



Año 1918

N. 3458

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**TRATAMIENTO
DEL
ULCUS GASTRICO**

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

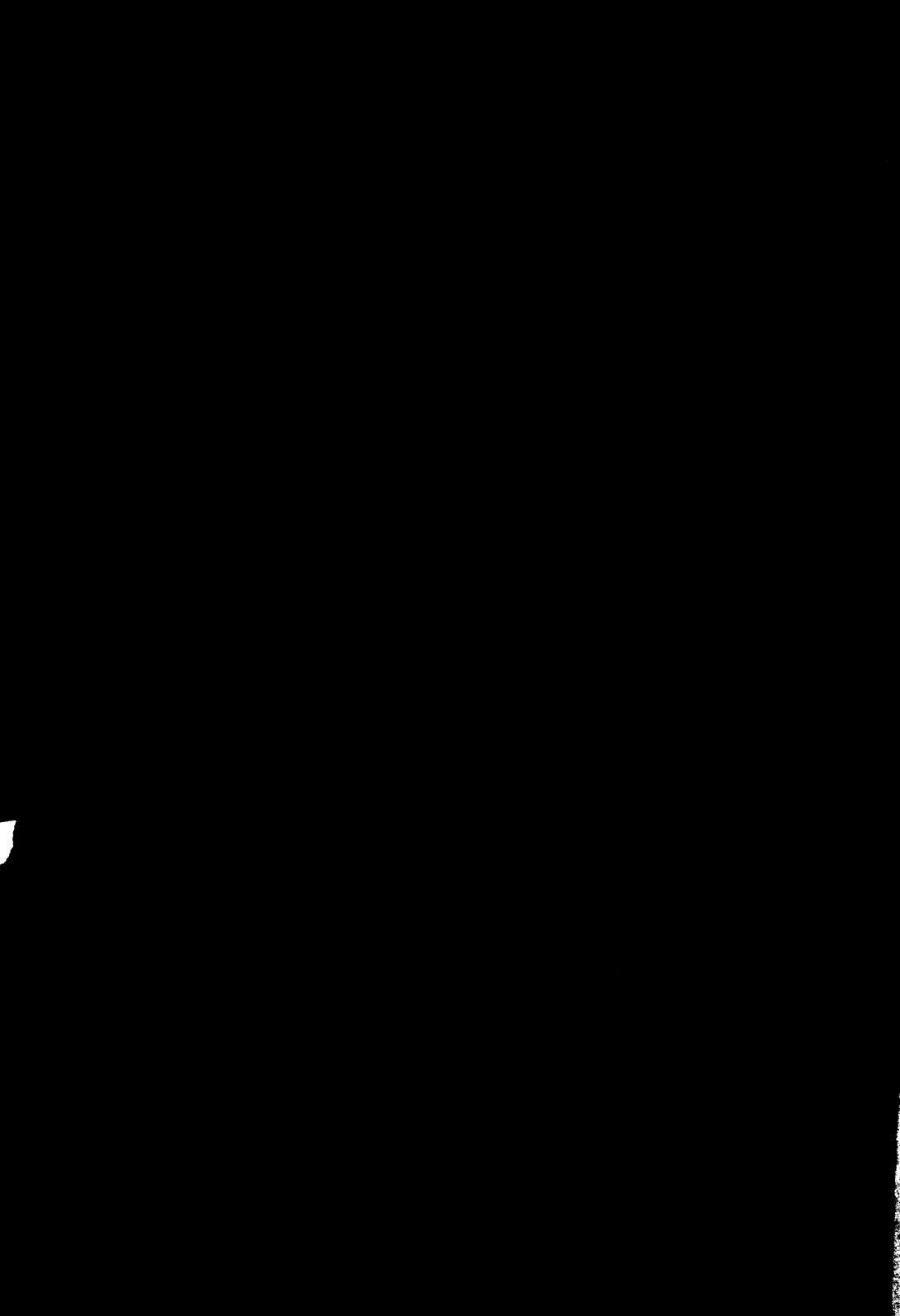
JULIO DOMINGUEZ ORTIZ

- Ex-practicante externo (Hosp. Rawson)
- Ex-practicante interno del Laboratorio (Hosp. Rawson)
- Ex-practicante interno (Hosp. Fernández)
- Ex-practicante interno (Hosp. Durand)
- Ex-practicante rentado (Hosp. de Niños Expósitos)
- Ex-practicante mayor rentado (Hosp. Militar Central)

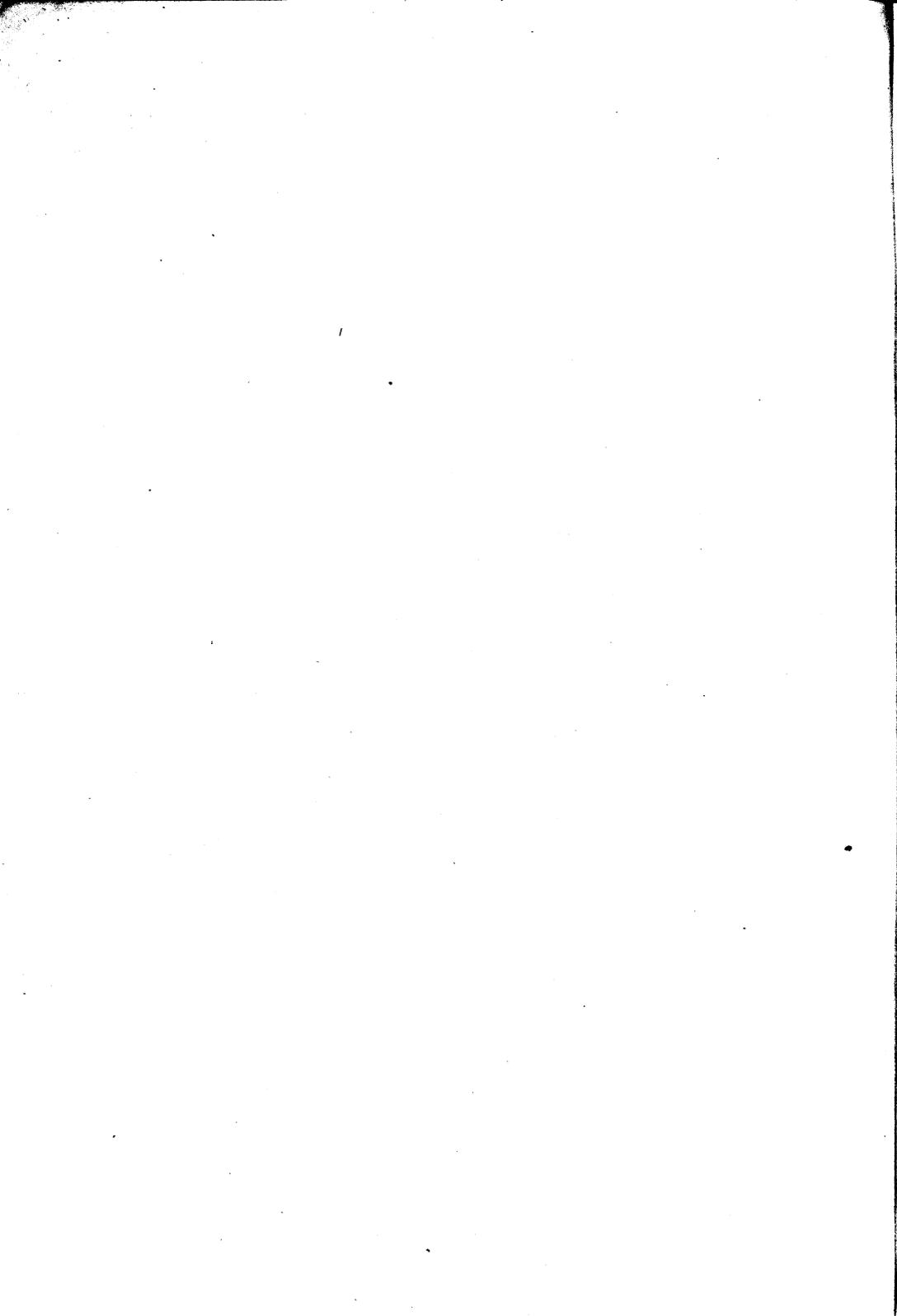


BUENOS AIRES
IMP BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151
1918

Misc. B. 41.4



TRATAMIENTO DEL ÚLCUS GÁSTRICO



Año 1918

N. 3458

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO
DEL
ULCUS GASTRICO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JULIO DOMINGUEZ ORTIZ

Ex-practicante externo (Hosp. Rawson) .
Ex-practicante interno del Laboratorio (Hosp. Rawson)
Ex-practicante interno (Hosp. Fernández)
Ex-practicante interno (Hosp. Durand)
Ex-practicante rentado (Hosp. de Niños Expósitos)
Ex-practicante mayor rentado (Hosp. Militar Central)



BUENOS AIRES

IMP BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918

Handwritten signatures and initials:
M. B.
M. h.

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

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros Titulares

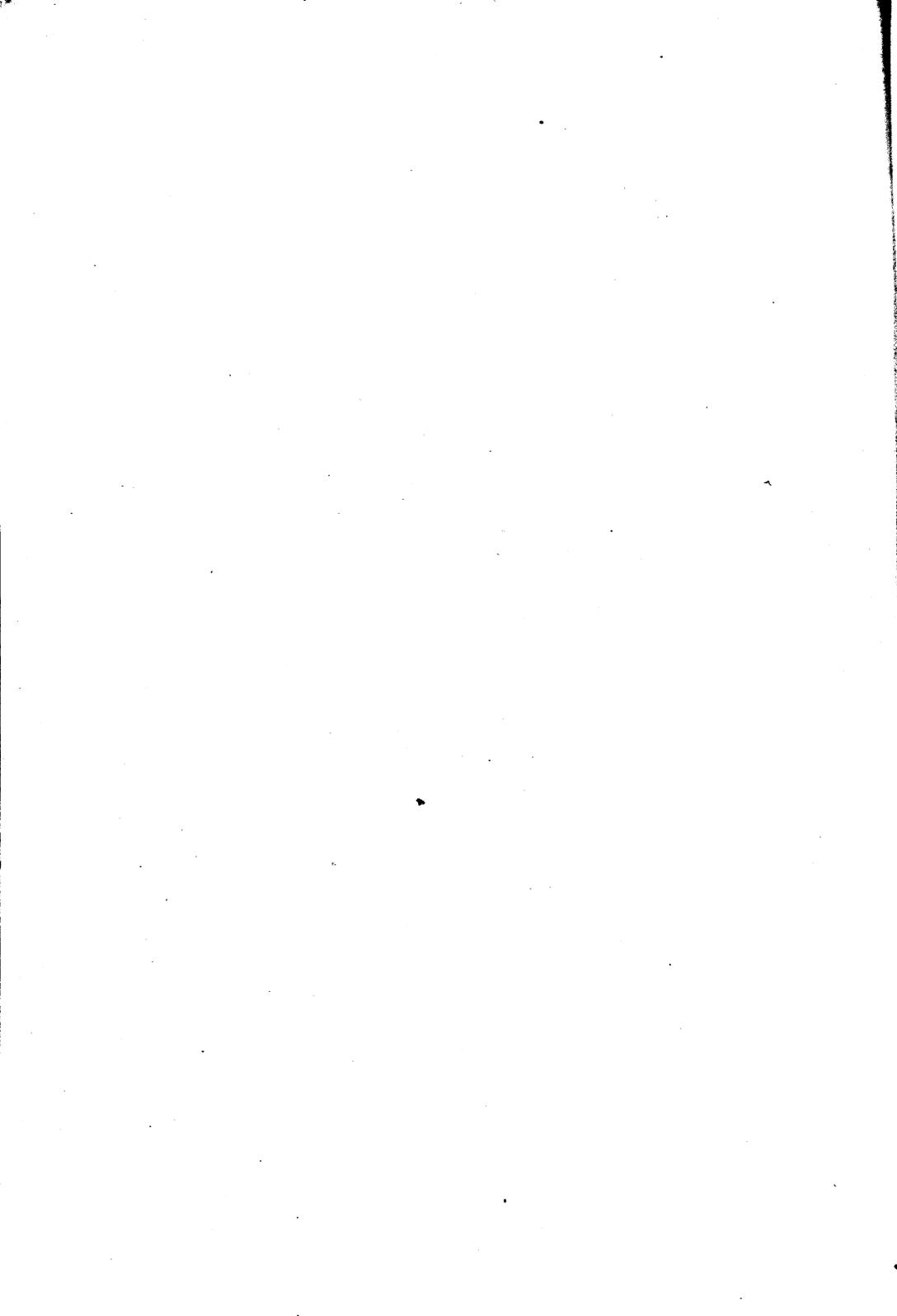
1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATÁ
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN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

Secretario General

Vacante

Secretario

DR. D. DIÓGENES DECOUD

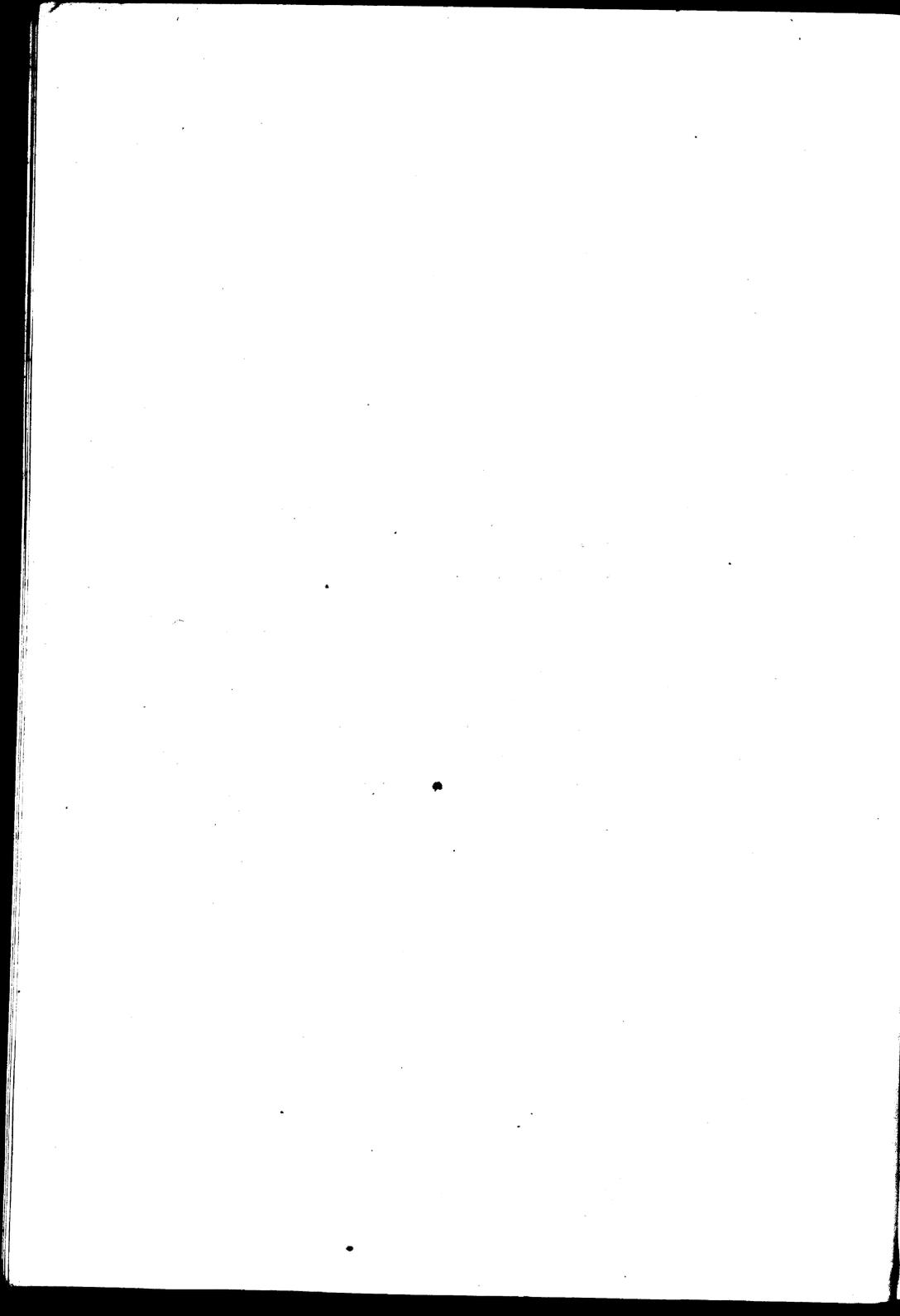


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSSINI
2. > > EMILIO R. CONI
3. > > OLHINDO DE MAGALHAES
4. > > FERNANDO WIDAL
5. > > ALOYSIO DE CASTRO
6. > > CARLOS CHAGAS
7. > > MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSEJO DIRECTIVO

Decano interino

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. D.

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN

» » DOMINGO CABRED

» » MARCIAL V. QUIROGA

» » JOSÉ ARCE

» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)

» » DANIEL J. CRANWELL

» » CARLOS MALBRÁN

» » JOSÉ F. MOLINARI

» » MIGUEL PUIGGARI

» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

» » FANOR VELARDE

» » IGNACIO ALLENDE

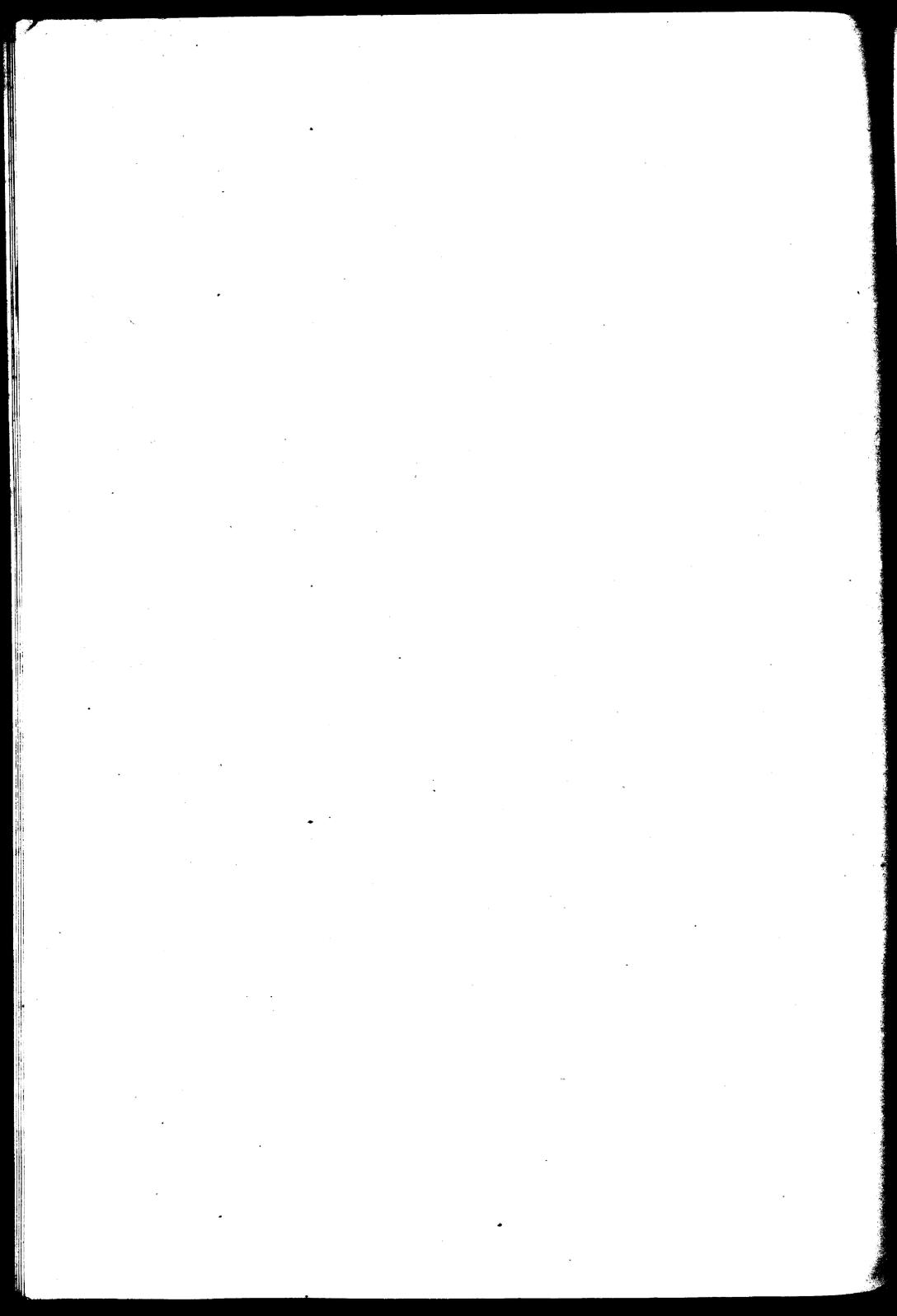
» » MARCELO VIÑAS

» » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

» » JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEYGA

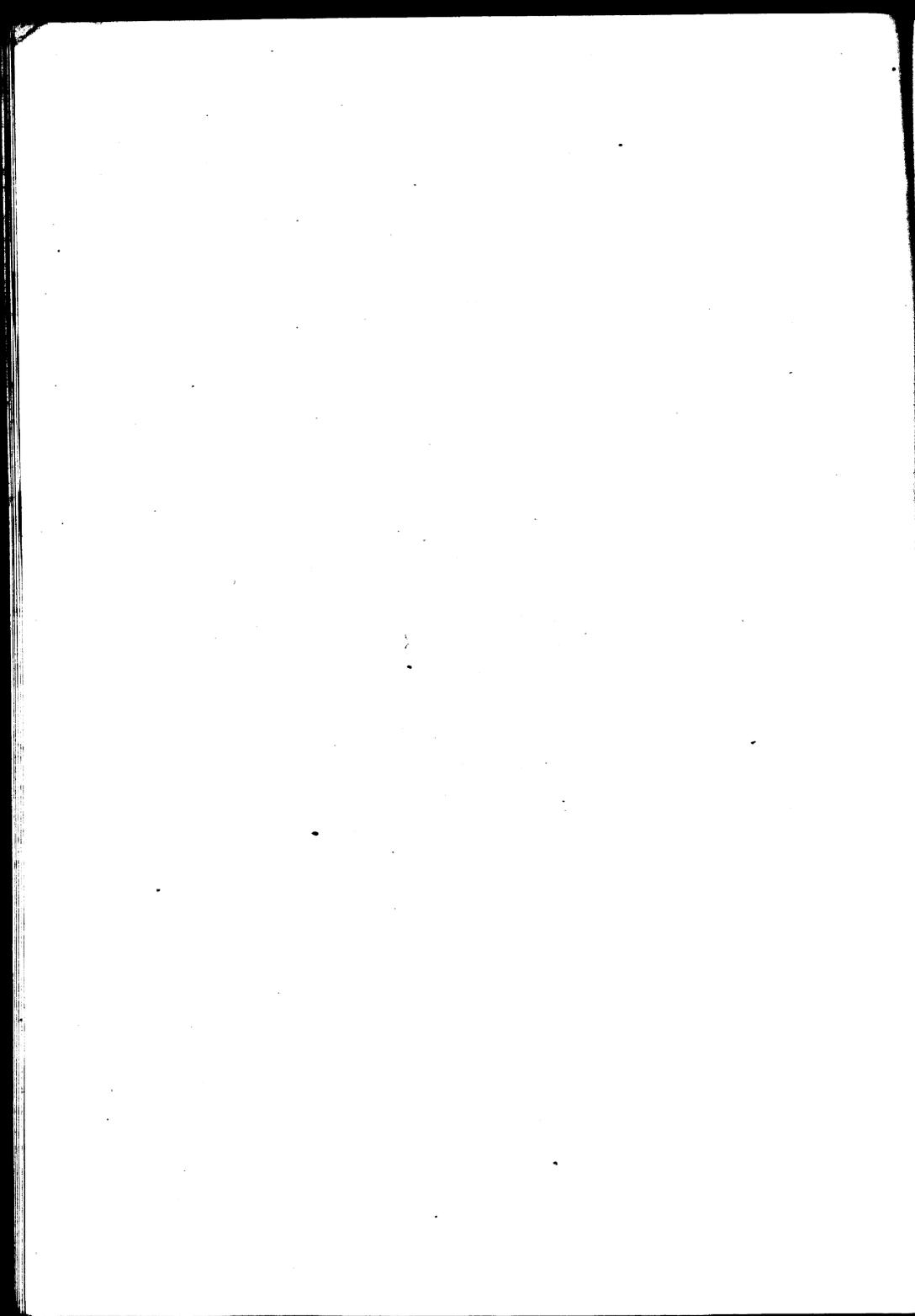
» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI

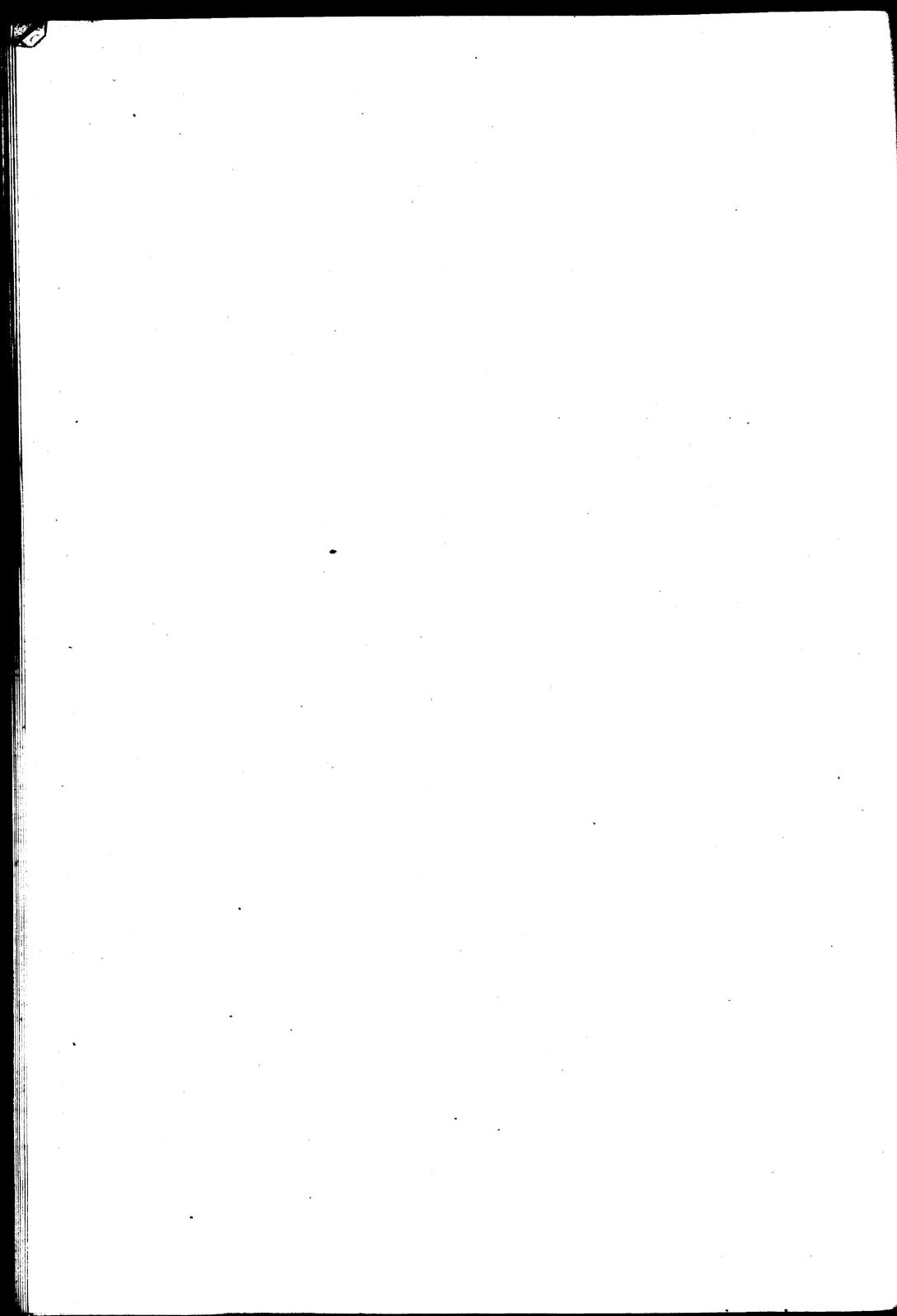
» TELÉMACO SUSINI

» ANGEL M. CENTENO



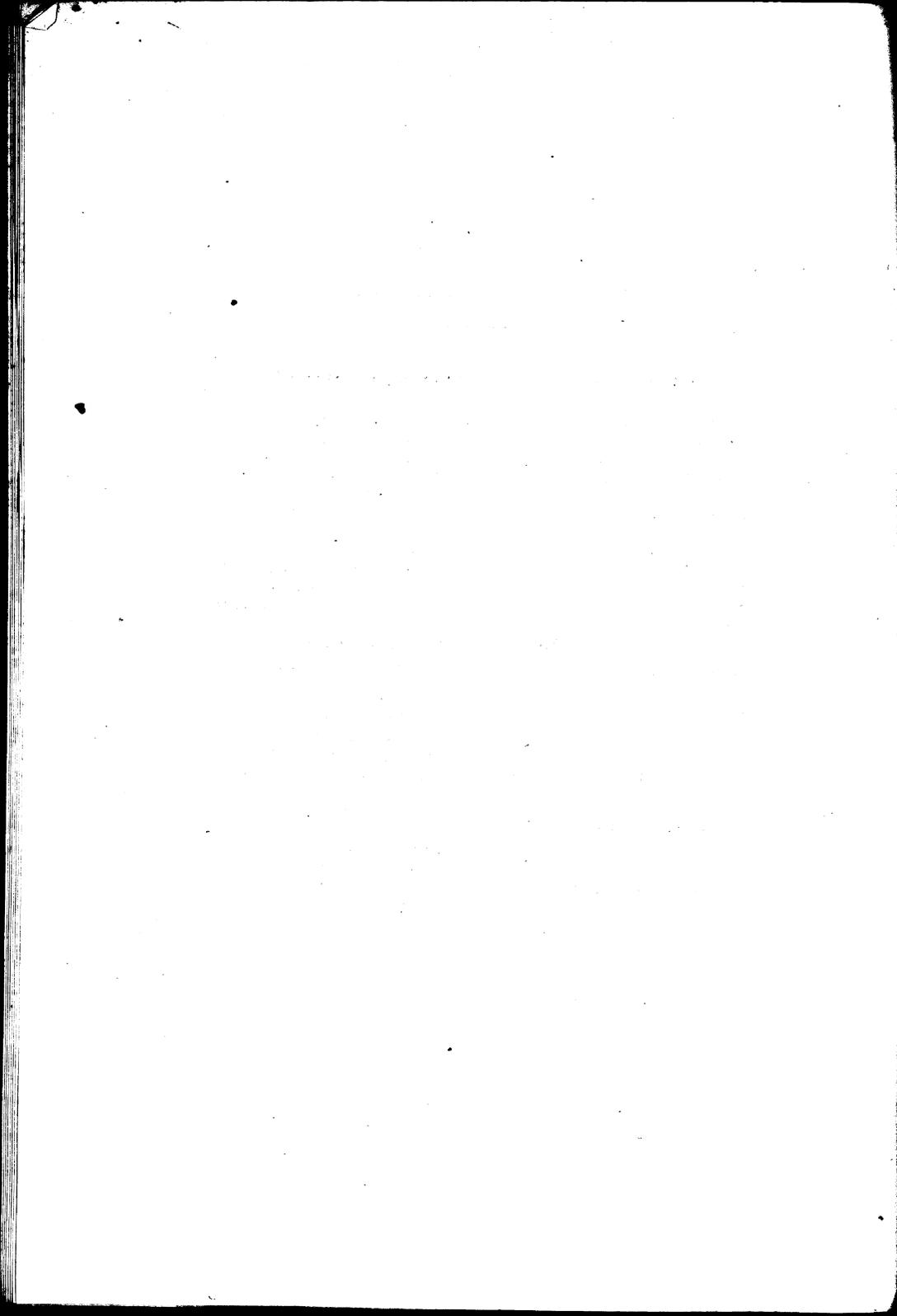
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANOÑA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
	» RODOLFO DE GAINZA
Histología	» ALFREDO LANARI
Física Médica	» HORACIO G. PIÑERO
Fisiología General y Humana.	» CARLOS MALBRÁN
Bacteriología	» PEDRO J. PANDO
Química Biológica	» RICARDO SCHATZ
Higiene Pública y Privada.....	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
Semiología y ejercicios clínicos }	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» JOAQUÍN NIN POSADAS
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.	(Vacante).
Clinica Génito-urinaria.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORÁNS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clinica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» Vacante
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» Vacante
» Pediátrica	(VACANTE)
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRÍQUEZ
Zoología »	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	» FELIPE A. JUSTO
Clínica Dérmato-Sifilográfica..	« MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa.....	« CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología Interna.....	« RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Neurológica.....	» MARIANO ALURRALDE
	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Pediátrica.....	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica.....	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» ARTURO ENRÍQUEZ
Clínica obstétrica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clinica Ginecológica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING

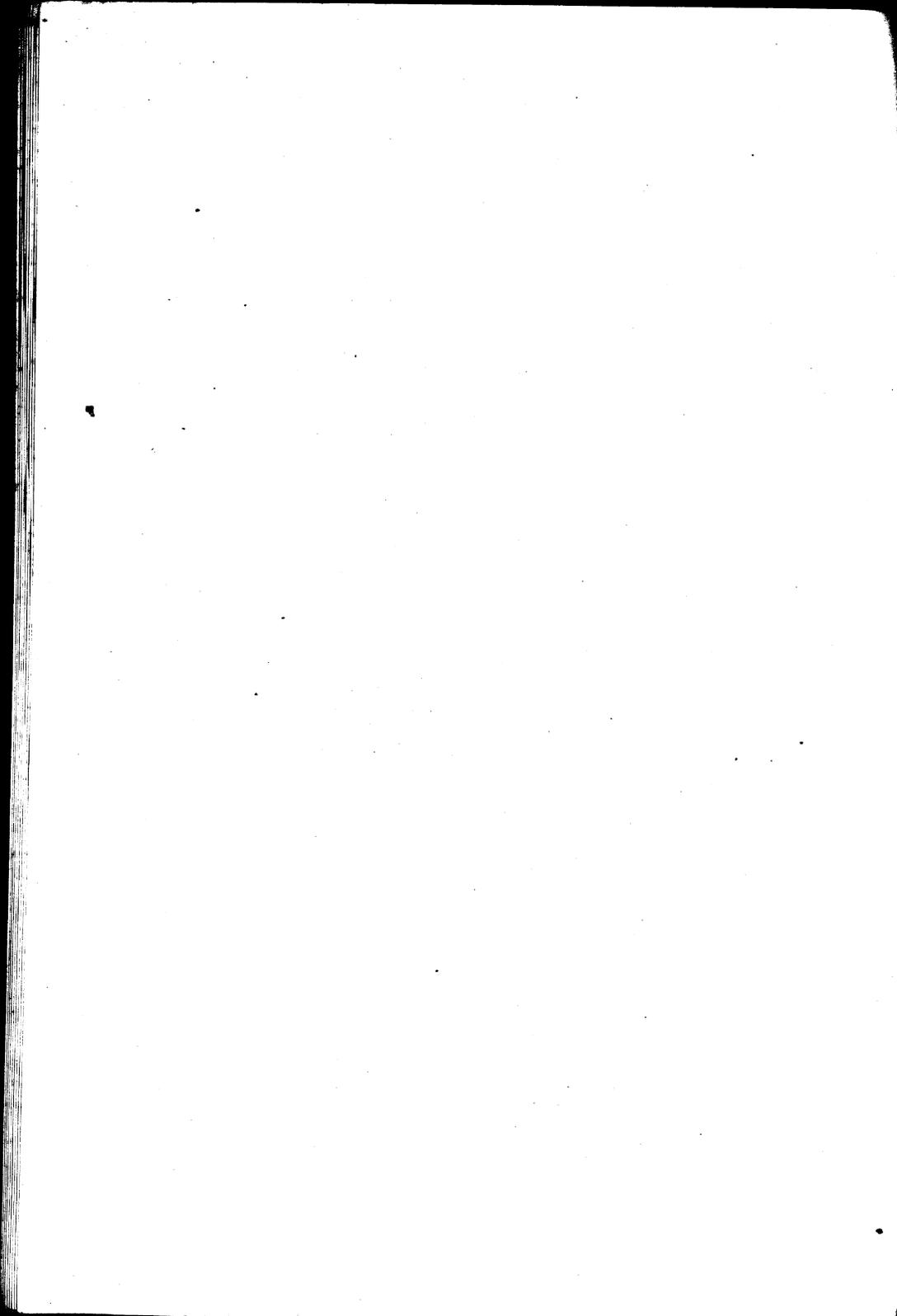


ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

<p>Zoología médica.....</p> <p>Anatomía descriptiva.....</p> <p>Fisiología general y humana.....</p> <p>Bacteriología.....</p> <p>Química Biológica.....</p> <p>Higiene Médica.....</p> <p>Semiología y ejercicios clínicos.....</p> <p>Anatomía patológica.....</p> <p>Anatomía topográfica.....</p> <p>Materia médica y terapéutica.....</p> <p>Medicina operatoria.....</p> <p>Patología externa.....</p> <p>Clinica dermato-sifilográfica.....</p> <p style="padding-left: 20px;">» Génito urinaria.....</p> <p style="padding-left: 20px;">» epidemiológica.....</p> <p style="padding-left: 20px;">» oftalmológica.....</p> <p style="padding-left: 20px;">» oto-rino-laringológica.....</p> <p>Patología interna.....</p> <p>Clinica quirúrgica.....</p> <p style="padding-left: 20px;">» Neurológica.....</p> <p style="padding-left: 20px;">» Médica.....</p> <p style="padding-left: 20px;">» pediátrica.....</p> <p style="padding-left: 20px;">» ginecológica.....</p> <p style="padding-left: 20px;">» obstétrica.....</p> <p>Medicina legal.....</p> <p>Clinica Psiquiátrica.....</p> <p>Toxicología.....</p>	<p>DR. GUILLERMO SEEBER</p> <p>» SILVIO E. PARODI</p> <p>» EUGENIO GALLI</p> <p>» JUAN JOSÉ CIRIO</p> <p>» FRANCISCO ROPHILLE</p> <p>» FRANK L. SOLER</p> <p>» BERNARDO HOUSSAY</p> <p>» RODOLFO RIVAROLA</p> <p>» SALVADOR MAZZA</p> <p>» BENJAMÍN GALARCE</p> <p>» MANUEL V. GARBONELL</p> <p>» SANTIAGO M. COSTA</p> <p>» CARLOS BONORINO UDAONDO</p> <p>» ALFREDO VITÓN</p> <p>» PEDRO J. HARDOY</p> <p>» ANGEL H. ROFFO</p> <p>» PEDRO ELIZALDE</p> <p>» ANGEL F. SAN MARTÍN</p> <p>» JOSÉ MORENO</p> <p>» PEDRO CASTRO ESCALADA</p> <p>» ENRIQUE FINOCCHIETTO</p> <p>» GUILLERMO BOSCH ARANA</p> <p>» NATAL LOPEZ CROSS</p> <p>» FRANCISCO P. CASTRO</p> <p>» CASTELFORT LUGONES</p> <p>» ENRIQUE M. OLIVIERI</p> <p>» ALEJANDRO CEVALLOS</p> <p>» NICOLÁS V. GRECO</p> <p>» PEDRO L. BALIÑA</p> <p>» JOAQUÍN CERVERA</p> <p>» JOAQUÍN NIN FOSADAS</p> <p>» FERNANDO R. TORRES</p> <p>» FRANCISCO DESTÉFANO</p> <p>» ANTONINO MARCÓ DEL PONT</p> <p>» DANIEL THAMM</p> <p>» ADOLFO NOCETI</p> <p>» RAÚL ARGANARAZ</p> <p>» JUAN DE LA CRUZ CORREA</p> <p>» MARTÍN CASTRO ESCALADA</p> <p>» FELIPE J. BASAVILBASO</p> <p>» ANTONIO R. ZAMBRINI</p> <p>» ENRIQUE FERREIRA</p> <p>» DIÓGENES MASSA</p> <p>» PEDRO LABAQUEL</p> <p>» LEÓNIDAS JORGE FACIO</p> <p>» PABLO M. BARLARO</p> <p>» EDUARDO MARIÑO</p> <p>» ARMANDO R. MAROTTA</p> <p>» LUIS A. TAMINI</p> <p>» MIGUEL SUSSINI</p> <p>» ROBERTO SOLÉ</p> <p>» PEDRO CHUTRO</p> <p>» JOSÉ M. JORGE (H.)</p> <p>» OSCAR COPELLO</p> <p>» ADOLFO F. LANDÍVAR</p> <p>» JORGE LEYRO DÍAZ</p> <p>» ANTONIO F. CELESIA</p> <p>» TOMÁS B. KENNY</p> <p>» GUILLERMO VALDÉS (H.)</p> <p>» VICENTE DIMITRI</p> <p>» RÓMULO H. CHIAPPORI</p> <p>» JUAN JOSÉ VITÓN</p> <p>» PABLO J. MORSALINE</p> <p>» RAFAEL A. BULLRICH</p> <p>» IGNACIO IMAZ</p> <p>» PEDRO ESCUDERO</p> <p>» MARIANO R. CASTEX</p> <p>» PEDRO J. GARCÍA</p> <p>» JOSÉ DESTÉFANO</p> <p>» JUAN R. GOYENA</p> <p>» JUAN JACOBO SPANGENBERG</p> <p>» TULLIO MARTINI</p> <p>» CÁNDIDO PATIÑO MAYER</p> <p>» GENARO SISTO</p> <p>» PEDRO DE ELIZALDE</p> <p>» FERNANDO SCHWEIZER</p> <p>» JUAN CARLOS NAVARRO</p> <p>» JAIME SALVADOR</p> <p>» TORIBIO PICCARDO</p> <p>» CARLOS R. CIRIO</p> <p>» OSVALDO L. BOTTARO</p> <p>» JULIO IRIBARNE</p> <p>» CARLOS ALBERTO CASTAÑO</p> <p>» FAUSTINO J. TRONGÉ</p> <p>» JUAN B. GONZÁLEZ</p> <p>» JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ</p> <p>» JUAN A. GABASTOU</p> <p>» ENRIQUE A. BOERO</p> <p>» JOSÉ A. BERTTI</p> <p>» NICANOR PALACIOS COSTA</p> <p>» VICTORIO MONTEVERDE</p> <p>» TOMÁS A. CHAMORRO</p> <p>» DOMINGO IRAETA</p> <p>» JOAQUÍN V. GNECCO</p> <p>» JAVIER BRANDAN</p> <p>» ANTONIO PODESTA</p> <p>» AMABLE JONES</p> <p>» ALFREDO BUZZO</p>
---	--



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

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

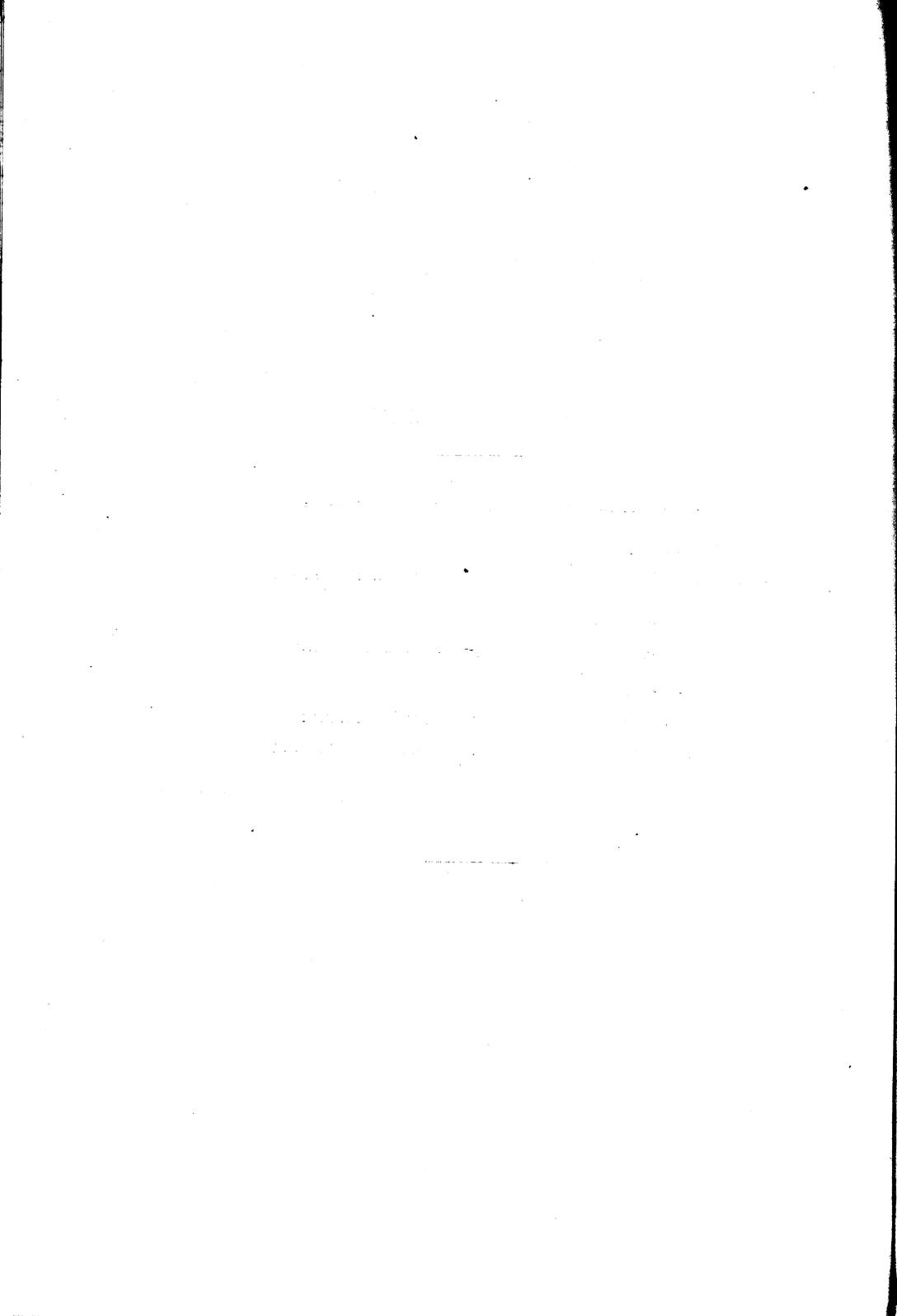
Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clinica obstétrica DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general.— Anatomía y Fisiología comparadas.....
 Física farmacéutica.....
 Química farmacéutica inorgánica...
 Botánica y Micrografía vegetal....
 Química farmacéutica orgánica.....
 Técnica farmacéutica (1er curso)...
 Higiene, Ética y Legislación.....
 Química analítica general.....
 Farmacognosia especial.....
 Técnica farmacéutica (2º. curso)...

Catedráticos titulares

Dr. ANGEL GALLARDO
 » JULIO J. GATTI
 » MIGUEL PUIGGARI
 » ADOLFO MUJICA
 (Vacante)
 » J. MANUEL IRIZAR
 » RICARDO SCHATZ
 » FRANCISCO P. LAVALLE
 Sr. JUAN A. DOMÍNGUEZ
 Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas

Zoología general— Anatomía y fisiologías comparadas.....
 Física farmacéutica.....
 Química farmacéutica inorgánica...
 Botánica y Micrografía vegetal....
 Química farmacéutica orgánica.....
 Técnica farmacéutica.....
 Química analítica general.....
 Farmacognosia especial.....

