mareo, que le hace caer al suelo pero sin perder el conocimiento, en seguida vomita un líquido color café y en regular cantidad, mezclado a un cuágulo de sangre, a pesar de lo cual siguió trabajando hasta que tres días más tarde se repite el mismo cuadro, pero ya más grave ; de improviso tiene un vómito líquido que no es abundante, pero esta vez viene acompañado de tres cuágu-
los sanguíneos bastante voluminosos, mucho más, desde luego, que la primer vez. Y todo este cuadro se verifica en un estado de lipotimia, con sudores fríos y obscurecimiento de la visión. Consulta un médico, el cual le ordena unos polvos y una bebida con hemoglobina ; guardó cama durante 7 días y abandona su trabajo por espacio de un mes, por faltarle las fuerzas. Pasado este tiempo, se marcha al campo a trabajar en la cosecha. El dolor y los vómitos continuaron, no eran sin embargo con sangre, comienzan a producirse más o menos 4 horas después de las comidas, siendo a notar las grandes cantidades de líquido que vomitaba, en relación a las que absorbía. Durante todo el tiempo de su enfermedad fué constipado, debiendo recurrir a enemas y purgantes, pues no conseguía defecar espontáneamente.

Estado actual — Ha adelgazado mucho, palidez marcada, lengua húmeda y limpia.

Abdomen : Ovalado, aplastado de delante atrás, a la palpación se siente las paredes flácidas, no se palpa resistencia ni tumor.

Percusión : Timpanismo abdominal, moderado.

Estómago : Límite inferior a un través de dedo por encima del ombligo.

Punto doloroso : A la presión en la región pilórica. Clapotage manifiesto en ayunas, cuando se procede a la palpación adecuada.

Sondaje del exófago y estómago : Sondaje en ayunas. Líquido de retención, 430 c.c. con escasos de fragmentos alimenticios. Acidez total, 73 :H.cl. libre positivo. Acido láctico, vestigios ; ácido butírico, positivo ; sangre, negativo.

Acido clorhídrico.....	0.876.
Acido láctico.....	0.200.
Acido butírico.....	No.

ANALISIS CUANTITATIVO

Acidez total — A	1.89 ⁰ / ₁₀₀	2.190
Acido clorhídrico libre — H	0.44 »	0.876
Cloro comb. orgánico — C	1.68 »	0.823
Cloro mineral fijo — F	1.09 »	2.206
Cloro total — T	3.21 »	3.905

Reacción de Landolf : Débilmente positiva.

OBSERVACION VIII

Diagnóstico — Ulcera del estómago.

J. G., edad, 46 años ; italiano ; profesión : mueblero.

Padecimientos anteriores — No da ningún antecedente patológico. Regular bebedor, no es fumador, no ha tenido enfermedades venéreas.

Enfermedad actual — Comienza hace dos años con vómitos tardíos, produciéndose 3 a 4 horas de las comidas, y especialmente constituídos por mucosidades. Se siente con pesadez después de la ingestión de alimentos, acideces frecuentes, con erutos ácidos y vómitos a intermitencias. No puede decirse que haya tenido dolores francos. Ha perdido 14 kilos de peso. El apetito conservado. Es un constipado habitual.

Estado actual — El estado de nutrición es pobre, ha adelgazado mucho. Palidez ligera, y cianosis en las alas de la nariz que están muy adelgazadas.

Abdomen : Vientre deprimido, aplastado en su línea media ; no existe ningún punto doloroso a la presión, ni tumor palpable. A la percusión, submatitez timpánica. Existen venas visibles, revistiendo de preferencia el tipo cava inferior.

Estómago : Límite : un buen través de dedo por encima del ombligo. No hay ningún punto doloroso cuando se palpa. Nada de particular a la insuflación. Hay clapoteo en ayunas.

Sondaje del exófago y estómago : Se hace con facilidad, existe gran cantidad de líquido de retención, acidez elevada, y abundantes restos alimenticios.