Catedráticos sustitutos

Sr. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
 Dr. TOMÁS J. RUMI
 » ANGEL SABATINI
 Sr. EMILIO M. FLORES
 » ILDEFONSO C. VATTUONE
 » PEDRO J. MÉSIGOŞ
 Dr. LUIS GUGLIALMELLI
 Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
 » PASCUAL CORTI
 » CLEOFÉ CROCCO
 Dr. JUAN A. SANCHEZ
 Sr. OSCAR MIALOCK

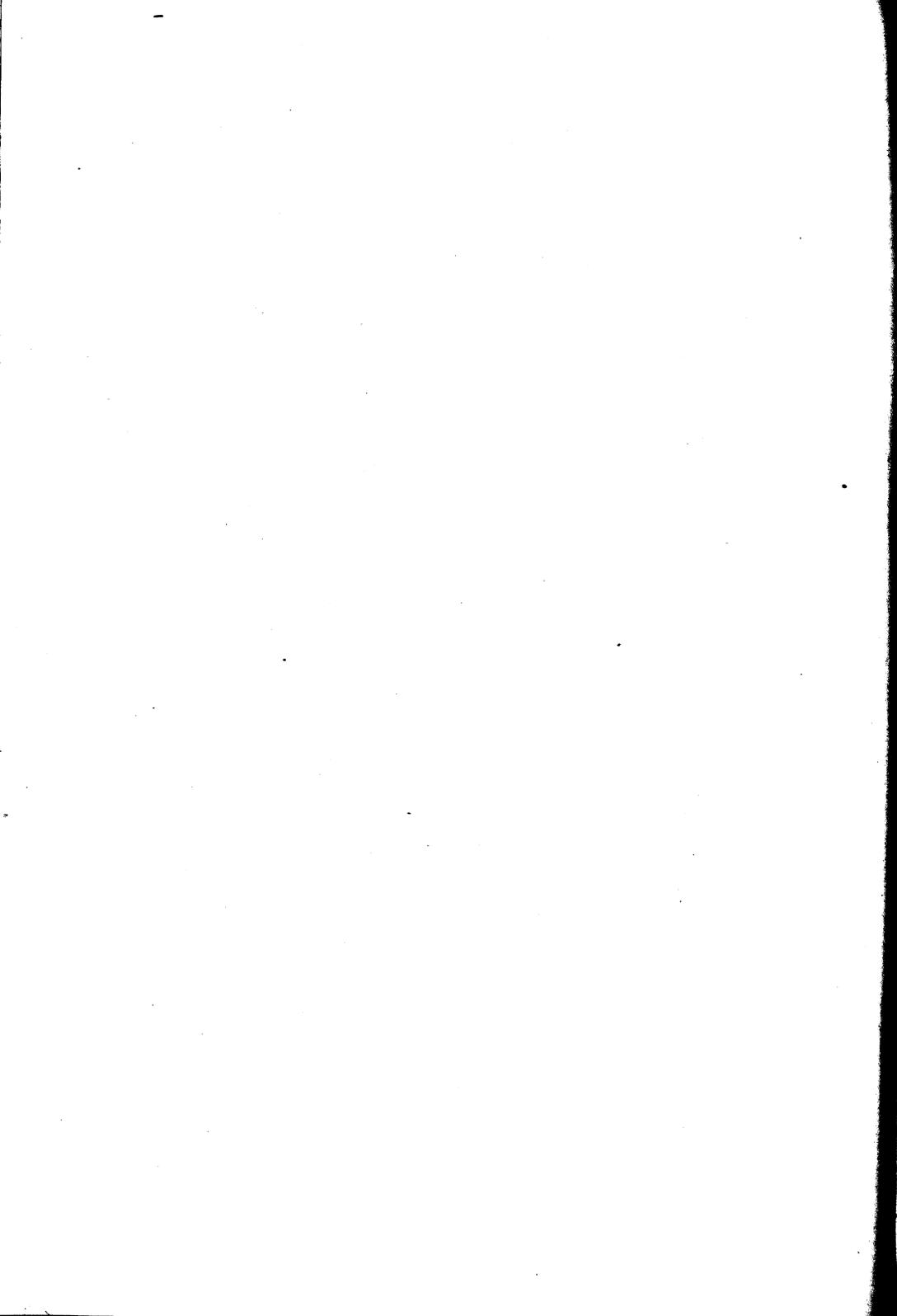
DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas

Complementos de Matemáticas.....
 Mineralogía y Geología.....
 Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....
 Química analítica aplicada (Medicamentos).....
 Química biológica.....
 Química analítica aplicada (Bromatología).....
 Física general.....
 Bacteriología.....
 Toxicología y Química legal.....

Catedráticos titulares

— —
 — —
 — —
 Dr. JUAN A. SÁNCHEZ (supl. en ejercicio)
 » PEDRO J. PANDO
 — —
 — —
 » CARLOS MALBRÀN
 » JUAN B. SEÑORÀN

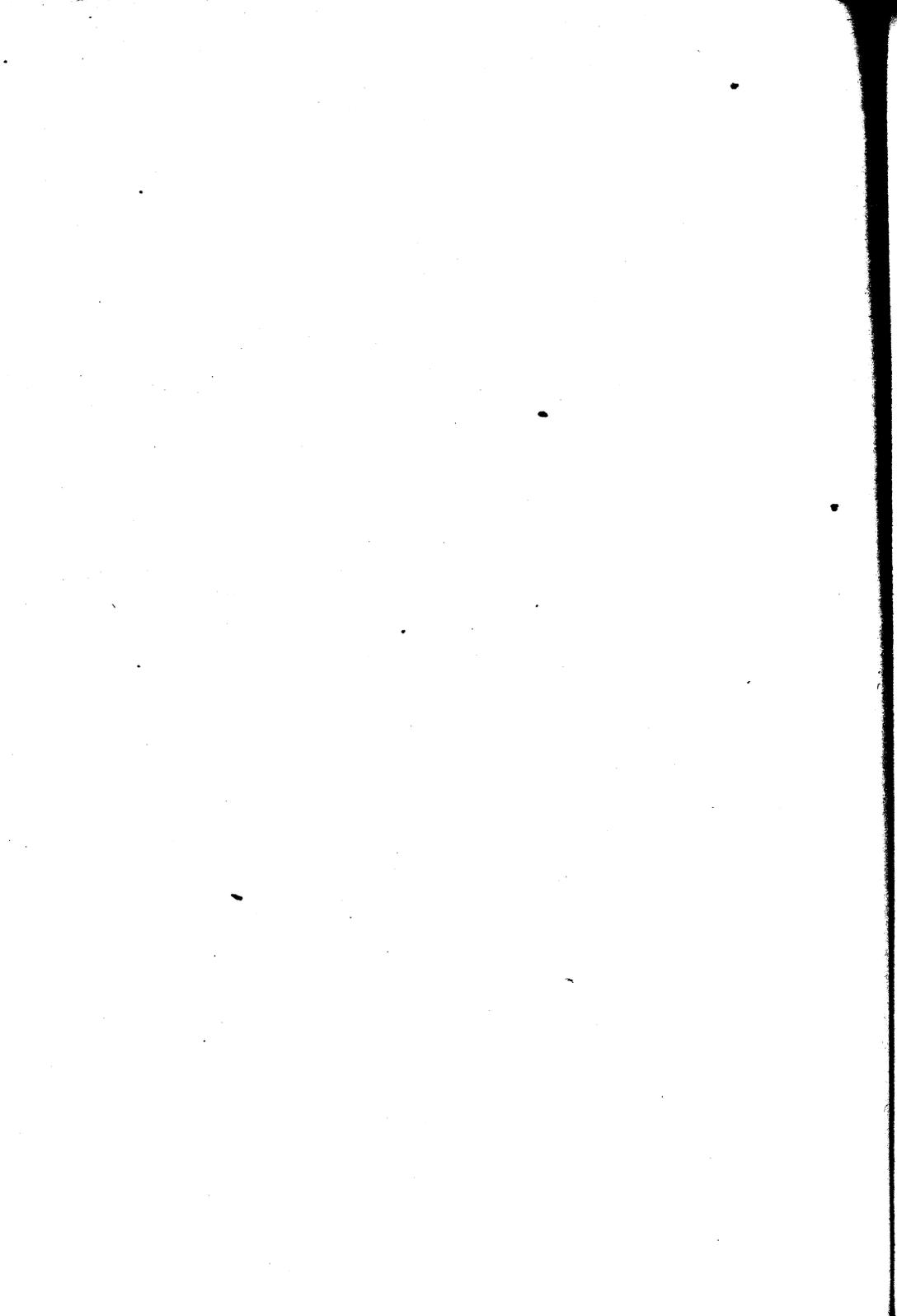


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUSQUIN
2.º año.....	> LEÓN PEREYRA
3.er año.....	> N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

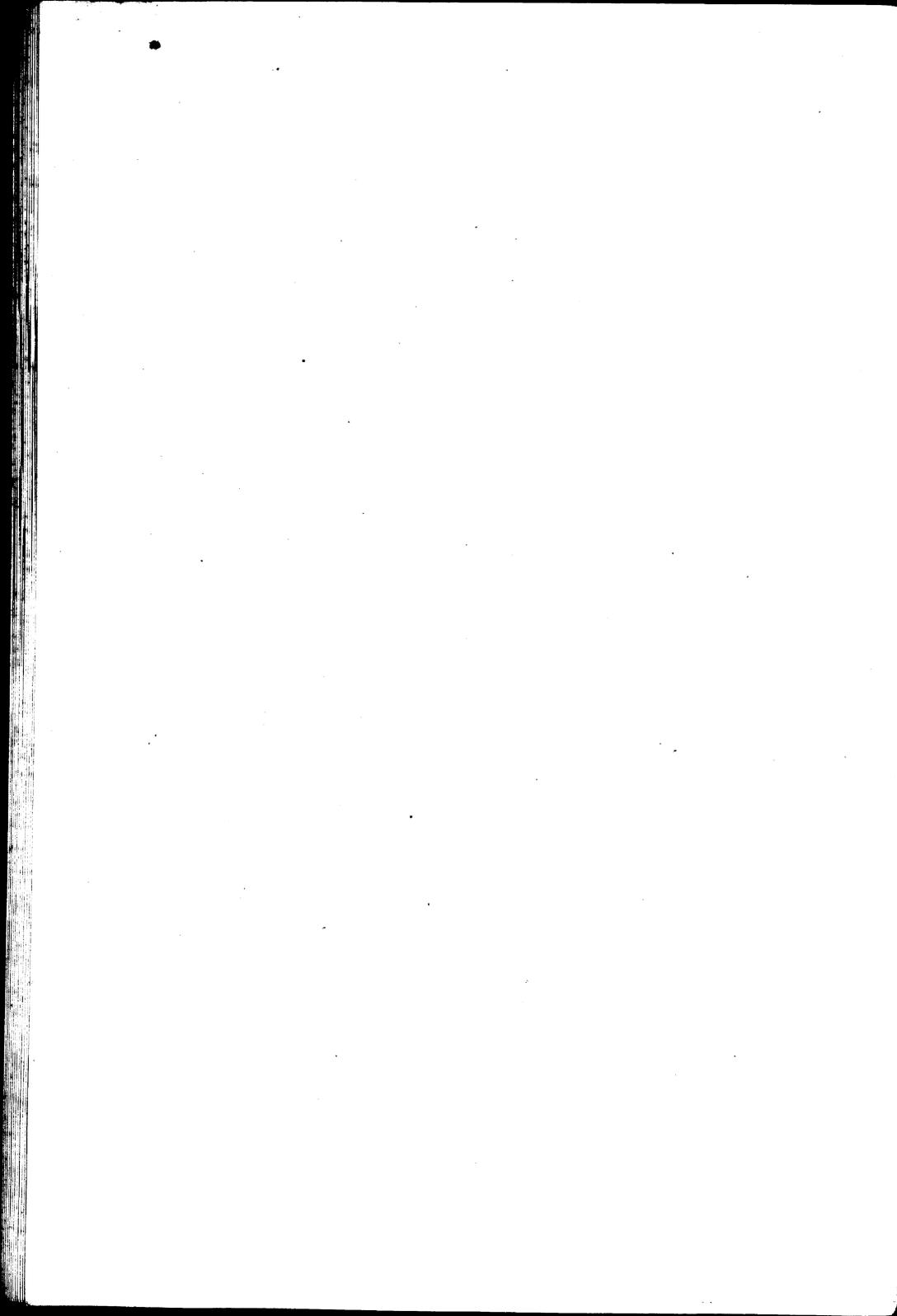
- DR. ALEJANDRO CABANNE
- > TOMÁS S. VARELA (2º año)
- SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
- > CORIOLANO BREA (»)
 - > CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)



PADRINO DE TESIS:

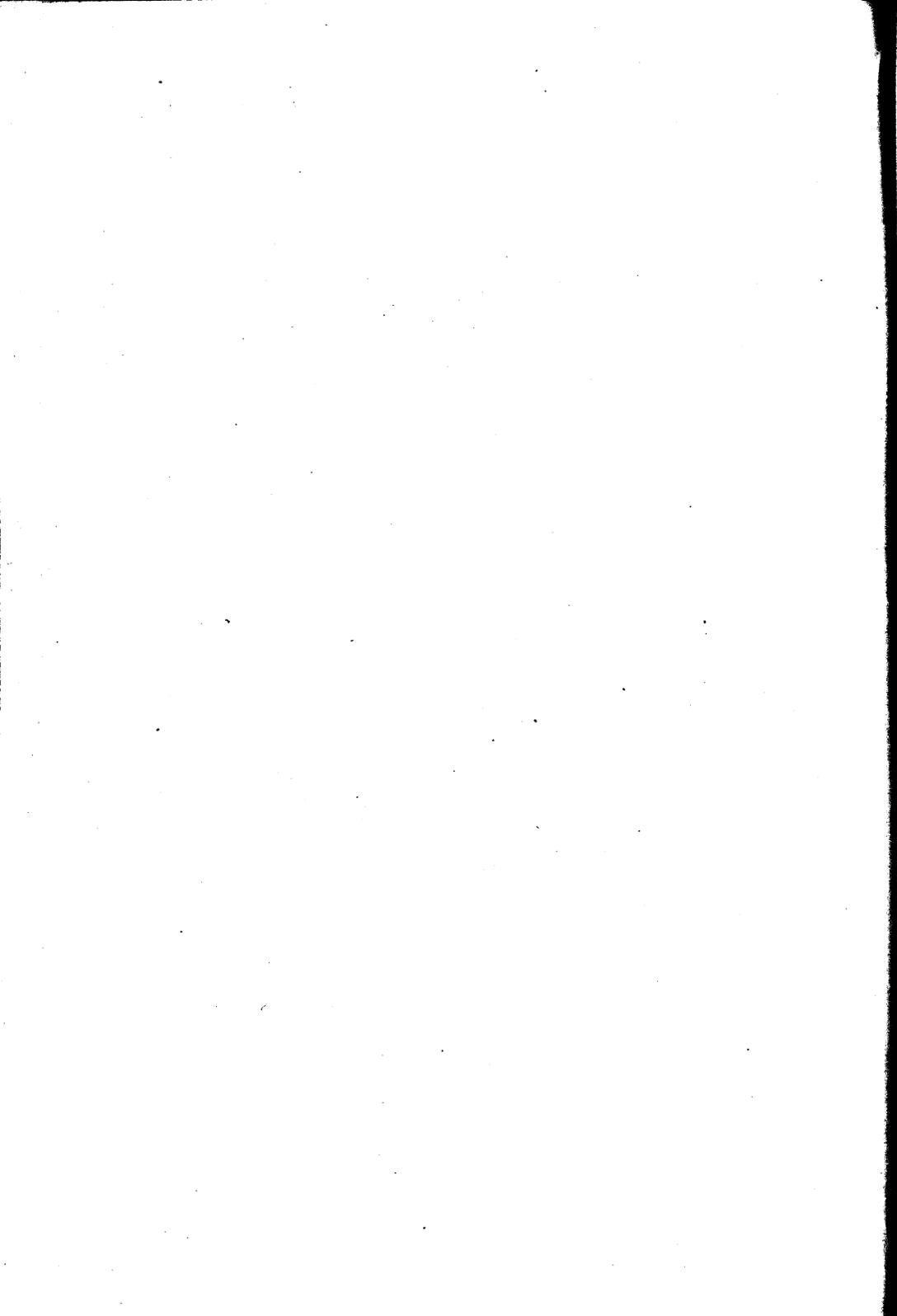
DR. JOSÉ DESTEFANO

Profesor suplente de Clínica Médica
Jefe de trabajos prácticos de la Facultad de Medicina