Intestino : La S ílica se palpa contráctil. Nada de particular en el recto.

Deyecciones : Constipación habitual.

ANALISIS

Reacción de Wheber y de la bencidina, francamente positivas.

El análisis de orina practicado con fecha julio 6, revela orina turbia, alcalina, con un residuo total de 62.991. Cloruros, 1.50 ; ácido fosfórico,

1.40. En cuanto a elementos patológicos, se reúnen y dicen en pocas palabras. Albúmina, vestigios, y gran cantidad de indican, que es un elemento normal si se quiere, pero no así cuando toma estas proporciones.

V. VII — Tubaje en ayunas.

Líquido de retención, 650 grs. y francamente ácido. Gran cantidad de residuos alimenticios.

V. VII — Reacción de Wheber, positiva.

X. VII — Reacción de Wheber, positiva.

X. VII — Líquido de retención, 650 grs. con abundantes restos alimenticios, olor a ácidos que fermentan.

Acido clorhídrico : Francamente positivo.

ANALISIS DE JUGO GASTRICO

Líquido de retención : 650 gramos.

H. Cl.	0.75	= 0.438
Acido láctico	no	= 0.200
Acido buírico	no	= 0.000

ANALISIS CUANTITATIVO

Acidez total — A	1.89	$\frac{0}{100}$	= 2.555	= 2.701
H. Cl. libre — H	0.44	»	= 0.730	= 0.438
Cl. comb. org. — C	1.68	»	= 1.684	= 1.976
Cl. min. fijo — F	1.09	»	= 2.130	= 2.840
Cl. total — T	3.21	»	= 4.544	= 5.254

ALBUMINOIDEOS

Peptona	2 0/00	=	2 0/00.
Propeptona	Rastros	=	No tiene.
Sintonina	Rastros	=	Tiene vestigios.
Albúmina	Rastros	=	Tiene vestigios.
Mucina	Rastros	=	No hay.

ANALISIS DE SANGRE

Glóbulos rojos.....	Normales
Glóbulos rojos.....	3.840.000
Glóbulos blancos.....	6.000
Relación globular.....	1 x 640
Hemoglobina.....	60
Valor globular.....	0.92
Polinucleares neutrófilos.....	77.00
Polinucleares neutrófilos.....	1.00
Linfocitos.....	19.66
Formas de transición.....	2.33

OBSERVACION IX

Diagnóstico — Ulcera del estómago.

I. L., edad, 27 años ; soltero, ruso, 6 años que reside en el país, peón de galpón. El padre murió a los 77 años, la madre vive y es sana.

Enfermedades anteriores — No recuerda haber tenido enfermedad alguna anterior a la presente ; buen fumador, poco bebedor.

Enfermedad actual — Hace unos 4 meses que empieza a sentirse incómodo y con dolores en la región epigástrica, habiendo anteriormente notado dificultades en su digestión. El dolor aparece después de las comidas, unas veces después de algunos minutos, y otras, a la hora más o menos ; para calmarlo, es necesario, o ingerir nuevo alimento o promoverse

el vómito. Es un constipado crónico, en general sólo movía el vientre cada tres o cuatro días. Buen estado de nutrición ; hay palidez.

Abdomen : Oval aplastado, de adelante a atrás ; a la palpación se nota una flacidez marcada, no existen puntos dolorosos especiales ; a la percusión, hay timpanismo normal.

Estómago : Límite inferior a la altura del ombligo, no hay hiperestesia del punto epigástrico ni de ningún otro punto. Clapoteo en ayunas.

Sondaje del exófago y estómago : Existe siempre líquido de retención en ayunas, constatado naturalmente con sondaje estomacal.

Intestino : Nada de particular a la palpación.

Deyecciones : Constipación habitual.

La reacción de Wheber ha sido negativa el día del sondaje, en el cual se encuentra (en ayunas) 50 gramos de líquido con restos alimenticios. Hay gran cantidad de H. Cl. libre.

ANALISIS DE JUGO GASTRICO

Acido clorhídrico.....	1.46.
Acido láctico.....	0.60.
Acido butírico.....	No hay.

ANALISIS CUANTITATIVO

Acidez total — A	1.89 ⁰ / ₀₀	2.774
H. Cl. combinado orgánico — C ...	1.68 »	1.025
H. Cl. libre — H	0.44 »	1.460
Cloro mineral fijo — F	1.09 »	1.633
Cloro total — T	3.21 »	4.118

ANALISIS DE ORINA

No presenta nada que pueda tener importancia ; sólo citaremos entre los elementos patológicos, vestigios de albúmina y vestigios de urobilina ; es todo cuanto puede señalarse.

OBSERVACION X

Diagnóstico — Ulcera del estómago.

J. M. B., 41 años de edad, casado, oriental ;
profesión : mecánico.

Antecedentes hereditarios — El padre murió a los 45 años por gangrena del brazo. La madre vive y es sana.

Hermanos — Una hermana muerta de infección puerperal. un hermano fallece por neumonía. Tiene otros cinco. vivos y sanos.

Abuelos, tíos y otros parientes — La señora es sana, tiene 9 hijos ; hay en los antecedentes personales de la esposa, un aborto de tres meses.

Los demás parientes, son todas personas robustas.

Antecedentes personales — No ha tenido enfermedades de la infancia, ha sido fumador, ha sido muy bebedor, pero dice que desde hace veinte años, no bebe.

Enfermedad actual — La refiere a tres años atrás ; es entonces que el enfermo empieza a notar después de las comidas una sensación de peso, acompañada de dolor en el epigastrio. Este dolor aparece dos horas después de las comidas y desaparece luego, espontáneamente, sin provocarle vómito. A pesar de esto el apetito se conservaba. Tenía alternativas de constipación y diarrea. Hace un año sufrió un traumatismo en el epigastrio y ocho días más tarde, después del almuerzo, más o menos una hora después, tuvo un vómito alimenticio con abundante cantidad de sangre ; media hora más tarde, el vómito se repetía, pero esta vez era sangre pura, roja y espumosa. Desde entonces las hematemesis han desaparecido, pero en cambio nota que las deposiciones son negras como alquitrán ; la molestia y el dolor después de las comidas han continuado y el viernes anterior tuvo un vómito alimenticio. En los tres últimos meses el apetito ha disminuído sensiblemente, pero sin desaparecer por completo, y en este lapso de tiempo nuestro enfermo ha perdido la enorme cifra de 20 kilogramos.

Estado actual — Buen estado de nutrición, facies pálidas y algo anciosa, labios de color rosa pálido, lengua, ligeramente saburral.

Abdomen : Ovoideo aplastado, sensibilidad viva en la región del epigastrio inmediatamente por debajo del apéndice xifoideo, dolor con irradiación dorsal. El resto del vientre no es sensible. La S ilíaca se palpa.

A la percusión : Timpanismo abdominal ; submatitez timpánica en la parte superior. Espacio de Traube libre.

Estómago : El límite inferior está a un través de dedo por encima del ombligo.

Intestino : Ya hemos dicho que puede palparse la S ilíaca, a esto no hay nada que agregar, lo demás al estado normal.

Deyecciones : Irregulares.

Reacción de Wheber y bencidina, francamente positiva.

ANALISIS

De los dos análisis de orina que se le hacen a este enfermo, ninguno presenta nada de particular.

ANALISIS DE SANGRE EN LAS MATERIAS FECALES

Reacción Wheber, intensamente positiva ; reacción bencidina, intensamente positiva.

Cuatro días después, melena abundante.
Reacción de Wheber, intensamente positiva.