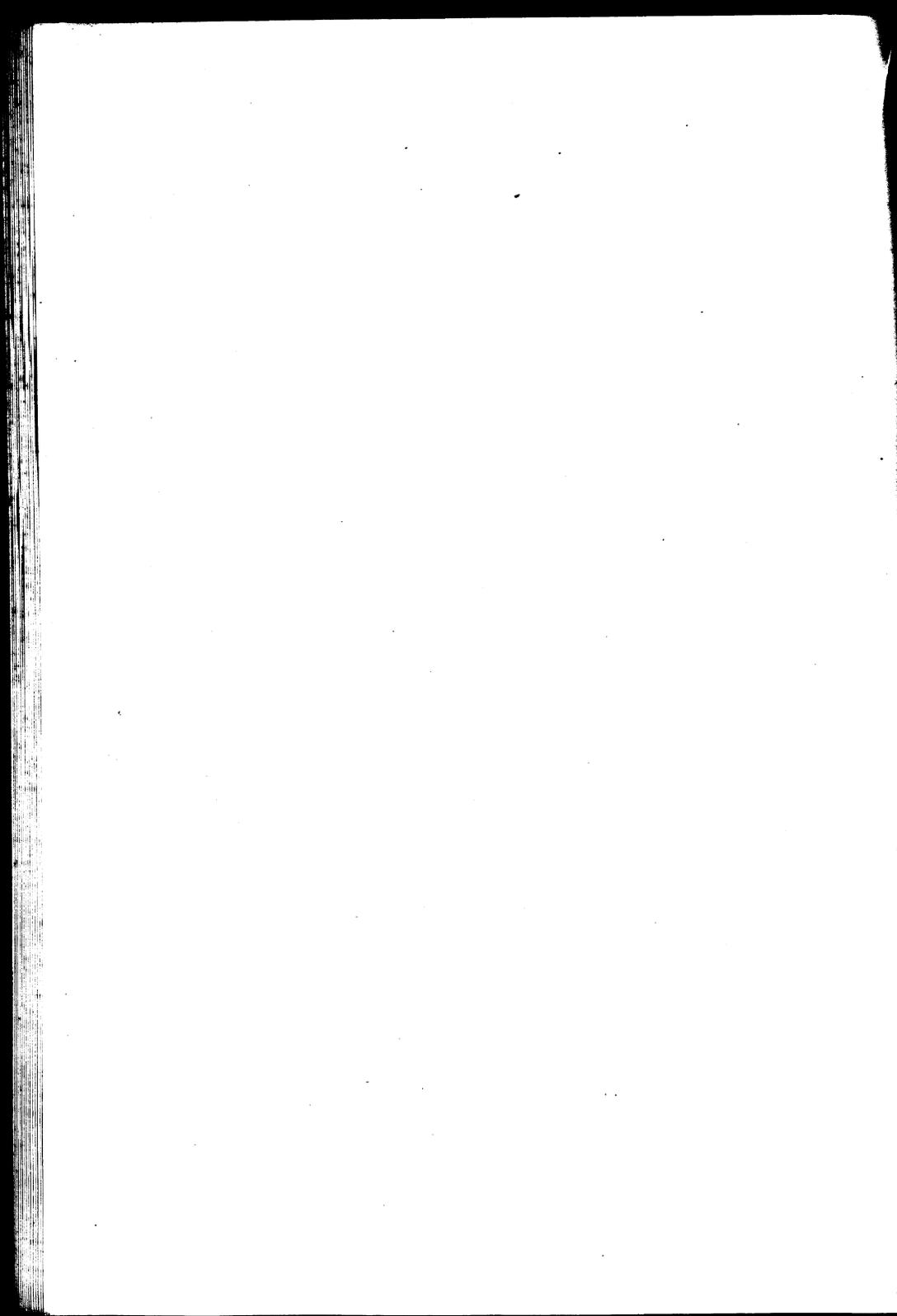


A MIS QUERIDOS PADRES

INMENZA GRATITUD



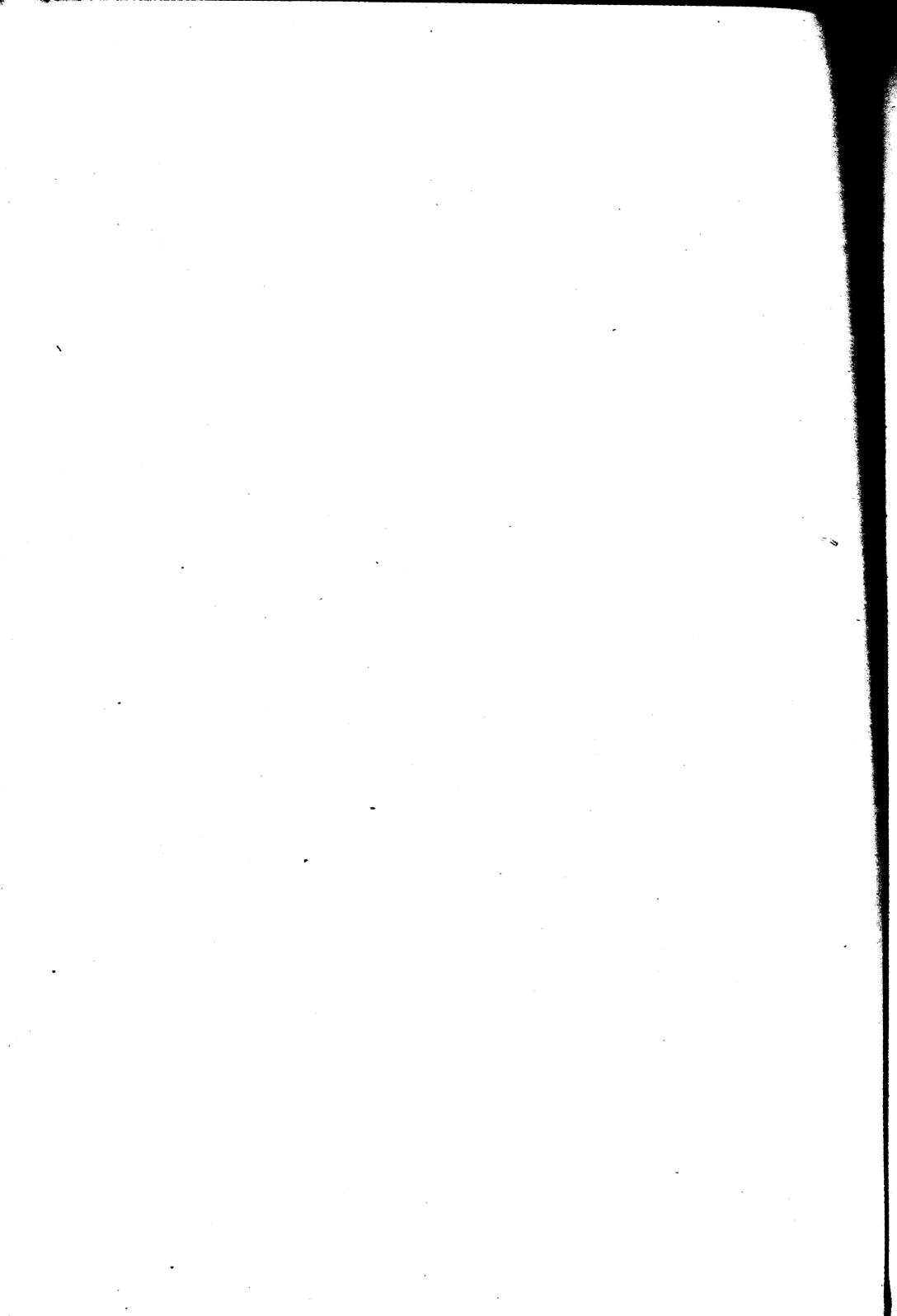
A LA MEMORIA DE MI HERMANITA
ERNESTINA



A MI HERMANO

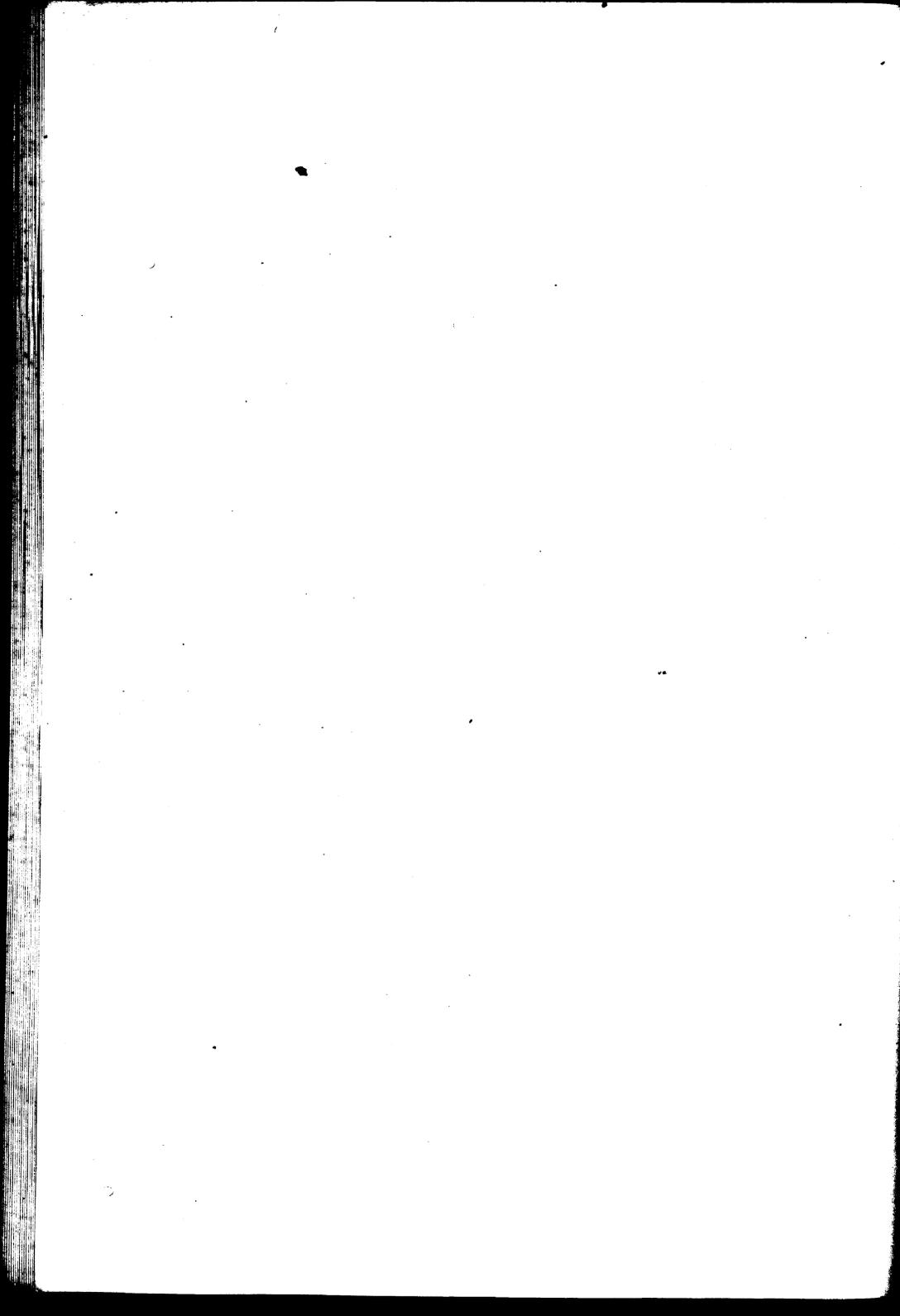
DR. EDUARDO DOMINGUEZ ORTIZ

CARIÑO Y GRATITUD



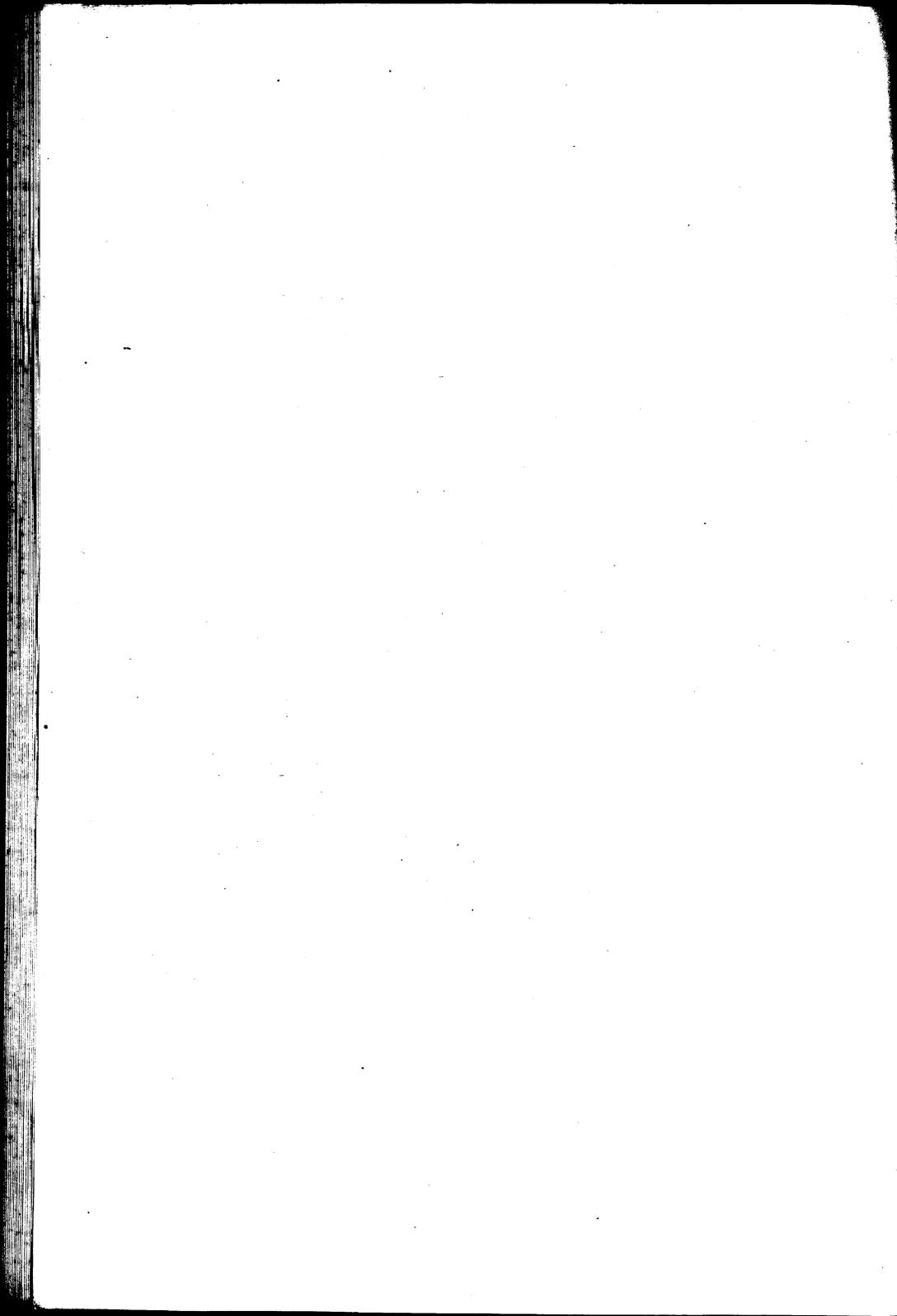
A MIS HERMANOS

A MIS HERMANAS



A MIS TIOS Y PRIMOS

A MIS AMIGOS



A LOS DOCTORES:

BENJAMÍN S. GONZÁLEZ

Médico del Hospital Rawson

J. ALFREDO FERREIRA

Abogado

MI HOMENAJE DE AMISTAD Y GRATITUD

Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Llego ante vosotros trayéndoos este trabajo modesto y sin pretensiones de originalidad, cuyo propósito es únicamente llenar con la última obligación que nuestra Facultad nos exige para conferirnos la honrosa graduación que nuestro arancel universitario nos acuerda como justo tributo a nuestros afanes.

Vaya hacia mis maestros mi sincera gratitud, si, hacia ellos, que con tanto empeño y consagración nos han inculcado el amor a la ciencia médica y la manera de enaltecerla, cultivándola constantemente.

Nos vamos a ocupar del tratamiento del ulcus gástrico, haciendo resaltar la necesidad de que el tratamiento médico dietético, comprendiendo el anti-sifilítico, presida la terapéutica del ulcus; pues hemos comprobado

en nuestra práctica hospitalaria, que numerosos úlceras con gastrorragia se curan con tratamiento médico; pudiendo sólo el fracaso de éste, llevarnos a la intervención.

Y antes de abandonar las aulas de la Facultad, bajo cuya sombra hemos pasado los mejores años de nuestra juventud, nos corresponde invocar el recuerdo de los que cooperaron en nuestro aprendizaje práctico al lado del enfermo.

Al Profesor Dr. José Destéfano, que me honra, acompañándome en este acto, mi particular homenaje de reconocimiento, por todo lo que ha hecho en mi favor.

En el hospital Rawson, merece mi gratitud su digno ex-director, doctor Insúa Dorrego.

—Al doctor Agustín Gatti, caballero y amigo, a quien reconozco y agradezco sus finas atenciones.

—A los doctores Seminario y Viera, mil gracias por sus valiosas enseñanzas en los servicios de sus respectivas especialidades.

—A los médicos y practicantes amigos, de los hospitales Fernández y Durand, afecto y amistad.

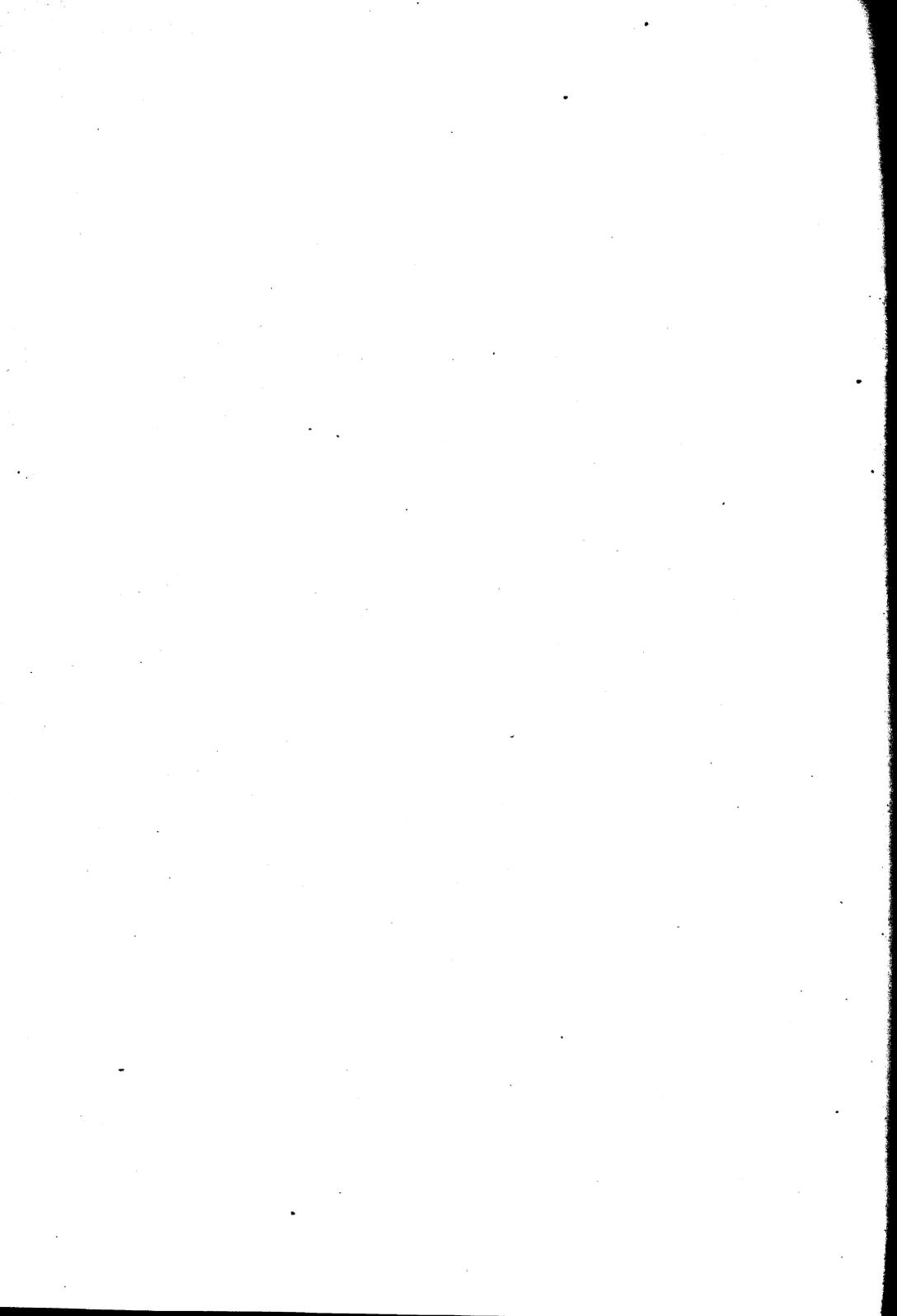
—A los buenos compañeros del hospital de Niños Expósitos, mi inolvidable recuerdo.

—A mis sinceros maestros y amigos del Hospital Militar, doctores Agudo Avila y Francisco Ramírez, mi profunda gratitud.

Y para mis compañeros del mismo, con quienes pasamos los mejores instantes de regocijo, mi caluroso

afecto, especialmente para los doctores Ludovico Facio y Lorenzo Galíndez.

Pero, al finalizar esta página, quiero traer a mi memoria, el recuerdo de mi amigo predilecto, cuya nobleza de sentimientos lo hace acreedor al abrazo fraternal que le dedico: es el doctor Urbano Estéves, con quien he participado de los mejores años de mi vida de estudiante.



Introducción

Escogemos como tema de nuestro trabajo el tratamiento del ulcus gástrico sin complicaciones, el cual aún así, ha dado lugar a muchas polémicas y extensas discusiones en varios congresos médicos, dejándose exteriorizar en ellas la diversidad de opiniones, hasta el punto de establecerse una verdadera separación entre médicos y cirujanos. Los unos partidarios del tratamiento médico del ulcus gástrico, veían en los cirujanos el exclusivismo del tratamiento quirúrgico, con las secuelas inmediatas y alejadas de los gastro-entestomizados. Los otros, partidarios de la intervención quirúrgica, aseguraban la ineficacia del tratamiento médico, que no evitaba las recidivas quizá peligrosas de los ulcus crónicos.

Unos y otros tenían razón, y he ahí el dilema.

Sin embargo, no olvidemos que los elementos del diagnóstico que antes teníamos eran precarios y sólo

se diagnosticaban las úlceras hemorrágicas, por la melena, la hematémesis o las hemorragias ocultas en las cuales realmente, suelen encontrarse ya procesos bien avanzados.

Pero en el momento actual, en que el diagnóstico precoz, de las afecciones del estómago están a la orden del día, gracias a los adelantos de la clínica, el laboratorio y la radiología, nos es fácil sorprender al ulcus en los prodromos de su iniciación, reveladas por los caracteres físicos, químicos y citológicos del jugo gástrico o por la radiología constatando las primeras perturbaciones funcionales del estómago, que van a completar el cuadro clínico del ulcus gástrico.

Como lógica deducción, convengamos que en estas condiciones de precocidad diagnóstica, quizá la terapéutica quirúrgica, ocupe el último lugar, en presencia de los buenos éxitos que nos trae el tratamiento médico bien instituido, capaz de aliviar siempre, y muchísimas veces, curar definitivamente.

La necesidad de reaccionar contra el exclusivismo quirúrgico, hoy más que nunca debe ser la tarea que nos encomendemos, sobre todo sabiendo que muchos operados, sin el tratamiento médico dietético concomitante y ulterior, presentan al poco tiempo perturbaciones funcionales y orgánicas con grave ataque de su estado general que hacen de estos enfermos gastroneurópatas, viejos prematuros y que suelen llegar hasta el suicidio.

Por otra parte, afirman ciertos autores que si la mor-

talidad operatoria fuera nula o casi tal, si se podrían operar estos ulcus con una mortalidad insignificante, la indicación operatoria sería aceptada por todos los médicos.

Y Mickulicz dice, por su parte, que el rol del cirujano comienza en seguida que la terapéutica médica se ha mostrado de manifiesto insuficiente para detener la marcha de la enfermedad y que el paciente arriesga mucho más aguardando la curación natural de la enfermedad que poniéndose en manos del cirujano.

Luis y Jague (España Médica, 1912), dicen que el tratamiento debe ser ante todo médico.

Pablo Meulle afirma también que debe instituirse tratamiento médico en los casos de ulcus simple del estómago, y que cuando éste fracase, entonces se recurrirá a la cirugía.

Otros son intermediarios, como Moyinhan, que no opera jamás al primer ataque y ensaya el tratamiento médico durante la primera crisis, o en última instancia en la segunda y luego interviene, y no espera, como dice Meulle, a que fracase el tratamiento médico, basado en que en el segundo ataque se encuentra ya una úlcera que ha invadido la capa muscular del estómago y en los siguientes ataques siempre ha tocado la serosa.

El criterio, a este respecto, como vemos, es pues variable.

1.º Son los que creen que una vez diagnosticado el ulcus gástrico, debe operarse sin dilación (Busch Ri-

card y Panchet, en París) y Agote entre nosotros, que cree que “el ulcus gástrico, tiene un solo tratamiento: el quirúrgico”.

2.º Otros, más conciliadores, como Moynhian, se basan en el número de ataques, admitiendo ya como regla el tratamiento médico en la primera y segunda crisis ulcerosa, participando todavía de la intervención en las pousses subsiguientes a la primera.

3.º Y por último, un espíritu conservador que cree que en todo ulcus gástrico diagnosticado debe hacerse severo tratamiento médico y que luego, al ver que el enfermo no mejora, únicamente entonces consiente que sea operado.

Y bien, preguntémosnos ahora, para encarar nuestra opinión al respecto, ¿el ulcus gástrico evoluciona acaso fatalmente hacia una u otra de sus terribles complicaciones?

¿Un enfermo de ulcus gástrico a quien no se opera, está irremediamente condenado a perecer de hemorragia o de peritonitis por ulceración de un vaso o perforación de la pared gástrica?

Definitivamente está probado (estadística de Mayo-Robson), que el ulcus gástrico puede curar sin ser operado. Lo prueba las autopsias en las que se han encontrado más úlceras gástricas de lo que se imagina y muchas de ellas curadas, y respecto a hemorragia, todos los ulcus sangran, y sólo puede ella alarmarnos cuando por su abundancia, su repetición y su tenacidad es una amenaza para la vida en cuyos casos tam-

bién es factible de tratamiento médico riguroso, sin que por ello deje de estar indicada la intervención, circunstancias en las cuales sólo el alto criterio médico puede decidir en favor de tal o cual temperamento.

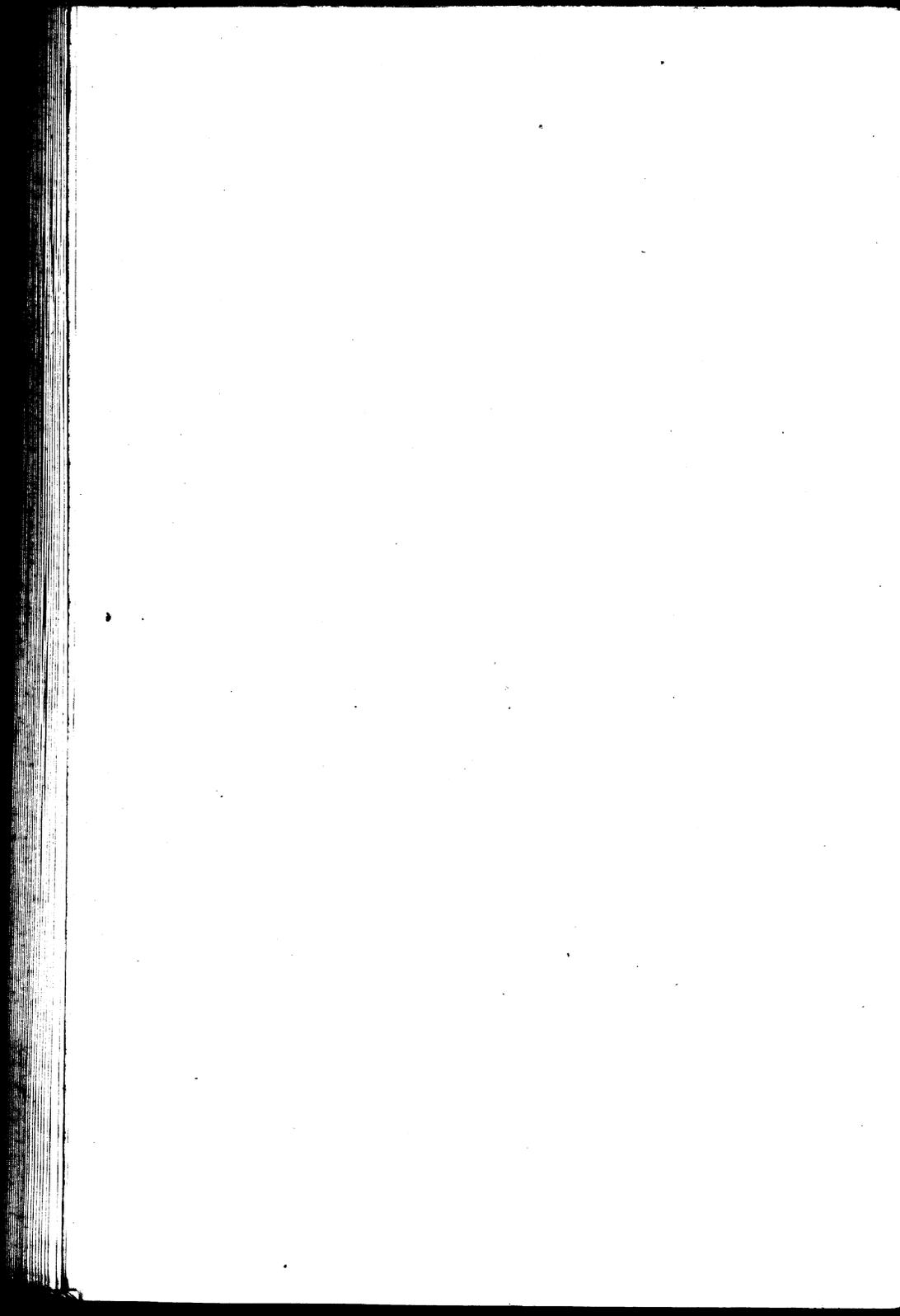
En la segunda parte de este trabajo mencionaremos los limitados casos en que la intervención quirúrgica está indicada de inmediato como terapéutica obligada.



PRIMERA PARTE



TRATAMIENTO MÉDICO



CAPITULO I

Tratamiento específico

En este capítulo nos ocuparemos del tratamiento sobreagregado antisifilítico y antituberculoso. Los últimos estudios estadísticos, sobre sífilis, hechos por el doctor Mariano I. Castex, nos dan una frecuencia tal de la infección sifilítica en la patogenia del ulcus gástrico que asegura, quizá con un poco de exageración, que la infección luética adquirida o hereditaria es la única etiología de las úlceras gastro-duodenales, tal cual aconteció con el tabes, la parálisis general, la aortitis y los aneurismas. Al principio la etiología luética fué discutida y hasta negada por algunos. Más tarde fué admitida para algunos casos, después para muchos; finalmente nos dice el Dr. Castex que se llegó a admitir el exclusivismo etiológico para todos esos procesos.

Como vemos, la importancia de la etiología luética

es un hecho, en la patogenia del ulcus gástrico y aunque nosotros no aceptemos el ciento por ciento, como nos lo afirman, por lo menos, dada la difusión enorme de esta afección que merece ser considerada ya como una parte integrante del organismo, podemos admitir de muy buena fe más de un 50 por ciento de etiología luética y esto será ya un argumento poderoso para que aceptemos como tratamiento sobreagregado el antisifilítico, aplicado sistemáticamente en todo ulcero gástrico.

Para su estudio vamos a considerar tres casos: 1.º Que el enfermo sea portador de una úlcera sifilítica.—El tratamiento específico sobreagudo obrará eficazmente logrando la cicatrización rápida del ulcus a condición de ir siempre junto al tratamiento médico-dietético.

2.º Que se trate de un sujeto sifilítico en el cual se ha producido un ulcus gástrico no específico.—El tratamiento antisifilítico actuará indirectamente en favor de la cicatrización ulcerosa, mejorando visiblemente el terreno luético, cuyo organismo reclama como mejor tónico el mercurio y el ioduro de potasio, mas el médico-dietético, que es la indicación común de todos los ulcus gástricos.

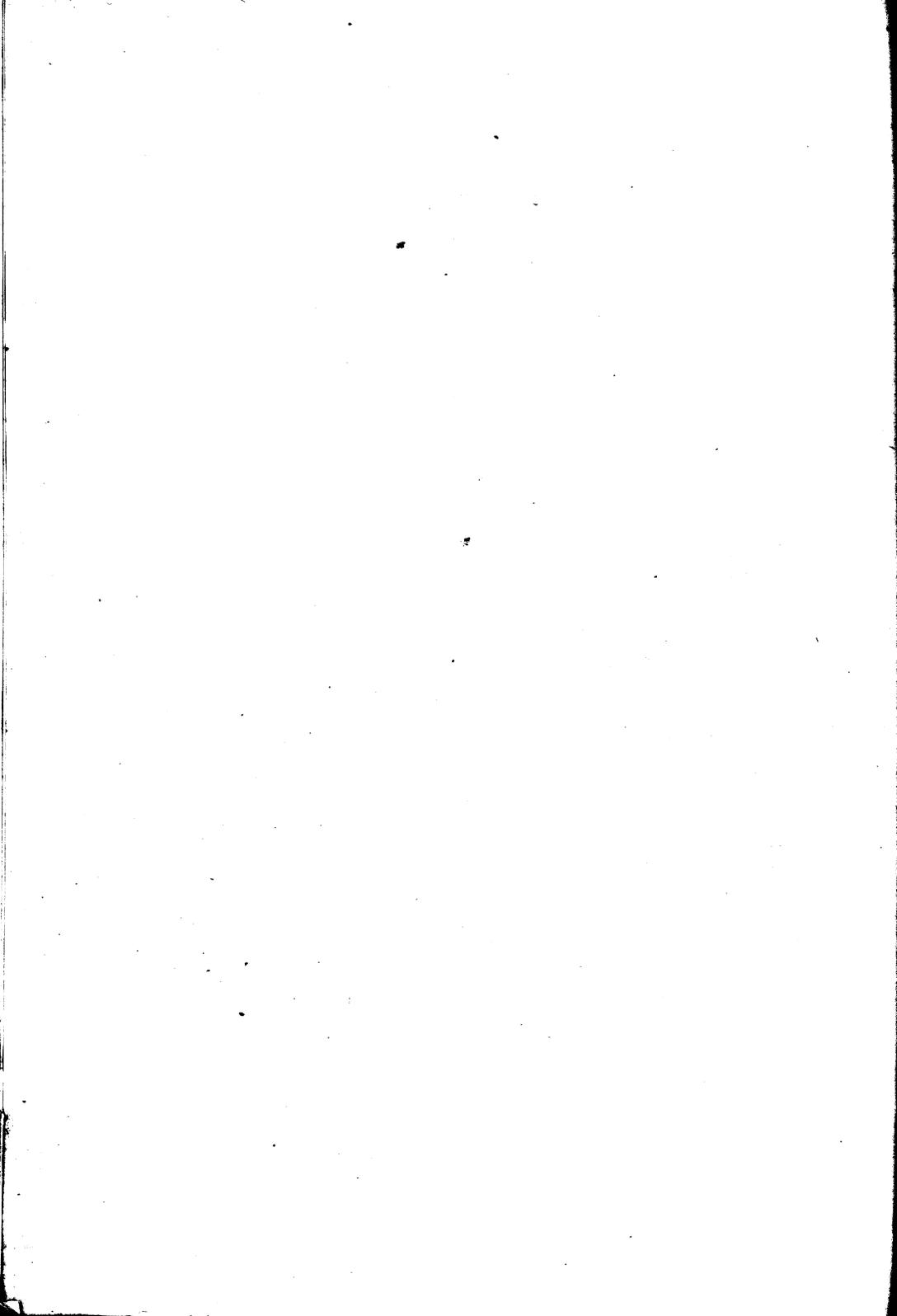
3.º Que el enfermo presente una úlcera simple, *virgen de toda naturaleza específica*, una úlcera dispéptica propiamente dicha, entonces.—El tratamiento antisifilítico no modificará el proceso ulceroso, como en los otros dos casos, pero sí el tratamiento médico-dietético.

co bien instituido, irá triunfando sobre las perturbaciones orgánicas y funcionales del estómago. Por otra parte, es útil para el diagnóstico etiológico, pues el fracaso del tratamiento específico nos permite descartar al treponema como causa del proceso.