ANALISIS DE SANGRE

Glóbulos rojos.....	3.500.000
Glóbulos blancos.....	10.000
Reacción globular.....	II x 350
Hemoglobina.....	65
Molecular.....	0.92
Polinucleosis.....	70.33
Polinucleosis eosinófilos.....	1.00
Basófilos.....	0.33
Linfocitos.....	23.00

Glóbulos rojos: escasos y anémicos

He aquí un caso de úlcera del estómago, en el cual, desviándose de la regla, nunca existió constipación, sino que al contrario, había más bien tendencia a la diarrea, o por lo menos alternativas de diarrea y constipación, caso que nos hace pensar que en medicina no pueden formularse leyes absolutas, y de formularlas, bueno será dejar un gran margen para incluir las excepciones, que no son raras, y en las cuales siempre deberá pensarse. Yo creo que por no tener en cuenta las excepciones, es que se incurre muchas veces en errores de diagnóstico que no su-

cedería ciertamente siuviésemos siempre presente en el espíritu, que al lado de la regla, está su corolario —la excepción.

OBSERVACION PERSONAL.

Diagnóstico — Ulcera del estómago con diarrea persistente.

L. R., argentino, 36 años de edad ; tallista.

Padres sanos, tiene 3 hermanos, uno ha fallecido de meningitis tuberculosa, otro vive y en perfecta salud, el tercero es mujer, padece de trastornos dispépticos y ha debido someterse a dos intervenciones quirúrgicas de vientre y bien serias, una laparotomía por hernia umbilical, que curó por primera ; en la segunda se le hizo una histeropexia por ptosis del útero, y como la anterior, curó por primera intención ; quizás esta ptosis era en parte al menos, la causante de sus disturbios dispépticos, ya que después de intervenida, aquellos trastornos cedieron sensiblemente.

Antecedentes personales — Nacimiento y desarrollo, bueno ; no ha estado enfermo seriamente sino

a la edad de 24 años, que fué atacado de fiebre tifoidea. Ha tenido varicela, sarampión, y urticaria tres veces. A los 15 años sufrió un traumatismo en el pie derecho, que obligó a un enyesado, y por ende, al reposo en cama, durante 23 días. No ha tenido enfermedades venéreas. Ha sido, y es buen fumador, no toma sino vino en las comidas, y nunca más de un vaso; es hombre que en lugar de ir a la taberna después de su trabajo, prefiere ir a una biblioteca popular o a escuelas nocturnas, y allí están los resultados de esa conducta, que se sintetizan en sus dos niñitos robustos y fuertes, que jamás han tenido nada hasta hoy; a uno de ellos, le asistí yo, en el momento del parto, y pesaba inmediatamente después del nacimiento, 4 kilogramos; la conducta de este honesto obrero deberían seguir sus compañeros de tarea en bien de su prole, y de ellos mismos.

La enfermedad actual de L. R., hace 9 meses que ha comenzado, notando que cada vez que comía ciertos alimentos, como carne, sustancias de tarros, picantes, etc., etc., el estómago se le pone agrio según su propia expresión; pasa muy malos días con acideces estomacales y erutos desagradables y quemantes; en estas condiciones ve a un facultativo el cual le ordena un purgante, y dieta alimenticia, no del todo bien elegida y unos polvos blancos tampoco muy del caso; el hecho es que el enfermo

en lugar de sentir mejoría empeora, adelgaza a ojos vista, pierde el apetito, la voluntad para el trabajo y es atacado de un dolor de cabeza que le molesta muchísimo y hasta no pocas veces le impide el sueño. Un señor, amigo mío, me lo recomienda : comienzo por hacerle un sondaje de estómago, naturalmente previa comida de prueba de Edwald-Boas, los resultados en cifras, de este análisis, no los tengo anotados ni los recuerdo, pero sé que de todo tenían menos que lo normal ; a continuación le hice un análisis de orina, encontré 0.20 cgs. de albúmina, mucho indican y poca úrea, si mal no recuerdo. En cuanto al examen de sedimento no había cilindros, ni cosas mayores.