Tratamiento médico antituberculoso. — Usado como sobreagregado en los casos en que sospechamos una causa probable (bacilosis) y siendo así, haremos el tratamiento específico recurriendo entonces a la tuberculina.

La dosis inicial será muy pequeña, para ir aumentando paulatinamente. La reacción térmica y otros signos físicos y funcionales que nos acusen una intolerancia, medicamentosa debemos cuidarlos muy especialmente.

En este caso, seremos más generosos en la alimentación y en la dieta absoluta disminuyendo en lo posible el tiempo de ayuno.



CAPITULO II

Reposo general y estomacal (ayuno)

Nos ocuparemos aquí del tratamiento clásico del úlcus gástrico.

Consideremos por ejemplo el tratamiento que debemos instituir en cualquiera de las formas que lo describe Mathieu: a), la forma común de úlcera aguda; b), el úlcus a recidivas; c), el úlcus crónico no pilórico; d), el úlcus pilórico o yuxtapilórico con síndrome de Reischman y e), las formas hemorrágicas.

a) *Caso de úlcera aguda* (forma común). — El enfermo presenta accidentes, sea por un úlcus agudo, sea por la aparición de un paroxismo en la marcha de un úlcus crónico. Casi siempre, hemorragias, hematemesis o melena que permite hacer el diagnóstico. Y si faltan estos signos se podrá aún hacer el diagnóstico con bastante probabilidad de acierto, gracias al carácter

bien especial de los dolores, tardíos e intensos, existencia en el estómago, a la mañana, de una cantidad más o menos grande de líquido en ayuna, hiperclorhidria con hipersecreción, examen radioscópico, etc.

En cualquiera de los casos debe hacerse tratamiento médico intensivo. Supongamos, para fijar ideas, que el accidente esté dado por una hemorragia, ¿cuáles son sus indicaciones?

En primer término se debe imponer el reposo más completo posible, es decir, reposo físico (permanencia en cama), reposo intelectual y moral, evitando las lecturas y demás esfuerzos de memoria y atención; suprimir las visitas y demás vinculaciones sociales.

Las aplicaciones locales, es el otro recurso inmediato, ya sea, según el método de Leube, aplicaciones calientes o como aconseja Mathieu, hielo al epigastrio.

Leube usa las aplicaciones de cataplasma de harina de lino sobre el vientre en el úlcus agudo. Ellas deben ser tan calientes como sea posible y renovadas muy frecuentemente. Cree llegar así no solamente a calmar el dolor, sino también a regularizar la circulación y a combatir la inflamación profunda, tal como procede el Dr. Sisto, en las gastro-enteritis de la primera infancia, usando una bolsa de agua caliente fabricada de acuerdo a sus indicaciones.

Este método de Leube tiene, sin embargo, dos grandes inconvenientes:

1.º Que son muy engorrosas las reptidas aplicaciones de cataplasmas, y si bien esté inconveniente no es

tal cuando se trata de pacientes que pueden proporcionarse varios enfermeros a su cuidado, no es lo mismo para aquéllos que van al hospital.

2.º Se irrita la piel con gran facilidad, bajo la influencia de las cataplasmas muy calientes, a pesar de las aplicaciones previas de vaselina y todas las precauciones posibles.

Se observa a este respecto que lo que más importa, cuando se hace aplicaciones calientes a nivel del hueco epigástrico, es más que el grado de calor su continuidad, cuyo propósito es muy difícil realizar con aplicaciones calientes. En cambio, usando una bolsa de hielo se obtiene ese resultado, renovando únicamente su contenido de tiempo en tiempo.

Además, parece que el hielo contribuye a disminuir o a suprimir el dolor, ventaja que reconocen más a menudo los enfermos. Por otra parte, lo afirma Mathieu, que el uso de la bolsa de hielo exige su inmovilidad en la región que se ha colocado, y eso sólo será, dice, una razón suficiente para justificar su empleo.

La inmovilidad y el reposo del enfermo, son absolutamente indispensables.

Calmanes. — Mathieu, acostumbra hacer durante los dos o tres primeros días y de una manera sistemática, inyecciones de morfina a sus enfermos, usando pequeñas dosis (1|2 cg. mañana y noche, por ejemplo), lo cual provoca una calma preciosa y permite al enfermo dormir. No debemos olvidar, sin embargo, que por un cierto número de investigaciones, se sabe que ella

es la antagonista de la atropina y que por lo cual nos excitará la secreción clorhídrica. Pero a débiles dosis, creemos que no debemos temer este inconveniente, máxime cuando su empleo se limita sólo a algunos días.

Reposo estomacal (ayuno). — Esta es otra de las indicaciones fundamentales de los accidentes agudos del *ulcus gástrico*. M. Tournier aconseja la dieta prolongada de Donkin, durante todo el tiempo de la cicatrización del *ulcus*. Mathieu solo emplea en los primeros días, y hasta suele emplear un tercio de litro de agua a tomar por cucharadas de sopa, en las 24 horas.

Se le ha objetado que la ingestión de esta pequeña cantidad de agua suprimía el reposo del estómago y provocaba en ciertos modos sus movimientos. El mismo autor explica que esta agua no debe ejercer tanta influencia sobre los movimientos gástricos, puesto que el enfermo suele presentar generalmente un poco de líquido en el estómago proveniente ya sea de la hipersecreción, escurrimientos sanguíneos que hace a nivel de la mucosa gástrica, como también de la deglución de la saliva y de las mucosidades naso-faríngeas. Agregando, dice Mathieu, en las 24 horas, agua en cantidad de $1\frac{1}{3}$ de litro, no hace sino diluir el líquido estomacal, por sí misma esta deglución ya es ventajosa y con más razón viendo la satisfacción inmensa que experimenta el enfermo en inacción al poder humedecer de tiempo en tiempo la boca y la garganta, permitiéndole la ingestión de un poco de agua.

Cura del reposo estomacal. — Aquí se realiza rigu-

rosamente el reposo alimenticio completo del estómago, mediante el sistema de la dieta bucal, habitualmente compensada por la alimentación rectal y por la inyección hipodérmica de solución isotónica (cloruro de sodio), que combate la deshidratación; y cuando se suministra una alimentación especial, se procura que ella sea lo menos irritable posible al estómago. Cruveillier ya había sentado los fundamentos de la cura de reposo; primero, imponiendo el reposo general absoluto, en cama; segundo, el reposo absoluto del órgano y sustraer a la acción de todas las causas locales de irritación; tercero, impuso la dieta absoluta que suprime la hipersecreción de jugo gástrico hiperácido, causa de irritación de la úlcera y obstáculo a la cicatrización; cuarto, instituyó el régimen lácteo prolongado, como sistema racional.

En esta forma Cruveillier favorecía la cicatrización de la úlcera bajo la influencia de la inmovilidad, se moderaban los dolores y se suprimía el erectismo nervioso de que eran presa todos los ulcerosos.

La hidratación la mantenía con enemas e ingestión de líquidos alimenticios, pues el agua es evacuada rápidamente con poca secreción gástrica, quizá ella misma constituida únicamente por cloruros y no rica en ácido clorhídrico como el de la alimentación habitual.

Administraba medio vaso de agua cada dos horas y se aseguraba así, contra la sequedad de la boca, que facilitaría infecciones bucales aconsejando además, gargarismos de agua fresca y de Vichy.

El régimen lácteo exclusivo fué el único usado en Francia durante largo tiempo y tal cual lo había preconizado Cruveillier.

Recientemente se han ensayado métodos de realimentación sistemática e intensiva, siendo los principales los de Lehnartz y de Senator; ambos han tenido gran aceptación en Alemania, sosteniéndose que se había sido hasta ese momento demasiado tímido en la realimentación de los ulcerosos.

Si podemos suprimir la ingestión de alimentos sólidos y bebidas por la boca, al instituir un ayuno, no olvidemos que el organismo reclama para su metabolismo interno, *el agua* en cantidad suficiente. Para cumplir este precepto, se han elegido como vías de introducción, la subcutánea y la rectal.

Por esta última se puede introducir cierta cantidad de sustancias alimenticias y por aquella solamente soluciones isotónicas que mantengan la hidratación.

Más adelante nos ocuparemos de la vía duodenal y yeyunal.

La alimentación bucal desde luego queda suprimida pudiendo someterse a los enfermos a una inanición completa, durante un cierto tiempo, sea en los debilitados o en los sujetos robustos. Esta inanición puede durar sin peligro, mientras esté asegurada para el organismo una cantidad de agua suficiente para garantizar la circulación, los cambios orgánicos y el funcionamiento de los riñones.

Con esta expresa condición, los ayunadores profes-

sionales han podido prolongar su ayuno durante varias semanas. Es así como la inanición ha podido ser instituída en el tratamiento de la úlcera del estómago.

Mathieu cree que los enfermos ulcerosos, en período de inanición, pueden, sin gran inconveniente, absorber una pequeña cantidad por la vía gástrica.

Donkin preconizó, por primera vez, la dieta bucal en los ulcerosos. En Francia ha sido aplicado por Lepine (de Lyon) y por Tournier, su alumno. Los enfermos en inanición que son mantenidos durante tres semanas, no han recibido más que inyecciones hipodérmicas y enemas alimenticios. Sin embargo, el valor de éstos no son superiores a las inyecciones de agua.

Influencia de la inanición sobre la secreción gástrica.
—Estudiemos los resultados de la cura del reposo estomacal sobre la secreción gástrica y veamos en qué medida la supresión de la alimentación bucal y el uso de los enemas alimenticios, empleados, son capaces de suprimir la hipersecreción y hasta la secreción de un líquido auto-digestivo.

Enfermos sometidos a la dieta hídrica, seguían teniendo, después de un tiempo, una cantidad de líquido bastante considerable en el estómago.

Atribúyesele, además, a los enemas alimenticios, poder suficiente, por acción refleja, para provocar una secreción gástrica regular.

Distinta es la opinión de M. Tournier, quien dice que los enfermos puestos a dieta hídrica y enemas alimenticios terminan por disminuir y hasta hacer desapare-

cer totalmente la secreción gástrica. Este autor hace esta afirmación como resultado de los exámenes sucesivos del contenido gástrico que han podido ser practicados y de observaciones de sus enfermos. Se cita un caso en el que el primer día de la dieta bucal la cantidad de jugo gástrico extraído por la sonda, en ayunas, era de 300 c. c. a la mañana; con una acidez de 3.65 o/oo del cual 3 o/oo era ácido clorhídrico libre.

El 7.º día 300 c. c. de líquido en ayunas, con acidez total disminuída a 2.94 o/oo y ácido clorhídrico 2 o/oo.

El 14.º día, 300 c. c. de líquido, con acidez total de 1.8 o/oo.

El 21.º día, no hay más líquido en ayunas.

Se necesita, pues, tres semanas para desembarazar completamente el estómago del líquido hiperácido que contenía por la mañana temprano.

Esta necesidad de mantener la dieta bucal largo tiempo, es una objeción seria al método. Quizá sería conveniente tomar en cuenta un elemento que ha sido abandonado ya en la alimentación rectal, el cloruro de sodio y la cantidad ingresada al organismo; sabiendo el rol de esta sal en la formación del jugo gástrico, convendría suprimir completamente su introducción en el organismo de los enfermos en tratamiento de un úlcus gástrico; usando, en vez del cloruro de sodio, sales incapaces de provocar una hipersecreción clorhídrica a nivel del estómago y ese es el fosfato de soda con el cual mantendremos la isotonía de los líquidos a inyectar por vía rectal o hipodérmica.

Alimentación por vía rectal, los enemas alimenticios.

—Al instituir la dieta bucal, debemos indicar, naturalmente, los enemas alimenticios.

Debemos, pues, ahora, examinar cuál es el valor de este método, lo que se alcanza, y en qué medida se lo puede utilizar. Deducimos de esto qué sustancias nutritivas incorporadas a los enemas pueden ser absorbidas por el recto, el colón y quizá aún por el intestino delgado. Pues se ha dicho que los enemas pueden penetrar más allá del intestino grueso y aún refluir hasta el estómago. La mucosa del intestino grueso absorbe el agua con la mayor facilidad, máxime cuando se le agrega la sal necesaria para hacer una solución isotónica. Así no se excita el peristaltismo intestinal.

Grützner cree, además, que el cloruro de sodio tiene otro rol y es que agregado a un enema conteniendo peptona o yema de huevo una proporción determinada de cloruro de sodio, provocaba un movimiento anti-peristáltico del intestino, gracias a los cuales las sustancias alimenticias introducidas por el ano podrán ser llevadas al intestino delgado y hasta el mismo estómago. El transporte hasta estos dos últimos está lejos de ser demostrado. Se advierte que la proporción de cloruro de sodio usada por Grützner estaba próxima a la dosis isotónica.

En general todas las sales que entran en la composición del plasma sanguíneo, pueden ser absorbidas fácilmente por la mucosa del intestino grueso y utilizadas para hacer isotónicos los enemas. Se usa con fre-

cuencia el cloruro de sodio con ese objeto, pero como ya dejamos dicho, nosotros preferimos el fosfato de soda.

A nivel del intestino grueso se puede absorber en gran cantidad dextrinas y glucosas, peptonas y diversas substancias albuminoideas, las grasas mismas a condición de que estén suficientemente emulsionadas. Se absorbe también a ese nivel el alcohol y esta absorción es capaz de prestar servicios en muchos casos.

Valor alimenticio de los enemas nutritivos. — El hecho de que las substancias disueltas o finamente emulsionadas, pueden ser absorbidas por la mucosa del intestino grueso, justifica las tentativas de alimentación rectal y las tentativas de los enemas alimenticios. Pero importa darse cuenta del valor de este método, cuando se introduce en la práctica y de investigar el valor nutritivo real de los enemas alimenticios.

Linossier ha hecho un buen estudio general de esta cuestión en su relación al Congreso de Medicina de París en 1907. Cita experiencias de Boyd y de Miss Robertson, que parecen haber sido muy bien conducidos; se podrían según esas experiencias, introducir por enemas una cantidad de substancias alimenticias, capaces de suministrar 240 a 265 calorías por 24 horas. M. Linossier admite como término medio 400 calorías y hace observar que es una cifra relativamente elevada para enfermos en reposo, cuyos desgastes no son superiores a 1200 calorías por día. Se podría, pues, introducir por vía rectal, gracias a los enemas alimenticios

cios, un tercio casi de la ración de mantenimiento necesario para cubrir los desgastes diarios, lo que no es evidentemente despreciable.

Ciertas observaciones hablan, en efecto, de enfermos mantenidos con los enemas alimenticios exclusivos durante períodos extremadamente prolongados. Y M. Linosier, habla de varios de estos hechos. Un enfermo de Daremberg fué sostenido con enemas durante 14 meses; un enfermo de Catillón fué nutrido de la misma manera durante 8 meses. Runge sostuvo uno durante 59 días. Jacobs dos durante 32 y 34 días, respectivamente.

La ración alimenticia suministrada por enemas podría, pues, en algunos casos, aproximarse mucho a la ración mínima necesaria. La experiencia clínica muestra, sin embargo, que no es necesario contar aquí con el resultado de los enemas alimenticios.

Es mucho más prudente admitirse que la vía rectal no puede casi suministrar a un enfermo más que $1/4$ de su ración de mantenimiento mínimo; eso todavía en las mejores condiciones de tolerancia rectal. En un cierto número de casos se ha atribuído a los enemas alimenticios un valor excesivo, porque se les ha juzgado exclusivamente, según el aumento de peso de los enfermos.

J. Ch. Roux ha hecho a este respecto una observación muy curiosa y muy justa. Ha notado en las observaciones publicadas resultados muy diferentes según que los enfermos sometidos a los enemas alimenticios

estaban o no previamente en estado de robustez, de adelgazamiento marcado y deshidratación.

En los enfermos muy delgados, en inanición, notablemente deshidratados, es posible absorber rápidamente por vía rectal, una gran cantidad de agua y obtener así un aumento de peso rápido y considerable. Ciertos enfermos ganan en 1 semana, 4, 5 y hasta 6 ó 7 kilos. Pero no debemos considerar esta retoma de peso como un reengrasamiento verdadero; no es sino una simple, rehidratación.

Al contrario cuando se trata de enfermos que no han sufrido adelgazamiento que no están deshidratados en el momento en que se le comienza el empleo de los enemas alimenticios se constata, a pesar de los enemas, una disminución progresiva del peso y este adelgazamiento no difiere casi, hecho característico, de aquél que se observa en los enfermos sometidos a la dieta hídrica simple o en los ayunadores profesionales.

Inconvenientes de los enemas alimenticios. — Si por una parte no podemos contar con el valor nutritivo de los enemas alimenticios sino de una manera muy limitada, conviene saber, por otra, que estos enemas pueden presentar inconvenientes serios. Y desde luego, los enemas alimenticios no son sino ilusorios, precisamente porque se los ha querido hacer demasiado alimenticios y esto se ve a menudo en aquellos utilizan fórmulas antiguas en las cuales se han acumulado los elementos nutritivos. En esas fórmulas entran, por ejemplo, la leche, el caldo, el vino, la peptona en gran

cantidad, algunas veces hasta huevos. Enfermos que reciben semejantes enemas complejos y sobrecargados, sufren pronto una intolerancia rectal casi completa. De ahí que los enfermos que reciben durante 8, 10 y más días, enemas alimenticios, no los retienen sino de una manera restringida. Los que así instituyen, ignoran que para ser verdaderamente útiles los enemas alimenticios deben ser completamente retenidos. Lo mismo sucede, cuando queriendo multiplicar el número de enemas alimenticios y evacuadores previos, se irrita la mucosa rectal y se impide la absorción de las sustancias alimenticias.

Conviene procurar que los enemas sean conservados de una manera completa. Es necesario dar a la mañana, antes del primer enema alimenticio, un lavaje evacuador, destinado a limpiar la mucosa rectal. En estas condiciones, se evacúa un líquido que sorprende casi siempre por su cantidad y por su olor infecto. Mathieu aconseja enema de la fórmula siguiente:

Agua	250 gs.
Huevos, clara y yema (bien batida) . .	N.º 1 o 2
Cloruro de sodio o fosfato de soda . . .	2 a 4 gs.

Si se tolera bien, a los pocos días se le agrega leche, la cuarta parte y después la mitad. En estas condiciones, el olor de los líquidos evacuados era todavía infecto y a pesar de la pobreza de los enemas en sustancias nutritivas, se observan signos de irritación y de intolerancia del recto. Estos hechos ha inducido a

Soupauld a rechazar completamente el empleo de los enemas alimenticios. ¿No sería mejor contentarse con inyectar en el recto el agua isotonzada con una cierta cantidad de sal soluble, que de introducir sustancias alimenticias destinadas a menudo a ser mal toleradas y a irritar el intestino.

Enemas alimenticios tolerados y utilizados. — En presencia de estos hechos se tiende en estos últimos tiempos a prescribir, cada vez menos, enemas alimenticios. No se emplea ya más que sustancias de absorción fácil y de putrefacción difícil. Es así que se utiliza por una parte la dextrina, por la otra las peptonas solubles a dosis bastante débiles.

Mathieu prescribe durante 8 ó 10 días seguidos a razón de 3 ó 4 por día los enemas así formulados, consiguiendo su tolerancia:

Agua	250 gs.
Fosfato de soda	2 „
Dextrina	} aa 15 a 20 gs.
Peptona soluble	

Agrega todavía algunos huevos o yemas de huevo, pero tiene tendencia a abandonarlos a causa de la facilidad con que se produce la putrefacción intrarrectal en estas condiciones.

Se puede agregar facilmente al enema una cierta cantidad de cognac o de rhum (una cucharada por ejemplo).

El alcohol tonifica al enfermo y puede suministrarle, un cierto número de calorías.

Conclusión.—En resumen, creemos que hay en ciertos casos interés real en utilizar los enemas alimenticios, tanto más, cuanto ellos comportan una ventaja considerable por la acción moral producida sobre el enfermo. Así se puede, evidentemente, sostener que no pelagra la vida si se lo mantiene en inanición durante varias semanas, y su confianza será más grande si se le dice: “vamos a alimentarlo a usted por el recto.”

En todos los casos conviene mejor, evitar enemas alimenticios de manera preventiva, sin verdadera urgencia, para ayudar a una alimentación bucal insuficiente, pero todavía relativamente importante.

En estas condiciones, en efecto, la ingestión de las sustancias nutritivas por la vía bucal, es notablemente superior a la introducción por la vía rectal, la cual a más de ser a menudo insuficiente irrita al recto y acarrea el peligro de volverlo intolerante y de no ser más utilizable el día en que el estómago debiera ser puesto en reposo absoluto y donde será más necesario sostener al enfermo durante algunos malos días por una alimentación artificial. Para terminar agregaremos que la adición de algunas gotas de láudano a los enemas alimenticios facilita la absorción.

Conviene dar tres o cuatro enemas por día, generalmente uno, cada cuatro horas.

Antes del primer enema de la mañana, conviene ad-

ministrar un gran lavaje evacuador para eliminar los detritus no absorbidos y limpiar el recto.

Una precaución indispensable es hacer recoger la totalidad de las orinas del enfermo en un recipiente graduado: la cantidad de agua eliminada por la vía renal, permite apreciar la absorción del agua introducida por vía artificial.

Alimentación por vía subcutánea.

Leube en 1895, en el 13.º congreso alemán de medicina interna de Munich, dió a conocer las ventajas de este método.

Según este autor, es imposible introducir por vía subcutánea una cantidad notable de sustancias albuminoideas y de hidratos de carbono. Las sustancias albuminoideas, las peptonas en particular, sobre las cuales se había fundado grandes esperanzas teóricas, son mal toleradas y determinan verdaderos accidentes tóxicos. En cuanto a los hidratos de carbono dan lugar a irritaciones vivas, a inflamaciones marcadas algunas veces, hasta gangrena.

Se puede por el contrario, hacer absorber por el tejido celular subcutáneo una cierta cantidad de materias grasas en particular aceites. Se ha podido en ciertos casos introducir bajo la piel de una sola vez hasta 150 y 200 gramos de aceite a condición de practicar la inyección muy lentamente, la reabsorción se hará sin accidentes. Sin embargo, con Linosier, se puede admitir que no conviene en la práctica sobrepasar la dosis

de 50 a 60 gramos por día. Esta dosis corresponde a un valor casi de 500 calorías, lo que está lejos de ser despreciado.

Pero, es sobre todo, para introducir en el organismo suero artificial que se utiliza la vía hipodérmica. La absorción se hace así más fácil, más rápida y más segura que por vía rectal. Y estas ventajas son valiosas en gran número de casos.

Duodenostomía y yeyunostomía. — Se ha buscado alimentar a los enfermos no ya por vía desviada, sino por vía directa abordando el intestino más abajo del estómago practicando, sea la duodenostomía, sea la yeyunostomía.

La duodenostomía sería una operación de ejecución fácil y rápida, que no haría correr al enfermo grandes peligros. Según M. Hartman, esta facilidad mantendría la movilidad relativa del duodeno, movilidad que sería mayor, pero que no se la admite en general.

Sea cual fuere, sin embargo, los éxitos obtenidos en los casos todavía poco numerosos que han sido publicados, parece difícil erigir la duodenostomía o la yeyunostomía en método general y normal del tratamiento en el úlcus gástrico, tanto menos, cuanto que la fístula cutánea es difícilmente continente y que la pared abdominal se digiere con gran facilidad. En estas condiciones, para poder erigir en principio universal el tratamiento quirúrgico, convendría suprimir sus peligros después de haber demostrado la insuficiencia de los

medios médicos. Pues, actualmente no existe método quirúrgico que ponga al abrigo de la irritación, producida por la digestión de los labios de la boca intestinal, y de otra parte los medios médicos dan resultados muy satisfactorios en la mayor parte de los casos.



CAPITULO III

Dietética

Método de realimentación intensiva

El temor de prolongar demasiado la dieta bucal que acarrea el debilitamiento acentuado de los enfermos, usada como método corriente del tratamiento ha hecho que algunos autores hayan rechazado este procedimiento. Creían no poder restituir fácilmente con una realimentación ulterior, ni llegar sin grave riesgo a triunfar de la anemia, algunas veces muy intensa, consecuencia de una inanición demasiado prolongada.

Es una creencia muy justificada, más aun tratándose de enfermos afectados de ulcus gástrico, quienes no soportarían de una manera igual la dieta bucal, aun con la introducción, por una vía cualquiera del agua indispensable al organismo.

Algunos, en efecto, han dejado experimentar a los

enfermos pérdidas de peso considerable, dejándolos deprimidos, anémicos, debilitados a tal punto que se ve uno imposibilitado a instituir una dieta rigurosa.

Después de un período de entusiasmo por la dieta bucal como tratamiento, con alimentación por las vías rectal e hipodérmicas, se produjo por un retroceso curioso, una tendencia acentuada sobre todo en Alemania que pareció excesiva a los discípulos de Cruveillier, quien como sabemos recomendaba el régimen lácteo como el mejor modo de alimentación y de tratamiento de los enfermos afectados de úlceras gástricas, porque pensaba que con la leche se los podía alimentar suficientemente sin excitar demasiado la secreción y la motricidad del estómago, consiguiendo así un reposo relativo del estómago.

Sin embargo, otros autores han pensado que esta alimentación láctea, hecha clásica, era insuficiente y apresuráronse a demostrar que se podría nutrir de una manera más rápida e intensiva a los enfermos afectados de úlceras del estómago y que hasta tenían interés de hacerlo sistemáticamente. De esta tendencia surgió el método siguiente:

Método Lehnartz. — Desde los primeros días que siguen a un accidente agudo, Lehnartz alimentó a sus enfermos de una manera progresiva y creciente aún si el accidente agudo fuese una hematemesis que ha sucedido a una serie de fenómenos dolorosos más o menos intensos. Lehnartz, no alimenta a sus enfermos en plena gran hematemesis y eso se comprende fácilmente, pe-

ro no se inquieta tampoco por un escurrimiento sanguíneo persistente, en particular de aquellos que son reconocibles únicamente por el examen de las heces, según el procedimiento de Weber. He aquí cómo instituye su régimen:

Primer día. — (Que sigue a la hematemesis), da 2 huevos dializados en 200 gramos de leche congelada, a tomar por cucharadas o sorbos espaciados.

Segundo día. — Da 3 huevos y 300 gramos de leche.

Tercer día. — Da 4 huevos, 400 gramos de leche y 20 gramos de azúcar.

Cuarto día. — Da 5 huevos, 500 gramos de leche y 20 gramos de azúcar.

Quinto día. — Da 6 huevos, 600 gramos de leche y 30 gramos de azúcar.

Sexto día. — Da 7 huevos, 700 gramos de leche, 30 gramos de azúcar y 35 gramos de carne de ternera picada.

Séptimo día. — Da 8 huevos, 800 gramos de leche, 40 gramos de azúcar y 70 gramos de ternera picada. Además 20 gramos de "Zwiebak" y 100 gramos de arroz con leche.

Octavo día. — Da 8 huevos, 900 gramos de leche, 40 gramos de azúcar, 70 gramos de ternera picada, 40 gramos de "Zwieback" y 100 gramos de arroz con leche.

Noveno día. — Da 8 huevos, 1 litro de leche, 50 gramos de azúcar, 70 gramos de ternera picada, 40 gramos de "Zwieback" y 200 gramos de arroz con leche.

A partir de este momento, la cantidad de huevos, de leche, de azúcar y de ternera picada, no varía más; pero el "Zwieback" y el arroz con leche, aumentan todavía. El jamón crudo y la manteca van a aparecer.

Décimo día. — El enfermo toma 60 gramos de "Zwieback", 200 gramos de arroz con leche, 50 gramos de jamón crudo y 20 gramos de manteca.

Undécimo y duodécimo día. — El arroz con leche es llevado a 300 gramos y la manteca a 40 gramos.

Décimotercero día. — El "Zwieback" es llevado a 80 gramos.

Décimocuarto y último día del cuadro. — El "Zwieback" es llevado a 100 gramos y el arroz con leche a 400 gramos.

En resumen, Lehnartz, aumenta cada día la ración de 1 huevo y de 100 gramos de leche hasta alcanzar 8 huevos y 1 litro de leche; a partir del tercer día, agrega 20 gramos de azúcar y lleva poco a poco esta dosis a 50 gramos; el sexto día da 35 gramos de ternera picada, lleva esta dosis a 70 gramos al día siguiente y la mantiene tal.

El séptimo día agrega 20 gramos de "Zwieback" y 100 gramos de arroz con leche; sigue aumentando progresivamente estas cantidades hasta dar el 14 día, 100 gramos de "Zwieback" y 400 gramos de arroz con leche.

Por último, el jamón crudo y la manteca aparecen el décimo día y son llevados desde el undécimo día a la

dosis de 50 gramos para el jamón y 40 gramos para la manteca.

Se trata, pues, de una alimentación rápidamente creciente, la cual es fácil medir su progresión e intensidad por el equivalente calórico.

La ración corresponde, en efecto, a 280 calorías el primer día, a 400 el segundo, a 1.588 el séptimo, a 2.921 el undécimo y a 3.073 calorías el décimocuarto día.

Si se tiene presente que los enfermos mantenidos están en cama en un reposo casi absoluto, se convendrá que este total de 3.000 calorías no constituye solamente un régimen normal de alimentación, sino de verdadera realimentación.

Resultados del método. — Son evidentemente los resultados clínicos los que deben juzgar un método de este género. Aconsejando una realimentación tan rápida y tan intensiva, los médicos podían y debían temer que no se hagan nuevas crisis del lado del úlcus, que no aparecieran nuevos fenómenos dolorosos y hemorragias.

Sin embargo, parece que los enfermos no hayan sufrido tales trastornos, y con respecto a las hemorragias en particular, se ha buscado cuidadosamente en qué medida ellas se reproducen con realimentación intensiva. Con este motivo Wagner, alumno de Lehnhartrtz, ha hecho una estadística de los resultados obtenidos en 60 enfermos, así tratados: ha notado 8 hemorragias en el curso del tratamiento. Pero, conviene

hacer notar que sobre 100 enfermos cuidados por los métodos ordinarios en el hospital de Hependorff de Hambourg, se ha constatado 20 hematemesis. El porcentaje de las hematemesis sería, pues, menor con el sistema de Lehnhartrz, que con los métodos ordinarios de realimentación progresiva. Y por métodos ordinarios entenderemos, sea la realimentación por la leche, sea el método habitual de Leube, con los resultados obtenidos en Alemania, que no impone el régimen lácteo exclusivo, sino que es mucho más lento y mucho más prudente que el método de Lehnhartrz.

Conclusión. — De estos ensayos, deducimos al menos esta conclusión, que se puede ser menos tímido de lo que se era hasta el presente y que se puede ir más rápido de lo que se iba cuando se empleaba el método de Cruveillier.

Conviene anticipar ya una vez por todas, que un cierto número de hechos clínicos, viene en apoyo de una manera afirmativa, invitando a ser menos tímidos, pues vemos a diario entre los enfermos, uno de pequeño escurrimiento sanguíneo y otro de grandes hemorragias, ambos sobrellevar su vida ordinaria sin gran dificultad.

En la clínica de Mathieu, se ha tenido la ocasión de cuidar un agregado de embajador que continuaba llevando su vida mundana a la cual están acostumbrados y obligados los embajadores, a pesar de llevar desde hacía más de un año probablemente, un ulcus en actividad. Llega de cenar en una ciudad, gustando pla-

tos variados, comer abundantemente y al salir luego sorprenderle una considerable hematemesis que no se detiene de ninguna manera, y que recommienza el día siguiente y aun en los días sucesivos. Hematemesis así son producidas por lo menos cuatro o cinco veces con diversos intervalos.

Esto no es en verdad, un ejemplo recomendable, habría podido producirse accidentes mucho más serios y susceptibles de poner su vida en peligro, tales como las hemorragias por perforación, perigastritis por ejemplo. Estos hechos demuestran la tolerancia posible de un ulcus en actividad (la actividad de una ulceración medida por la repetición de las hemorragias). Y esta tolerancia puede ser invocada no para justificar errores de regímenes semejantes a aquellos que acabamos de citar; pero para hacer ensayos de realimentación menos tímidos que aquellos a los cuales se limitaba hasta estos últimos tiempos.

Método de Senator. — Este autor ha preconizado un método de realimentación intensiva, de progresión menos rápida que el de Lehnartz y en el cual la gelatina y las materias grasas tienen el primer lugar.

En el curso mismo de una hemorragia, Senator alimenta a sus enfermos. Acostumbra hacer tomar la preparación siguiente a cucharadas, con intervalos que varían según la intensidad de los accidentes de un cuarto de hora a 2 horas.

Gelatina	15 grs.
Oleosacaruro de limón	50 "
Agua	150 "

En cuanto la hemorragia ha terminado prescribe 30 gramos de manteca fresca a tomar bajo forma de píldoras. Hace tomar en seguida un cuarto litro de crema azucarada o no, de tal suerte que se llega a dar en conjunto una alimentación relativamente considerable, equivalente a 900 o 1.000 calorías.

Muy pronto suprime la gelatina y permite la leche, los huevos, la carne pulposa, aun la leche de almendras, lo que es todavía una manera de dar sustancias grasas.

Conviene retener en el método de Senator, la posibilidad de emplear las sustancias grasas. Estas sustancias tienen la ventaja de poseer un valor alimenticio considerable: ellas, además, ejercerían una acción calmante sobre el estómago.

Esta acción calmante es muy elogiada en Alemania, en particular por Strauss, quien emplea sistemáticamente las grasas. Sin embargo, Mathieu repite por su parte, las reservas que ha hecho en varias consideraciones. Recuerda el caso de uno de sus enfermos afectado de una fístula gastrocutánea, la ingestión de sustancias grasas bajo forma de aceite o de manteca, parece determinar la hipersecreción y provocar en todo caso, crisis dolorosas bastante intensas.

Para Lecler (de Quebec), que ha proseguido sus investigaciones en el laboratorio de Mathieu, las sustancias grasas obrarían a la vez sobre la secreción, atenuándola y sobre la motricidad gástrica, relajándola.

Habría aquí beneficio si la ectasia, tan difícil a dis-

tinguir de la hipersecreción, acaso sea la causa de la intolerancia de ciertos ulcerosos por los aceites y las grasas?

Conviene, en todo caso, y si se quiere emplear la dieta grasosa en los ulcerosos, tener muy en cuenta las sensaciones experimentadas por el enfermo y la evacuación de su estómago.

No conviene mantenerlos más que a los enfermos que no sufren y cuyo estómago no encierra a la mañana en ayunas, más que una cantidad de líquido nulo o progresivamente decreciente.

La misma vigilancia, por lo demás, debe ser ejercida con todos los métodos de realimentación. La atención debe ser llamada sobre tres puntos de reparo, es decir, sobre tres fenómenos que pueden servir de piedra de toque con respecto a la eficacia del tratamiento instituido, éstas son: la hemorragia, el dolor, la hipersecreción y la ectasia; pero, mientras no tenemos acción sobre la hemorragia, tenemos una acción mucho más marcada sobre el dolor y sobre la hipersecreción.

Si se prescribe un régimen apropiado, si se emplea una medicación conveniente, los enfermos no deben sufrir y el líquido gástrico que ellos presentaban a la mañana en ayunas, debe desaparecer o al menos disminuir progresivamente. Si los dolores no se atenúan, si el líquido en ayunas persiste, es que el método terapéutico no conviene o que la realimentación ha sido excesiva o mal reglada.

Resumiéndonos por lo que respecta a la dietética, adjuntamos un tipo de la misma que sigue con admirables resultados Hamburger y que es, además, esencialmente práctico:



Tratamiento médico de la úlcera de estómago y duodeno, por Walter W. Hamburger

Noviembre de 1916.

Primer período. (De ayuno). — El enfermo debe quedar en absoluto reposo en cama sin tomar alimento alguno por la boca (ni agua).

A las 7 a. m., diariamente un enema jabonoso.

A las 7.30 a. m., un supositorio de opio y belladona.

A las 8 a. m., a las 12 m., a las 4 p. m., y a las 8 p. m., un enema de 250 gramos de agua (retenerse). Si el enfermo está muy nervioso, inquieto, se le administra 50 a 1 gramos de Br. Na. en cada enema.

Por la mañana, se aplica una compresa fría y se deja todo el día y aun durante la noche si no es muy molesta al enfermo.

El tiempo que debe durar este período de ayuno, va-

ría entre 48 y 96 horas; si el enfermo no está muy débil puede prolongarse hasta 5 días. El ayuno es muy beneficioso; calma el dolor, los vómitos y las náuseas. El reposo debe ser también moral, por lo tanto, nada de visitas, de conversación, de lecturas durante este período.

Segundo período. (Iniciación de la alimentación).— A las 7 a. m., 25 a 30 gramos de subcarbonato de bismuto en 90 a 120 c. c. de agua templada. Si se conoce la localización de la úlcera, se hace tomar al enfermo una posición adecuada, al mejor contacto del medicamento, durante media a una hora (decúbito lateral derecho), en las úlceras pilóricas y duodenales.

A las 8 a. m., 15 gramos de leche y 15 gramos de crema templada, lo que debe ser tomada lentamente. Esta dosis se repetirá cada hora desde las 8 a. m., hasta las 10 p. m.

A las 8.30 a. m., un paquete de bicarbonato de sodio aa. y citrato de sodio 50 gramos, que se repetirá cada hora, desde las 8.30 a. m. hasta las 10.30 p. m.

Al segundo día. — Si se ha tolerado bien la alimentación del primer día se aumenta la cantidad de leche y crema a 30 gramos de cada una, a tomarse en las mismas horas que el día anterior.

Al tercer día. — 45 gramos de cada una por vez.

Al cuarto día. — 60 gramos de cada una por vez. Los alcalinos se darán cada dos horas en lugar de cada hora.

Al quinto día. — Se agregará una pequeña cantidad,

60 a 120 gramos de harina de cereales, perfectamente cocidos y colados en las comidas de las 8 a. m. y de las 6 p. m. Esta harina puede ser de maíz, trigo o avena.

Al sexto día. — Se agrega un huevo pasado por agua, blando, en la comida con harina de cereales de las 12 m.

Al séptimo día. — Se agrega un huevo pasado por agua, blando, en la comida con harina de cereales de las 8 a. m. y 60 a 120 gramos de harina de cereales cocidos y colados a las 12 m.

Al octavo día. — Puede aumentarse la cantidad de leche y crema de 75 gramos a 90 gramos de cada una, pero solamente cada dos horas y agréguese un pedacito de pan perfectamente tostado en los alimentos de las 8 a. m., 12 p. m. y 6 p. m.

Al noveno día. — Puede agregarse gelatina, pan o tapioca, en la comida de las 12 m. y un huevo blando a las 6 p. m.

Al décimo día. — Si todo marcha bien, puede agregarse a la comida de las 12, una pequeña porción de carne (vaca o pollo), bien cocida y picada si se prefiere, puede substituirse una de las comidas de cereales por un puré muy bien deshecho de vegetal. Desde *éste al décimo día inclusive*, se sigue el mismo régimen, pudiendo agregarse papa cocida, pisada, arroz bien cocido, 2 o 3 rebanadas de pan tostado y manteca.

Durante la tercer semana, se aumenta gradualmente la alimentación. Se puede reducir las cantidades de crema y leche, y combinarse los alimentos en las comi-

das, cada dos o tres horas. Puede darse pollo picado, jamón picado, pichón, pudding de pescado, huevos revueltos, frutas cocidas y coladas, compotas de manzanas, ciruelas y damascos.

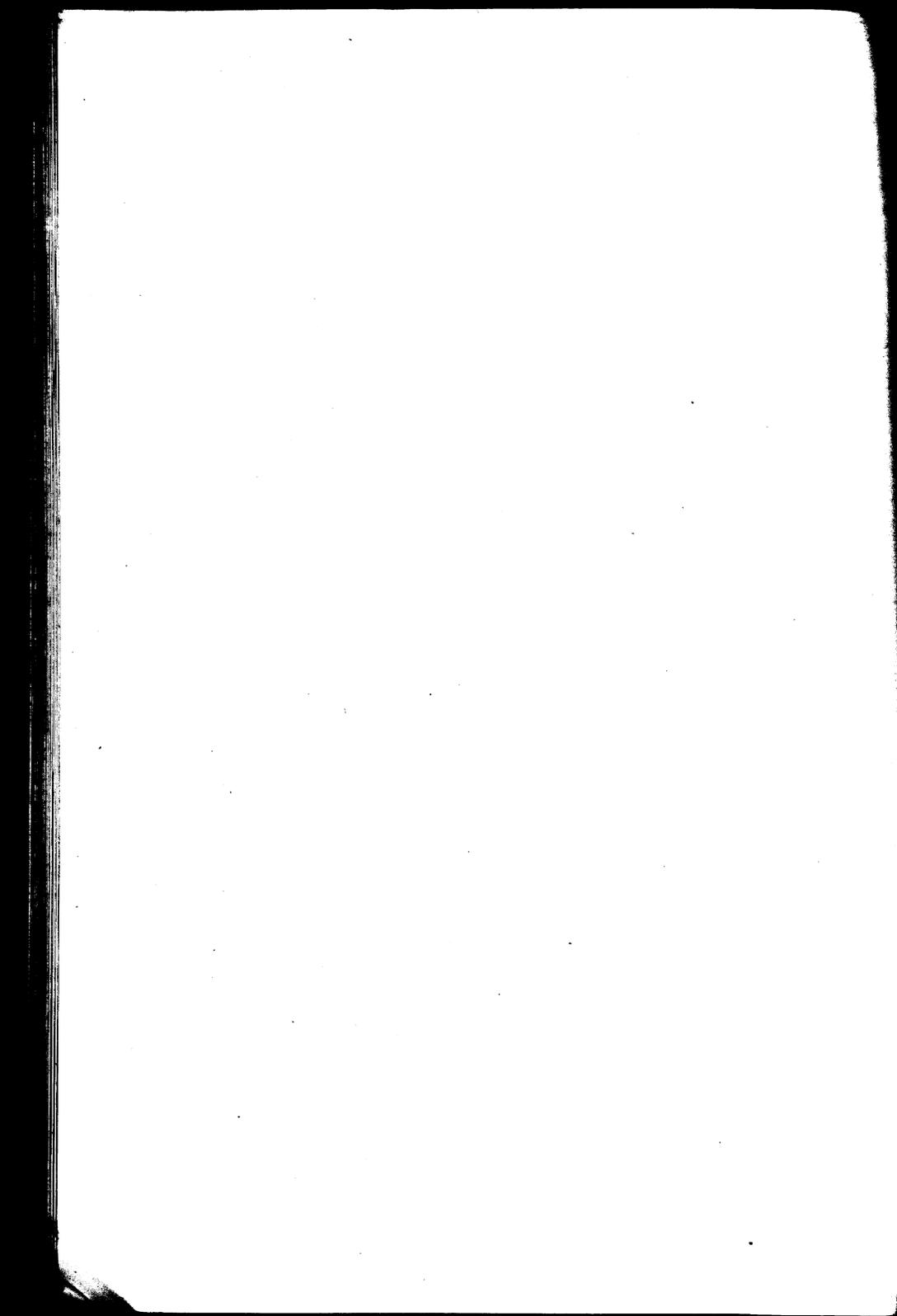
Desde ahora hasta el fin de la hospitalización del enfermo, que dura entre 4 y 6 semanas, se sigue este mismo régimen.

Los enemas de agua se continuarán por lo menos hasta el tercero o cuarto día después de haber iniciado la alimentación, en cualquier caso, hasta que el enfermo tome una cantidad suficiente de alimento. Recién, entonces, se permite tomar agua por la boca, pero en pequeñas cantidades, repetidas veces, si se desea. Ninguna alimentación excederá durante las tres primeras semanas de 180 a 240 gramos. El enfermo guardará cama por lo menos 14 días desde el comienzo del tratamiento. Cuando se ha llegado a una alimentación suficiente, después de la segunda semana, puede permítirsele sentarse en un cómodo sillón, junto a la cama media hora a la mañana y media hora a la tarde. Se irá aumentando las levantadas diarias duplicándolas, de modo que al final de la tercer semana o comienzo de la cuarta, el enfermo permanezca levantado 6 a 8 horas diariamente, *pero sin caminar*. Durante la cuarta semana se le permite caminar en el cuarto para ir aumentando gradualmente el paseo por el corredor o jardín del hospital.

Se debe vigilar las evacuaciones si los enemas no son suficientes para mantener corriente el vientre, pu-

diendo substituirse el citrato de sodio por fosfato de sodio o magnesia calcinada en dosis de 0.50 gramos a 0.75 gramos. Si al contrario hay tendencia a diarreas se substituye ésto por el subcarbonato de bismuto o carbonato de calcio.

Si hay fuerte dolor, sobre todo paroxístico a tipo cólico, puede administrarse dos veces al día sulfato de atropina, 0.0005 a 0.001, por boca o en inyección, extracto de belladona, 0.02 a 0.04 centigramos, 1 o 2 veces por día, mezclados con los polvos alcalinos.



CAPITULO IV

Medicaciòn

Si bien el tratamiento etiológico ha sido científicamente aceptado, por aquello de que *sublata causa, tollitur effectus*, no ha sido lo bastante para garantir la desaparición de las alteraciones del estómago, consecutivas a un ulcus gástrico, sea cuál fuere su etiología y su tratamiento etiológico; como sucede con las frecuentes localizaciones de la sífilis, la tuberculosis y aunque rara vez también el paludismo. Bien puede decirse que nunca es etiológico el tratamiento de las enfermedades del estómago, puesto que el tratamiento específico de la sífilis, tuberculosis y paludismo, no se hará sino como sobreagregado a la medicación funcional, conducente a modificar las alteraciones dinámicas o a normalizar funciones perturbadas por la pre-

sencia de un ulcus gástrico, que ha sufrido además, de su origen etiológico (sífilis) si fuera un luético, todas las otras influencias físicas y químicas del jugo gástrico y sus alteraciones.

Recordemos la multitud de trastornos que el ulcus puede producir, la diversidad de sus manifestaciones sintomáticas y la pluralidad de las funciones alteradas y se comprenderá la insuficiencia de una terapéutica específica exclusiva. De ahí que se hayan multiplicado los ensayos de fármacos y medicamentos, llegando de una manera palpable a demostrarse que ninguno de ellos es suficiente por sí solo a producir la curación de la úlcera y a combatir todas y cada una de sus manifestaciones.

Nos ocuparemos ahora de los medicamentos más usados y recomendados en la práctica, en el tratamiento del ulcus gástrico:

1.º El subnitrito de bismuto (magisterio de bismuto, blanco de afeite), dado al interior en forma de polvo suspendido en agua, y que, antiguamente se creía que servía de capa aisladora que separaba la mucosa del estómago de la acción autodigestiva del jugo gástrico, según las experiencias de Hathes en el perro.

Tanto se ha pretendido, durante largo tiempo, que el subnitrito de bismuto, viniendo a pegarse directamente sobre la pérdida de sustancia del ulcus, ponía esta ulceración al abrigo, no solamente de la acción nociva del jugo gástrico, sino quizá también de invasio-

nes microbianas. Según ésto, se obtenía una cicatrización, como en la superficie cutánea.

Hoy día no podemos conservar esta creencia, dado los resultados radioscópicos diarios. En la clínica de Mathieu, M. Bédere ha practicado exámenes radioscópicos en un gran número de enfermos de ulcus, con el objeto de hacer el diagnóstico, por la capa que debía formar el bismuto depositado y adherente a la superficie de la ulceración.

Se les hacía ingerir a los enfermos, 20 a 40 gramos de subnitrate de bismuto, por ejemplo, y se les mandaba acostarse sobre el dorso vientre lado derecho y lado izquierdo, luego, al cabo de un cuarto de hora o media hora se les conducía detrás de una pantalla radioscópica y se les examinaba.