Un análisis de sangre que en el mismo día que le ví efectué, me hizo ver que era un sujeto anémico, síntoma que sospechaba por la palidez intensa de su cara, conjuntivas, encías, mucosa bucal, faringea, etcétera, etc. El examen de las heces, no pude hacerle, porque era un sujeto tan emotivo, y tan pudoroso, que buscó siempre excusas para no traermé materias fecales del día, frescas, que como se sabe, es condición si-ne-qua-non para un estudio serio y bien hecho.

El síntoma que más le molestó desde el comienzo de la enfermedad, fué una diarrea sin dolores, y que hasta no hace mucho conservó ; sino diarrea

franca había marcada tendencia a este síntoma tan debilitante.

De tiempo en tiempo era tomado de dolores que partían de la región epigástrica y morían a la altura de las últimas vértebras dorsales y primeras lumbares ; nunca más arriba—nunca más abajo.

Yo le traté lo mejor que supe y pude, pero ni la ciencia mía, ni mi buena voluntad para curarle, me satisfacían ; yo notaba que la curación era perezosa y arrastrada ; en vista de lo cual le aconsejé fuera a verlo a nuestro distinguido profesor de toxicología experimental, al doctor J. B. Señorans : que a mi juicio, es uno de los mejores, sino el mejor, especialista de enfermedades del estómago. Tres días después, tenía su tratamiento que siguió con toda fe y meticulosidad, tanto que al cabo de 4 meses nuestro hombre era otro ; había curado.

El doctor Señorans le dijo a él, o a su familia, que tenía una úlcera del estómago, y otra vez debemos hacer una observación, ya que estamos en presencia de un ulcerado de estómago, sin grandes dolores ni sangre ni siquiera constipación. ¡Qué errores lamentables cometería el médico si para iniciar un tratamiento de úlcera esperase tener la triada sintomática común !

Hoy el enfermo ha vuelto, y desde hace ya 2 meses, a sus buenos tiempos de alegría, a sus ocupa-

ciones habituales de trabajo, y trabaja fuerte, con buena voluntad, como lo hace el hombre que se siente sano, y no es un indolente. /

No tiene dolores de ninguna naturaleza ; no hay ningún síntoma molesto, en una palabra, y para decirlo todo de una vez, nuestro enfermo ha quedado radicalmente sano, a menos ; así puede concluirse teniendo en cuenta lo que es dado ver y sentir en un prolijo examen clínico.

Un mes hace, a insinuaciones del enfermo, volví a efectuar un nuevo sondaje de estómago, con análisis consecutivo ; volví hacer un nuevo análisis de sangre, así como de orina y materias fecales ; de los resultados que saqué, tuve la satisfacción, y grande, de poder colocar una *negativa* consoladora para él y para mí ; así fué el resultado que iba deduciendo ; esa fué la palabra que al pie de cada formulario de análisis iba colocando : negativo, negativo, negativo, negativo ; he aquí la resultante de los 4 análisis que efectué y éstas son bases mayores, si se quiere, para poder afirmar que aquel joven tallista que 9 meses hace, tenía la vida suspendida por un hilo, es hoy médicamente hablando un hombre vigoroso y robusto ; pienso que algunos cuidados fáciles a seguir bastarán para garantizarle la salud hasta el fin de sus días, y esos pequeños cuidados, que tendrá mi enfermo—no lo dudo—será la mejor manera de agradecerme lo poco que yo hice por él.

CONCLUSIONES

I.—Las relaciones funcionales entre estómago e intestino quedan demostradas cuando se piensa que un padecimiento gástrico, es capaz de desviar la función intestinal ; así una úlcera del estómago trae la inmensa mayoría de las veces, constipación, del mismo modo que un carcinoma gástrico trae en general diarrea ; luego pues, entre el funcionalismo gástrico y el intestinal existe una sinergia que la clínica observa y la experimentación comprueba.