Han sido pocos los casos en los cuales se ha constatado una capa persistente sobre un punto dado de la mucosa gástrica. Y aun en otros casos no se ha encontrado jamás esta capa con una persistencia y una firmeza capaz de probar que ello correspondía verdaderamente a una ulceración. No parece, pues, que el bismuto tenga la propiedad y la ventaja de ir a pegarse directamente sobre una pérdida de sustancia de la mucosa gástrica. Ya habían observado Leven y Barret, en particular, que el bismuto caía rápidamente en el centro prepilórico, donde depositaba sin adosarse a la pérdida de sustancia ulcerosa.

Si no corresponde renunciar al empleo de las sales de bismuto, que son un calmante excelente, conviene al

menos renunciar a la esperanza de realizar por ellas, una capa oclusiva susceptible de poner la ulceración al abrigo de la autodigestión y de la linfangitis intersticial por la infección de sus bordes y sus paredes.

El subnitrate de bismuto protege la mucosa gástrica contra la autodigestión del jugo gástrico, no como lo creía Mathieu, sino mediante la secreción de una cierta cantidad de mucus provocada por la acción del subnitrate de bismuto sobre la superficie de la ulceración y el resto de la mucosa, desempeñando el rol de un verdadero barniz protector y según el profesor Surmount (de Lilie), atribuye a esta cualidad, los buenos efectos de este medicamento.

Hace mucho tiempo que Mathieu consideraba como probable este rol de hipersecreción mucosa, bajo la influencia del subnitrate de bismuto, en razón de la cantidad de mucus arrojada por vómito, después de la ingestión de sal de bismuto. La teoría de Surmount merece ser aceptada.

Según Hatyenstein, el jugo gástrico no podría lastimar las paredes del estómago más que en ausencia de una "antipepsina" especial: esta antipepsina es la que se trataría de aislar y administrar a los enfermos de ulcus.

El subnitrate de bismuto ha ocasionado además, en estos últimos tiempos, accidentes de intoxicación aguda, arrojando así cierto descrédito sobre este agente terapéutico e inculcando en los médicos, temor en el empleo de cantidades elevadas.

Importa, pues, conocer de manera precisa, la dosis que se puede emplear, su modo de administrar, las condiciones en las cuales puede volverse peligroso y hasta buscar en lo posible una sal de bismuto menos tóxica que el subnitrito.

Método de Fleixner. — El bismuto ha sido empleado la primera vez por este autor en Alemania, bajo las indicaciones de su maestro Kussmaus. Practicaba un ligero lavaje de estómago, luego introducía por la sonda una cantidad de agua, conteniendo en suspensión subnitrito de bismuto. Después de unos instantes entraba con la sonda el agua y quedaba adherido a las paredes el subnitrito de bismuto, realizando una verdadera decantación. Los resultados de este método, han sido satisfactorios. Sin embargo, Boas, en su tratado de patología gástrica, dice: que los alemanes lo consideran como medicamento mediocre.

Método de Hayem. — Este autor, no dirige el bismuto por sonda, sino cuando tiene que hacer lavajes de estómago, por accidentes de retención y estenosis pilórica, por ejemplo.

Generalmente, prescribe 20 gramos de subnitrito de bismuto a tomar en un poco de agua, en una sola vez a la mañana en ayunas.

Los enfermos deben acostarse en seguida sobre los cuatro lados (flancos, vientre y dorso), durante un cuarto de hora en cada posición. El objeto de estos cambios, era según el autor, favorecer la formación de una capa en la superficie de la mucosa gástrica. La

radioscopia comprobó lo contrario y hoy sabemos que cae todo en el antro prepilórico y de ahí que las úlceras pilóricas o juxtapióricas suelen aliviarse con este procedimiento.

No volveré aquí sobre la secreción de mucus, que es susceptible de formar un barniz mucoso rebelde a la autodigestión.

Los que han utilizado este método se hallan satisfechos. Se nota, sin embargo, que un enfermo con dolores que ingiera 20 gramos de subnitrito de bismuto se calma durante la noche y el día siguiente. Mathieu, acostumbra, desde hace años a dar 10 gramos a la mañana y 10 a la noche. Sea cual fuere, el modo de emplear el subnitrito, la cuestión es que gran número de enfermos se alivian y es útil conservar, como método habitual en el tratamiento del ulcus gástrico.

Toxicidad del subnitrito de bismuto. — Se han citado accidentes de intoxicación por esta sal de bismuto, con motivo de la ingestión de 30 a 40 gramos para radioscopia.

K. K. Bensande y Agasse-Lafont, han hecho una estadística en el servicio de Hayem, encontrando sobre 16 casos, 4 únicamente mortales.

En los casos en los cuales se ha inyectado en el recto e intestino grueso, se han registrado casos de intoxicación, como también en los gastroenterostomizados por pasar rápidamente al intestino todo el bismuto ingerido.

Es a nivel del intestino, pues, que se forma a expen-

sas del subnitrate de bismuto los compuestos tóxicos metahemoglobinizantes, causa de los accidentes observados. La formación de nitritos al combinarse con las materias fecales y la acción del colibacilo completan el proceso de intoxicación.

Prácticamente, para evitar estos accidentes no debemos pasar de la dosis de 20 gramos, inofensiva. Ser prudente en la dosis con los enfermos gastroenterostomizados, estenosis intestinal y con los enemas rectales en los niños en vía de examen radioscópico.

Puede utilizarse también el carbonato y oxiclóruo de bismuto que no producen nitritos, y se utilizan especialmente para exámenes radiológicos.

El carbonato de bismuto se prescribe, 10 a 20 gramos por día, en bloque o fraccionado.

El oxiclóruo de bismuto tiene una acción muy calmante y se lo usa frecuentemente.

Agua oxigenada. — Para combatir la hiperclorhidria de los ulcerosos, se ha usado el agua oxigenada por su acción inhibitoriz sobre la hipersecreción. Se han servido algunos autores de la casa Kerk: del peróxido puro de hidrógeno. Han empleado este producto bajo la forma de una solución acuosa, 0.50 centigramos por ciento, de los cuales prescribe 300 c. c. Petri, al principio hacía tomar comidas de pruebas en las cuales el agua o el té eran reemplazadas por una solución de peróxido de hidrógeno. Ha observado por los dosajes hechos sobre el líquido extraído del estómago al cabo de una hora, que la secreción clorhídrica había disminu-

nuído notablemente y hasta desaparecido en ciertos casos.

Poly, ha empleado el peróxido de hidrógeno de una manera diferente, da varias tomas durante el día, 300 c. c. de la solución 0.50 por ciento, un día sobre dos; a menudo daba 4 o 5 veces la más mencionada; pero, ha hecho tomar 10 veces en un caso; 14 veces en otro.

En uno de sus enfermos la secreción clorhídrica ha caído de 0.28 a 0.08 por ciento, después de 5 tomas de esta solución; en un tercer caso de 0.26 por ciento a 0.06 después de 10 tomas.

Poly, cree que esos resultados son permanentes, pues al cabo de algunas semanas, hecho el tubaje nuevamente, después de la comida de prueba, constata la persistencia de la disminución de secreción clorhídrica.

Hay enfermos que no han sentido dolores, seis meses después y hasta un año y medio. Se apresuran a afirmar que esta atenuación de los dolores y esta disminución de la secreción clorhídrica, no son atribuibles a la destrucción de la mucosa por el hecho de una gastritis medicamentosa.

Aceites y grasas. — Se han empleado mucho en Alemania el aceite y las grasas, después de las publicaciones de Ewald y Boas (1886), bajo formas variadas para combatir sino la hiperclorhidria y la hipersecreción, al menos el espasmo pilórico que las acompaña a menudo. La escuela de Pawlow era favorable a esta concepción; demostraba la disminución de la hiperclorhidria. Cohnheim, discípulo principal de Boas, ha

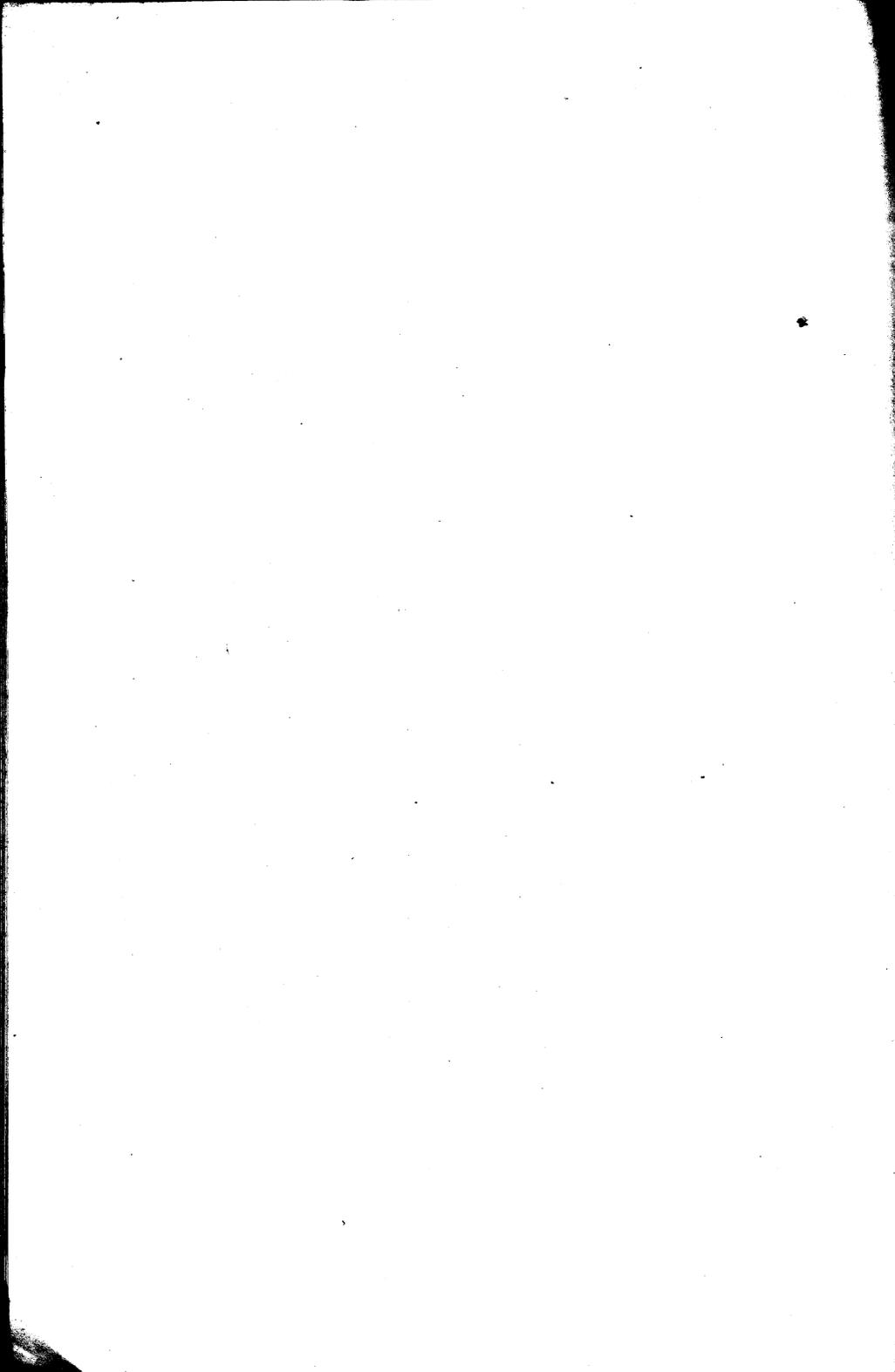
preconizado mucho el aceite dado a altas dosis, en los enfermos del tipo que consideramos actualmente. Prescribe el aceite de olivo, en general a grandes dosis, 4, 5 y 6 cucharadas de sopa por día y bajo esta influencia ha visto a menudo los dolores disminuir, atenuarse los espasmos y disminuirse la hipersecreción.

Se ha usado también la manteca, la crema y entre los alemanes, la leche de almendras.

Senator, ha preconizado para el tratamiento del úlcus una realimentación bastante rápida a base de sustancias grasas. Al principio píldoras de manteca congelada, ulteriormente crema y manteca en cantidades considerables.

O. Leeler, ha estudiado la influencia de las grasas en su propio estómago y ha constatado que si bien disminuye la hipersecreción e hiperclorhidria, ella al mismo tiempo retarda la evacuación del contenido del estómago. Esto lo ha constatado Mathieu en su clínica. Por eso se aconseja no dar sistemáticamente el aceite. Se sabe, en efecto, que se ha podido relacionar directamente la hipersecreción a la ectasis, de manera que en el úlcus pilórico y juxtapiórico con síndrome de Reishman, ectasis, provocada por el espasmo pilórico debido a un reflejo de origen ulceroso, es la gran causa; factor fisiológico más importante de la hipersecreción; debe, pues, entonces hacerse desaparecer la ectasis.

Hay que usar, pues, los aceites y las grasas con reserva en el tratamiento de la hiperclorhidria e hipersecreción.



Tratamiento por los alcalinos

Las indicaciones teóricas de los alcalinos reposan sobre la noción de la hiperacidez habitual en la úlcera simple del estómago, sobre el rol atribuido a esta acidez en la génesis del dolor y del espasmo del píloro. La clínica ha demostrado la realidad de acción calmante, y tan es así, que ciertos enfermos por un abuso regresivo se vuelven alcalinófagos, particularmente de bicarbonato de soda.

Indiquemos cómo debe emplearse y anotemos sus ventajas e inconvenientes.

Modo de administrar. — Se mezcla bicarbonato de soda con magnesia calcinada, por ejemplo, entrando del primero 20 gramos y 5 gramos del segundo.

Desde que el enfermo siente que el dolor va a venir, antes que él llegue, estalle y se acentúe, debe tomar media cucharadita a una cucharadita de la mezcla. Renovaría esta toma a los 10 minutos si el dolor no ha pasa-

do y podrá seguir así de 10 en 10 hasta llegar a 25 gramos, cantidad máxima de polvo alcalino que será bastante para calmar los dolores.

Ventajas. — Gracias a este modo de administrar se llega a emplear la cantidad de bicarbonato de soda suficiente para enrarecer desde su período de aura, las crisis paroxísticas dolorosas.

Mathieu y Hayem, consideran a la medicación alcalina bien empleada, sin peligros y en ciertos casos, muéstrase, dicen, infinitamente superior a los otros medios y sobre todo a la medicación bismutada.

Inconvenientes. — Conviene, sin embargo, emplear los alcalinos de tal manera que los enfermos no lleguen a tomar durante meses y años al punto de volverse comilonos de bicarbonato de sodio. Si la medicación no produce el efecto esperado al cabo de algunos días o si el beneficio adquirido no persiste, no conviene obstinarse y debe dejarse el uso de los alcalinos, evitando que se haga habitual y continuo, lo cual traería sensiblemente la hipersecreción clorhídrica, causando a los enfermos una verdadera tortura, y sobre cuyo particular, corresponde a Hayem el mérito de haber llamado la atención y cuya realidad no es dudosa.

Belladoná o la atropina. — En ciertos casos, particularmente intensos de úlcus pilórico o juxta-pilórico, en que los enfermos no sean aliviados por ninguno de los tratamientos antes mencionados, se puede hacer esta medicación.

Estando en reposo, y a un régimen tanto más severo

cuanto la tendencia al dolor es más marcada y a pesar de eso no son calmados ni por el bismuto ni por los alcalinos. Entonces se puede echar mano a otros recursos, entre los cuales uno de los mejores y de los más lógicos, es el empleo de la belladona y de la atropina.

Empleo de la belladona. — Desde hace tiempo se emplea, pero a dosis probablemente insuficientes, estos dos medicamentos, la belladona sobre todo, que es de un manejo cómodo. Se procede en la siguiente forma. Se da VI gotas de tintura de belladona 3 veces por día o sean, 18 gotas; cada día se aumenta 6 gotas, o sea, 1 gota por toma, se llega así fácilmente a dar 60 gotas, dosis con las que se han visto sobrevenir accidentes de intolerancia. Tanto que Mathieu no va más allá, disminuye prògresivamente la dosis diaria, de manera a volver a las 9 gotas iniciales y recomienza una o varias veces la misma serie, según las indicaciones y la tolerancia del enfermo.

La terapéutica dice que la belladona no se acumula, se ven sin embargo enfermos que después de haber soportado admirablemente una cierta dosis de tintura o de extracto de belladona, presentan accidentes de intolerancia con esta misma dosis hacia el 10.º o 12.º día. Procediendo, como lo hace Mathieu dando dosis sucesivamente progresivas y degresivas, se pone al abrigo de las consecuencias de la acumulación del medicamento.

Mathieu presenta todos los años, sin embargo, un buen número de enfermos que no han sido aliviados suficientemente por el reposo, por el régimen, por los al-

calinos o por el bismuto y que son mejorados por el empleo de la belladona.

Empleo de la atropina. — Von Tabora ha preconizado un tratamiento intensivo por la atropina; emplea la atropina en inyecciones hipodérmicas a la dosis de 2 m. m., 2 1|2 m. m. y hasta 3 m. m. por día. Continúa 5 ó 6 semanas y pretende haber obtenido, en los casos rebeldes, resultados notables.

Estos hechos indujeron a Mathieu a hacer en 3 casos rebeldes de ulcus, el ensayo del sulfato de atropina en inyección subcutánea y no ha alcanzado el óptimo indicado por ese autor. Este autor se limita hacer 1|2 mm. a la mañana y a la tarde; en un caso llegó hasta 1 1|2 m. m., produciéndose tal sequedad en la boca, que fué prudente descender a 1 m. m.

Los resultados últimos han sido satisfactorios y merece ser continuado el ensayo de esta medicación.

CAPITULO V

Gastrorragias

Las hemorragias, constituyen uno de los síntomas con que suele presentarse al clínico una úlcera de estómago, reclamando poderosamente el empleo de una terapéutica capaz de combatirla, siendo necesaria en tales casos, llenar indicaciones especiales, que no tienden directamente a la curación de la enfermedad principal, sino a atenuar sus peligros, mitigar las molestias que produce o evitar las consecuencias que determina.

¿Cuáles son esas indicaciones?

La hemorragia que no cede inmediatamente al reposo, a la dieta y a la bolsa de hielo sobre el epigastrio, debe ser enérgicamente combatida.

Se evitarán las limonadas clorhídricas y sulfúricas, que suelen darse en las hemoptisis.

No se harán los lavajes de estómago con agua helada

como aconsejaba Ewald. El carbonato de bismuto, según el método de Fleixner, sólo es utilizable para las pequeñas hemorragias y no contra las verdaderas hematemesis.

El cloruro de calcio, tiene propiedades coagulantes, suele dar buenos resultados a la dosis de 4 ó 5 gramos diarios como sigue:

Rp:

Cloruro de calcio..	5	grs.
Infusión de tilo..	50	„
Jarabe de belladona..	20	„
Jarabe de opio..	30	„

Para tomar a cucharadas en 24 horas.

Mathieu suele practicar enemas muy calientes (48.° a 50°) con solución de cloruro de calcio al 2 o|oo.

Muller y Sax recomiendan el empleo de la Kalcina Merk, en inyección hipodérmica o intramuscular; se compone de cloruro de calcio 5 o|o y de gelatina 1 o|o.

Dosis a inyectar: 1 a 5 c. c.

La adrenalina, suele darse un miligramo en cuatro veces, según la siguiente fórmula:

Clorhidrato de adrenalina..	0.001	mgr.
Infusión de tilo..	50	„
Jarabe de opio..	30	„

Para tomar en cuatro veces con tres horas de intervalo.

También puede usarse en gotas la solución de adrenalina al milésimo de 20 a 30 gotas diarias.

El suero gelatinado a la dosis de cincuenta a cien c. c., ha de ser concienzudamente esterilizado para prevenir de la infección tetánica, que la gelatina del comercio suele producir. Bourget recomienda el siguiente procedimiento antihemorrágico: 100 gramos de gelatina se disuelve en 100 de agua y ciento de glicerina. Después de la liquefacción de la gelatina se añaden 50 gramos de percloruro de hierro; la mezcla en parte coagulada, se hace homogénea calentándola suavemente.

Se vierte sobre una hoja de estaño y se divide en tabletas de un centímetro. Se dan 3 tabletas diarias y al mismo tiempo leche o arroz con leche y 100 a 150 gramos de solución alcalina laxante.

El suero de caballo, en forma de suero fresco o de suero antidiftérico está especialmente indicado en los casos de hemorragias recidivantes; pero propenden a los peligros de la anafilaxia.

Se ha tenido con él éxitos brillantísimos. La inyección produce una vasoconstricción ligera de los vasos pequeños y destrucción de los elementos figurados de la sangre, sobre todo de los leucocitos, de donde el desprendimiento de gran cantidad de fibrino-fermento que aumenta el poder de coagulación. Se ha usado, además, la peptona con arreglo a la siguiente fórmula:

Rp:
Peptona de White... 5 gramos
Cloruro sódico... 0.50 centig.
Agua... 0.10 „
En X ampollas.

(Inyección hipodérmica)

Los extractos hepáticos han sido usados aprovechando su acción coagulante sobre la sangre y sobre la cantidad de fibrinógeno que a veces han producido buenos efectos en manos de Ribierre, Caurmont, Labbé y otros.

El tanino y las sustancias que lo contienen (ratania, agalia de Levante, Cachumba, etc.), son astringentes y antihemorrágicos. El tanino se da a dosis de 1 a 2 gramos por día a dosis fraccionadas.

El agua oxigenada es descompuesta por la fibrina y por los glóbulos rojos de la sangre viva (Richaud), y tiene la propiedad de coagularla.

La antipirina en solución o en polvo es poco usada.

El percloruro de hierro es una solución al 10 por mil se usa en lavajes de estómago; pero es peligroso en plena hemorragia por la introducción de la sonda.

Se puede usar también este medicamento 10 a 15 gotas en poción gomosa. Cinco centigramos de acetato de plomo pueden también cohibir una hemorragia gástrica.

El clorhidrato de emetina, antihemorrágico heroico, es muy eficaz. Es un alcaloide de la ipecainana, específica de la disenteria. Las heces pierden rápidamente su carácter hemorrágico.

Prescribimos:

Ampollas de clorhidrato de emetina de 4 egs. N.º 4.

Una cada 24 horas, si la hemorragia no es muy acentuada. En las grandes hematemesis se inyecta 8 juntas y se llega hasta 12 centigramos en los casos graves.

Mathieu, ocupándose del tratamiento de las hemorra-

gias, las agrupa, según su intensidad, según su persistencia y según su repetición, dándole a cada una de estas formas un tratamiento determinado.

Considerando las hemorragias ligeras, pasajeras no recidivantes, utiliza como medicación la fórmula siguiente:

Gelatina.	} aa 3 gramos
Cloruro de calcio.	

En un volumen de agua de $1\frac{1}{3}$ a $1\frac{1}{4}$ litro.

En los casos de hemorragias ligeras recidivantes a intervalos aproximados, se inclina a la intervención, máxime cuando es un *ulcus pilórico* o *yuxta-pilórico* con síndrome de Reishman. Cuando se trata de hemorragias latentes, persistentes, sólo puesta de manifiesto por la reacción de Weber, se aconseja régimen lácteo exclusivo.

Si son hemorragias persistentes con melena en que las heces tienen una coloración negra, se aconseja: dieta hídrica prolongada. Mathieu cita un caso en el cual un escurrimiento melénico había persistido más de dos meses sin parar, a pesar de que se lo ha sometido al enfermo a la dieta hídrica con inyecciones hipodérmicas de suero y lavajes alimenticios durante cinco semanas seguidas. Como consecuencia de este tratamiento, han aparecido accidentes muy graves: un ligero edema maleolar, después signos de excitación cerebral, delirio y hasta una hemiplegia izquierda que duró unas horas. En presencia de estos fenómenos se prescribe la ali-

mentación láctea en forma relativamente rápida. A los 3 días siguientes las heces ya no tienen más sangre; la hemorragia era detenida a pesar de la realimentación; el enfermo ha curado. Si se hubiera persistido en la severidad del régimen de inanición se hubiera muerto de hambre. Se ha pensado que era mejor incurrir en el peligro problemático de una hemorragia intensa y no en la certitud de una muerte próxima por agotamiento. Esta razón ha hecho que se realimente más rápidamente, sin adoptar precisamente todo el espíritu del método de Lehmartz, aún antes de que se hubiera desaparecido toda traza de sangre en las heces. En presencia de un escurrimiento con melena, conviene realimentar, en forma prudente, continua y progresiva.