II.—La mayoría de las localizaciones gástricas de un proceso orgánico y que se acompañan de cambios cualitativos o cuantitativos de la secreción, revisten un tipo de reacción intestinal más o menos constante.

III.—La diarrea es un síntoma frecuente de las estenosis del píloro, siendo la manifestación caracte-

rística en tales casos, la presencia de sarcinas en las heces.

IV.—En presencia de una diarrea que nada explica tener bien presente en el espíritu que un neoplasma gástrico puede ser su única y verdadera causa.

V.—La caracterización de las diarreas gastrógenas es hoy factible con los conocimientos de coprología médica. La aquilia gástrica da el tipo más habitual de presentación.

VI.—La gran mayoría de los ulcerados gástricos se acompañan de constipación pertinaz, así como es de regla que los neoplásicos sean diarreicos ; esto es lo que deberíamos encontrar como enunciamos en la conclusión primera, pero recordaremos siempre que las excepciones son bastante frecuentes.

VII.—Suele encontrarse relativamente a menudo en clínica, casos de ulcus o carcinomas gástricos, sin su sintomatología particular y que sólo se revelan por sus manifestaciones intestinales. Recordar en tales casos, la constante anteriormente enunciada.

BIBLIOGRAFIA

- Mathieu et Moutier* — Pathogenie de l'ulcere de l'estomac. — Arch. des maladies de l'app. Digestif, 1909.
- Cade A.* — Sur les difficultés du diagnostic du cancer de l'estomac et de la valeur semeiologique des gastroragies occultes. — Arch. des Mal. de l'app. digestif, 1909.
- Pacheco* — Ulcera simple del estómago y su tratamiento. — Tesis de Buenos Aires, 1908.
- Polera* — De la pseudo-úlcera redonda del estómago. — Tesis de Buenos Aires, 1908.
- Rodríguez Egaña A.* — Consideraciones sobre el carcinoma gástrico y su diagnóstico precoz. — Tesis de Buenos Aires, 1900.
- Sabatie C.* — Les ulcères de la region pylorique. Formes cliniques. Traitement. — Paris, 1902.

- Sauphar G. F.* — Du diagnostic précoce de l'ulcère et des ulcerations gastriques. — Thèse Paris, 1910.
- Speroni D.* — Ulcera del estómago y su tratamiento. — Buenos Aires, 1907.
- Hayen et Lion* — Maladies de l'estomac. Traité de médecine Broudel y Gilbert, tomo XVI, Paris 1913.
- Mathieu* — Etude sur trois cas de cancer succédant à ulcère simple de l'estomac. — Bult et mem. de la Soc. Med. des Hosp., 1897.
- Diclafoy* — Transformation de l'ulcère stomacal en cancer. — Clinique Med. de l'Hôtel Dieu, 1896-97, volumen primero, Presse Medicale, 1897.
- Mathieu A.* — Pathologie gastro-intestinale. Ulcera et cancer de l'estomac. — Paris, 1910.
- Hayen* — L'ulcère-cancer prepylorique. — La Presse Medicale, 1901.
- Caillé, Durand et Marre* — Resultats immediats et cloignes du traitement chirurgical dans 45 cas de ulcère gastrique ou doudenal. — Arch. des Mal. de l'app. digestif, 1912.
- Petren R.* — A propos du diagnostic du traitement de l'ulcère de l'estomac. — Arch. des Maladies de l'app. digestif, 1913.
- Boas J.* — Diagnosi e terapia delle malattie dello stomaco.

- Gaultier* -- Ascaridose intestinale ayant, simulé un ulcère de l'estomac. -- Presse Medicale, 1909.
- Oettinger W.* -- De l'ulcère de l'estomac consecutif aux traumatisme externes. -- Arch. des Maladies de l'app. digestive, 1909.
- Baner A.* -- Recherches experimentales sur la pathogenie de l'ulcère de l'estomac. -- Arch. des Maladies de l'appareil digestif, 1910.
- Cerné et Delaforgue* -- La radioscopie des ulcères de l'estomac. -- Arch. des Maladies de l'appareil digestif, 1910.
- Enriquez et Wheill* -- Diagnostic biologique du cancer de l'estomac par les methodes recentes. -- Arch. des Maladies de l'app. digestif, 1912.
- Soupault* -- Traité des maladies de l'estomac, Paris 1906.
- Rousseau E.* -- Les formes rares du cancer de l'estomac. -- Arch. des Mal. de l'app. digestif, 1912.
- Wolf-Eisner* -- Malad. de l'estomac, 1912.
- Debove, Achard et Castaigne* -- Manuel des maladies du tube digestif, tomo I^o, Paris 1907.
- Asla J.* -- Ulcera simple del estómago. -- Buenos Aires, 1912 (tesis).
- Coni-Bazan F. A.* -- La forma anémica del cáncer del estómago. -- Tesis de Buenos Aires, 1912.
- Hertz* -- La constipation et les troubles intestinaux -- Edición francesa, año 1912.

- Irripier* — Lyon Medical, 1881, pág. 141.
- Muller* — Deutsche med. Woch., 1888, pág. 441.
- Boas* — Archiv. für Verdauungs Krank, año 1901, pág. 413.
- Mathieu* — Traité de mal. de l'estomac et de l'intestin, pág. 686, año 1900.
- Debove-Remond* — Traité de mal. de l'estomac, página 133.
- Robin* — Maladies de l'estomac, año 1904.
- Kuttner* — Berliner Klin. Woch., año 1906, núm. XXV.
- Mathieu y Roux* — Clinique et Therapeutique.
- Urrutia* — Revista Clínica de Madrid, año 1913.
- Semaine Medicale*, 9 de octubre de 1907.
- Parmentier* — Las dyspepsie des ulcereux (artículo).
- Elsner* — Enfermedades del estómago (traducido al español).
- Loeper* — Patologie digestive, 1911.
- Du Pasquier* — Un artículo sobre diarreas gastrógenas.
- Collet* — Patologia Interna.
- Dietafoy* — Patologia Interna.
- Sirumpell* — Patologia Interna.
- Bonorino Udaondo* — Semeiología digestiva, libro.
—De una monografía del autor.
—De una monografía del autor.

Debove y Sallard --- De un trabajo de estos autores.

Shampeaux --- Semeiología práctica.

Conferencias del doctor Abel Ayerza.

Conferencias Arribillaga.

Conferencias del doctor Abel Ayerza, sacadas de clase por mí mismo.

Conferencias del doctor Abel Ayerza, apuntes de clase sacadas por el doctor Tulio Martini, 1910.

Bourget y Robin --- Tesis de estos autores sobre Relación de estómago e intestino.

Smith --- Coprología práctica.

Trousseau --- Lecciones clínicas, Hotel Dieu.

Balazard, etc. --- Patología Interna.

Apuntes y recortes relacionados al tema (recopilación que debo al señor Whimberg).

Revistas y notas --- Recopilaciones, modos de pensar, teorías, experiencias, etc., de trabajos alemanes, cuya traducción debo al doctor Carlos Bonorino Udaondo.

VICENTE SANTOS MARTINI.

Buenos Aires, Junio 15 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero doctor Francisco Sicardi, al profesor extraordinario doctor Ricardo Colón y al profesor suplente doctor Pedro Labaque para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto a la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

L. GÜEMES

J. A. Gabastou.
Secretario.

Buenos Aires, Junio 22 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 2832 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou.
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico diferencial entre la úlcera de estómago y de duodeno.

Francisco Sicardi.

II

Régimen alimenticio de los ulcerados del estómago.

R. Colón.

III

Cuadro clínico y formas clínicas del cáncer del estómago. Método anátomo-clínico, base de la clasificación.

Pedro Labaqué.