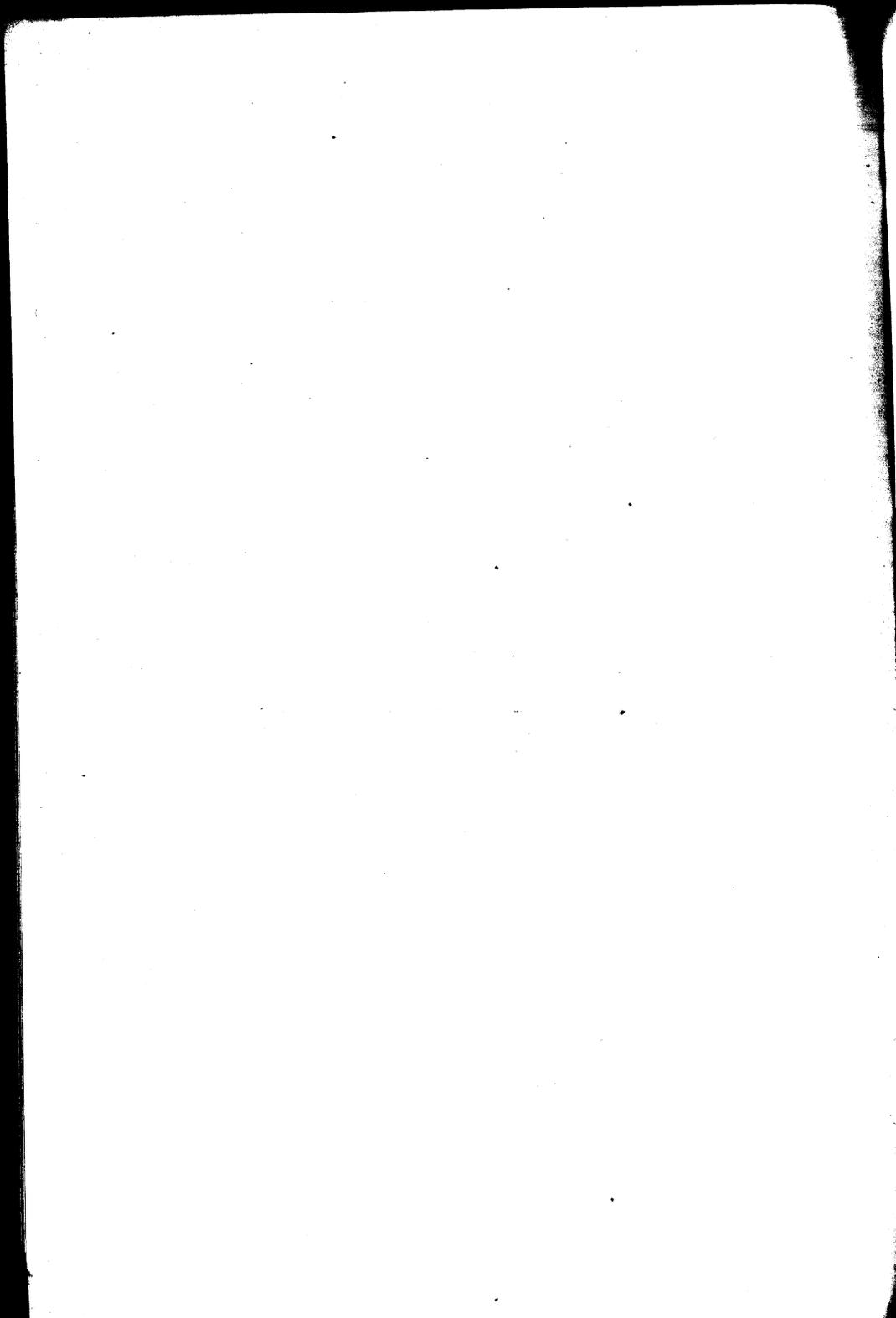
Siendo desde luego, las hemorragias, en el curso de un úlcus gástrico, uno de los capítulos más difíciles a tratar, porque no es posible establecer ni aproximadamente, hasta donde y hasta qué punto combatiremos médicamente, y desde qué momento la intervención quirúrgica debe actuar.

Verdaderamente, si el límite entre uno y otro tratamiento no es posible trazar, convengamos en que es aquí el criterio médico el que debe dictaminar en cada caso, como único regulador de la terapéutica médico-quirúrgica, pues todas las normas a este respecto quedarán al arbitrio del buen sentido clínico y terapéutico del médico.

SEGUNDA PARTE



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO



Consideraciones generales

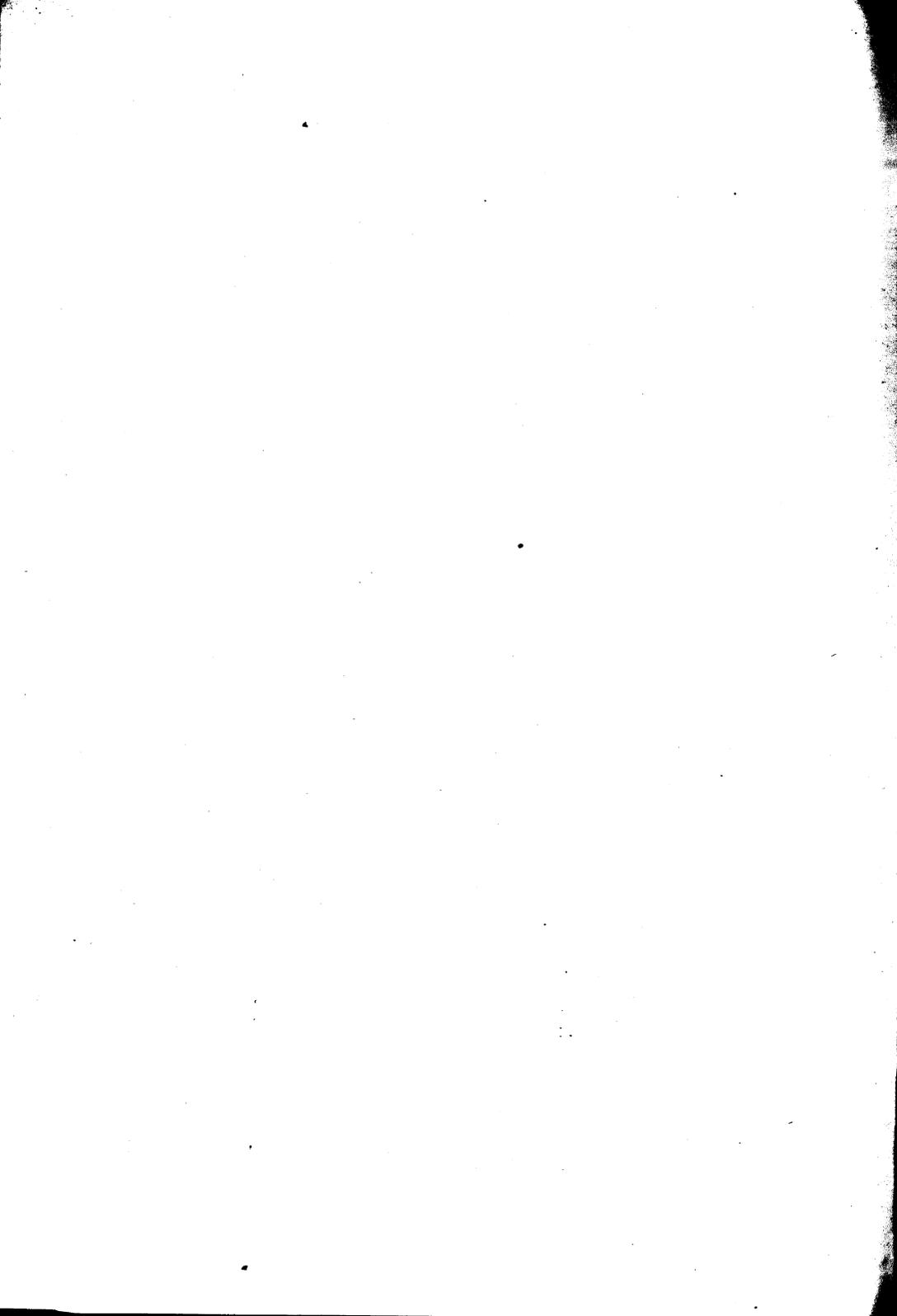
Debemos ocuparnos también de la parte quirúrgica del ulcus gástrico; pero sólo nos limitaremos a bosquejar y a indicar los casos bien justificados en los cuales la intervención quirúrgica es necesaria.

Brevemente mencionaremos los casos susceptibles de ser tratados, médica y quirúrgicamente, los casos que podríamos llamar *relativos* y los que podríamos llamar *absolutos*.

Los casos relativos comprenden las hemorragias y las galtralgias, ambas factibles de uno u otro tratamiento; pero siempre que el tratamiento médico previo fracase, quedará de hecho indicado el quirúrgico.

Los otros casos llamados absolutos, comprenden las estenosis gástricas y las úlcera-cáncer, en los cuales no se admite otro tratamiento que no sea el quirúrgico, cuya indicación es formal.





CAPITULO I

Hemorragias

Pueden presentarse en forma de *grandes hematemesis* y *hemorragias medianas*. En las primeras, Dieulafoy cita hechos en los cuales en plena hemorragia gástrica se ha abierto el estómago, para ir sobre el punto sangrante a practicar la hemostasia directa. Soupault nos menciona un caso parecido en que M. Lyot intervino a uno de sus enfermos en plena hemorragia y pudo ligar la arteria que sangraba. Sin embargo el mismo Soupault no era partidario de intervenciones de este género y hacía notar con justicia la estadística elevada por M. M. Terrier y Hartmann daba el 70 por ciento de muertos.

Pues, la mayor parte de los enfermos afectados de hemorragia ulcerosa, con el tratamiento médico curan en un 90 por ciento. Sin embargo, no es posible desautorizar formalmente la intervención quirúrgica en las grandes hemorragias gástricas, máxime cuando la terapéu-

tica médica se revela impotente para evitar el peligro.

En las hemorragias medianas, muchas veces por su persistencia, que agotan rápidamente al enfermo, pone a menudo en grave apuro al médico, quien a pesar de instituir una medicación intensa, ella no conjura el peligro. Y si a esto agregamos el debilitamiento del enfermo de más en más por no alimentarse, fácil es comprender que la intervención, llegada con este retardo, se vuelve francamente peligrosa, aun tratándose de un ulcus de la región pilórica, en el cual la gastroenterostomía o la pilorectomía bastan para hacer la hemostasia. Por lo tanto la primera medida a tomar en estas rebeldes hemorragias, cuyo abandono hace correr grandes peligros, será mandar operar a estos enfermos sin titubear.

En medicina y sobre todo en cirugía, dice Mathieu, conviene resignarse a correr riesgos, pues si no se hace nada, también se corre riesgo por la inacción. Conviene, pues, colocarse en un justo medio y hacer el tratamiento correspondiente.

Hay hemorragias que no se pueden detener, como ser la perforación de la arteria esplénica, que pueden concluir por la muerte en breves instantes. Sin embargo, conviene ser parcos en la intervención.

CAPITULO II

Gastralgia

Otro de los síntomas que tenemos que combatir es el dolor, cuya terapéutica racional será siempre combatir la causa del mismo y no hacer desaparecer un síntoma que no es sino el signo revelador de la enfermedad del órgano.

Muchos recursos médicos tenemos a nuestro alcance y de los cuales los alcalinos, el bismuto acompañado de un buen régimen dietético suelen aliviar los grandes dolores; pero es necesario saber que no siempre el dolor es mitigado y entonces echamos manos a recursos más enérgicos, usando el opio y la belladona.

Cuando después de una larga terapéutica médica, constantemente instituída, no se han logrado vencer las gastralgias rebeldes, consecutivas a los ulcus, el estado físico y moral de los enfermos, agotado y deprimido, los convierte en unos gastrópatas con ataque grave de

su estado general llegando algunas veces a la enajenación mental y otras, hasta el suicidio.

En consecuencia, tenemos necesidad de evitar que estos ulcerosos sigan soportando la angustia de sus terribles dolores, aconsejando la última terapéutica representada por el tratamiento esencialmente quirúrgico, consistente en una simple gastrectomía o sea la resección de la úlcera.



CAPITULO III

Las estenosis gástricas

Los ulcus gástricos en vías de regresión sufren un proceso de cicatrización que dan como consecuencia las estenosis gástricas que nos acarrear trastornos mecánicos de capital importancia.

Las estenosis cárdicas, pilóricas y estenosis mesogástricas (estómagos biloculados) son sus formas principales. Cualquiera de estas estenosis orgánicas dificultan la evacuación del estómago.

Estas lesiones consecutivas a los ulcus gástricos, son las que reclaman, por su naturaleza, como única terapéutica eficaz, la intervención quirúrgica. Esta puede ser curativa o paliativa. El tratamiento curativo radical consiste en suprimir el obstáculo existente a nivel del píloro. Si se trata de bridas, de causas extrínsecas diversas, el obstáculo puede ser sacado sin que sea necesario tocar el píloro, como sucede en las perigastritis consecutivas a ciertos ulcus. Si se trata de un tumor

o de una lesión pilórica, el tratamiento radical consiste en hacer una pilorectomía. Cuando el cirujano no pueda extirpar el obstáculo, deberá limitarse a practicar una operación paliativa que es la gastroenterostomía, gracias a la cual se abrirá a los alimentos una vía amplia y directa hacia el intestino.

CAPITULO IV

Úlcero - cáncer

He aquí una lesión úlcero-cancerosa, que una vez acusada su presencia no admite ningún otro tratamiento, sino el quirúrgico; resección la más precoz y la más amplia posible. La frecuencia de este proceso gástrico está demostrada. Los hermanos Mayo, dicen que de 69 cánceres del estómago operados, 54 por ciento de los casos eran úlcero-cáncer; y Rodman, lo afirma, que más de la mitad de los casos de cáncer se habrían desarrollado sobre un *ulcus* crónico anterior.

El úlcero-cáncer es frecuente, y se lo debe suponer en todos los casos de *ulcus* crónico, sin que tengamos a menudo el medio de afirmar su existencia: he aquí lo que importa retener y lo que basta para dirigir la conducta del médico y del cirujano.

Si tenemos un *ulcus* crónico pilórico o yuxta-pilórico, que se transforma en cáncer, después de un injerto can-

ceroso, o que el ulcus gástrico a misma localización dan síntomas, pronóstico e indicaciones que son iguales en los dos casos, el proceder consistirá en resecaer lo más pronto posible. Al extirparlo, impediremos la cancerización secundaria, si ya no es lesión epiteliomatosa. Y podrá ser impedida la extensión y la cancerización general si la lesión es ya cancerosa. M. Brechot sostiene estas ideas en un interesante trabajo.

Estamos convencidos de que la naturaleza de la lesión anátomo-patológica confirmada, no podrá establecerse, sin embargo, con certitud, si ella es un úlcero-cáncer d'emblé o es un ulcus crónico simple, posteriormente cancerizado. Esto a fin de obtener una estadística comparativa de la frecuencia de tales lesiones.

La observación continuada de los enfermos operados, podrá permitirnos juzgar los pocos peligros inmediatos de esta operación y sus resultados ulteriores. Pues los casos hasta ahora conocidos son un estímulo para la intervención quirúrgica radical. Y siempre que haya duda entre un ulcus crónico y un úlcero-cáncer pilórico, debe operarse sin dilación. No se ha podido llegar aún, sobre este particular, a una norma definitiva; pero las razones teóricas apoyan la *excresis* tan pronto como sea posible.



Conclusiones

Por lo expuesto en el curso de este trabajo, y por lo que hemos visto en nuestra práctica hospitalaria, deducimos las siguientes conclusiones:

I.—El *ulcus gástrico* debe ser sometido, desde su comienzo, a tratamiento médico dietético.

II.—Al tratamiento anterior debemos agregar, sistemáticamente, la medicación antisifilítica y si su etiología está ligada al *Bacilo de Koch*, sólo en este caso, la medicación específica o sea la *tuberculinoterapia*.

III.—Consideramos de capital importancia, para el éxito del tratamiento médico que al reposo del órgano se asocie el reposo general: la *clínoterapia*.

IV.—La inmensa mayoría de las *gastrorragias* por *ulcus*, se dominan con el tratamiento médico adecuado, arrojando las estadísticas médicas el 90 por ciento de curaciones bajo la influencia de este tratamiento.

V.—El tratamiento quirúrgico está indicado por el fracaso del tratamiento médico racionalmente aplicado.

VI.—Las estenosis gástricas consecutivas al úlcus, el úlcero-cáncer, constituyen indicaciones formales, imperativas, de intervención quirúrgica.



Observaciones clínicas



HOSPITAL DE CLINICAS

Sala 8.—Prof. Dr. Ignacio Allende

Marco Larraga, 35 años, español, soltero, hombreador de bolsas, 13-4-1918.

Enfermedad actual. — Comenzó hace tres años con sensación de peso y ardor después de las comidas; sensaciones que degeneraban en dolor a las dos horas de la ingestión de alimentos.

Dicho dolor, que se irradiaba desde la región epigástrica en sentido ántero-posterior, era muy intenso. En ocasiones sus sufrimientos eran tan grandes, que debía aliviarse provocando el vómito mediante el cual arrojaba alimentos y líquido ácido.

Cuando no provocaba el vómito solo, se aliviaba ingiriendo alimentos. Simultáneamente a estos trastornos se quejaba de constipación pertinaz y disminución de peso.

Después de cuatro meses, pasan silenciosamente sus fenómenos gástricos, acusando a veces ligera pesadez epigástrica y algunos eructos ácidos, hasta Enero del

corriente año, en que aparecen nuevamente los dolores intensos, una o dos horas después de las comidas que irradiaban de delante hacia atrás y que se calmaban como en los comienzos de su afección, espontáneamente, o una vez que se provocaba el vómito compuesto de alimentos y líquido ácido. Apetito exagerado, constipación, deposiciones normales.

Antecedentes personales. — Sarampión en la infancia, congestión pulmonar a los diez y ocho años. En 1918 tuvo un chancero no seguido de adenopatía; duró dos meses y no fué seguido de manifestaciones secundarias. Hace cinco años una blenorragia tratada irregularmente, seguida de orquiepididimitis derecha. Hace cuatro años era muy bebedor, moderándose posteriormente. Buen fumador.

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos; siete hermanos sanos, dos fallecidos en la primera infancia.

Estado actual. — *Actitud o decúbito.*—Indiferente.

Facies.—Expresiva.

Estado de nutrición.—Regular. Regular panículo adiposo.

Ssitema muscular.—Fuerza y tonismo normal.

Esqueleto.—Bien constituido.

Ojos.—Pupilas iguales, motilidad ocular normal.

Boca y faringe.—Nada de particular.

Nariz y oídos.—Respira bien, oye bien.

Examen del cuello.—Cuello largo, no hay pulso venoso visible. No se palpan ganglios.

Análisis de sangre

13-4-918

Glóbulos rojos.—4.020.000.

Glóbulos blancos.—7.000

Relación globular.—1 x 574.

Hemoglobina.—75.

Polinucleares neutrófilos.—85 %.

Eosinófilos.—0,33 %.

Linfocitos.—13 %.

Transición.—1,66 %.

Investigación bacterioscópica

Glóbulos rojos.—Normales.

Reacción de Wassermann

15-4-918

*Negativa.**

<i>Análisis de orina.—</i>	13-4-918
<i>Volúmen remitido.—70</i>	Residuo sólido 39.61.
<i>Aspecto.—Turbio.</i>	Cloruros 2.20.
<i>Color.—Amarillo.</i>	Fosfatos 2.80.
<i>Consistencia.—Fluída.</i>	Diazo.—Negativa.
<i>Espuma.—Blanca.</i>	—
<i>Sedimento.—Escaso.</i>	Pocas células planas.
<i>Densidad.—15° 1017.</i>	Escasos Leucocitos.
<i>Reacción.—Acida.</i>	Pocos uratos ácidos.

Análisis de sangre

6-5-1918

Polinucleares neutrófilos	74 %.
Eosinófilos	1 %.
Mononucleares	1 %.
Linfocitos	22.33 %.
Transición	1.66 %.

Evolución.—El 28 de Abril presenta síntoma de anemia aguda; tuvo una hematemesis de 1½ litro de sangre roja con coágulos negruzcos y melena al otro día. (Weber).

Día 22.—Los síntomas de anemia, poco a poco se atenúan, el pulso es menos frecuente, la tensión aumenta, pero persiste la palidez de la piel y mucosa.

Intensa sed.

Día 25.—Las deposiciones son todavía negruzcas con sangre oscura. Weber, positiva. Aparece una parotiditis derecha.

Mayo 2.—Pulso 71; tuvo dos deposiciones negruzcas con sangre oscura. Meteorismo. Interposición de asas intestinales por delante de la matitez hepática que persiste todavía en su parte superior. Facies y estado general bueno. Se coloca una sonda rectal.

Mayo 3.—El meteorismo ha desaparecido. No se da leche.

Examen radioscópico.—Sombra triangular por debajo la cámara de aire que se sostiene hasta el fin de la exploración. Gastroptosis y ligera gastroectasia. Porción vertical transparente sobre la zona opaca superior subyacente a la cámara de aire. Peristaltismo conservado. Función evacuadora normal.

Tonismo exagerado.

Diagnóstico.—Úlcera del estómago.

Tratamiento.—Reposo absoluto en cama, bolsa de hielo permanente en el epigastrio. Ayuno. Hipodermocelisis. Suero normal de caballo. Cianuro de mercurio endovenoso. Se retorna a la alimentación por vía bucal, días después, administrándosele leche terciada con una solución bicarbonatada.

No se repiten las hematemesis ni las melenas.

HOSPITAL DE CLINICAS

Sala 8. — Prof. Dr. Ignacio Allende

Francisco Hidalgo, 26 años, español, soltero, mozo de café. 21-IV-918.

Enfermedad actual. — Manifiesta el enfermo, que su afección data de dos años atrás; trabajando en el campo y sometido a una alimentación excesiva en grasas, picantes, etc., tuvo dolor en la región epigástrica, fuerte diarrea, pérdida de fuerzas y postración general. Este primer accidente, pesó siguiendo más o menos bien casi un año, en que comenzó a sentir con más intensidad el dolor en la región epigástrica; se exacerbaba a veces inmediatamente después de comer, otras horas más tarde. Continuó así con intervalos de bienestar cada vez más cortos, por espacio de un año sin someterse a ningún tratamiento y siguiendo el mismo régimen de vida. Sus digestiones eran laboriosas, tuvo náuseas y vómitos alimenticios con exacerbación de su dolor epigástrico. Ha perdido 6 a 7 kilogramos de peso.

Hace dos días su crisis dolorosa epigástrica termina con una hematemesis abundante, causa que lo obliga a internarse en este servicio hospitalario.

Antecedentes personales. — Sarampión en su infancia. Hace siete u ocho años un chanero único, que tardó muchos días en curarse, que no fué seguido de adenitis inguinal supurada. Regular fumador; discreto bebedor.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Estado actual. — Sujeto en decúbito dorsal, de facies pálida, demacrada. Escaso tejido adiposo. Ligera adenopatía supraclavicular, carotídea, axilar e inguinal. Piel blanca muy pálida. Pupilas algo dilatadas, regulares, iguales, reaccionando bien a la luz y a la acomodación. Mucosas conjuntivales y bucales muy pálidas. Lengua ancha y saburral.

Aparato circulatorio. — Pulso regular, igual, poco tenso, taquicárdico 110'. Matitez cardíaca y aórtica de área normal. Tonos puros en todos los focos.

Aparato respiratorio. — Normal.

Aparato digestivo. — Dado el accidente que lo hace ingresar al servicio y habiéndose repetido la hematemesis a los tres días de su estada, no se explora este aparato.

Sospechándose por los antecedentes personales referentes a su enfermedad actual una *úlcera gástrica*, se instituye el tratamiento adecuado.

Reposo absoluto en cama. Bolsa de hielo permanente

en la región epigástrica. Ayuno. Hipodermocclisis. Suero normal de caballo. Cianuro de mercurio endovenoso.

Junio 1.º—El enfermo ha continuado muy bien y se resuelve limitar la exploración gástrica a un examen radioscópico que da: Estómago a izquierda en su totalidad. Regular cámara de aire. Perisistólica normal. Peristaltismo exagerado con replección perfecta del *caput* duodenal.

El enfermo solicita el alta sin haber experimentado ninguna perturbación funcional durante su permanencia en el servicio.

Observación personal del Prof. Dr. José Destéfano

(Resumida)

P. S., 43 años, comerciante, soltero, español, domiciliado en la ciudad de Corrientes. En Marzo de 1916 es sometido por el doctor Destéfano a un tratamiento específico intenso (cianuro de mercurio endovenoso y lipiodol a altas dosis), a causa de una radiculitis lumbosacra y endarteritis obliterante de la tibial anterior derecha con fenómenos de asfixia local del pie derecho.

En Agosto del mismo año consulta por dolores intensos en el epigastrio aumentados por la ingestión de alimentos; vómitos alimenticios y algunos en ayunas con residuos alimenticios visibles. Se extrae jugo gástrico después de la ingestión del almuerzo de prueba de Ewald. El sondaje en ayunas reveló la existencia de 60 cent. de líquido residual.

El análisis de jugo gástrico fué el siguiente:

$$T = 0.423 \quad H = 0.059 \quad A = 0.284$$

$$F = 0.169 \quad C = 0.195 \quad H + C = 0.254$$

$$\frac{T}{F} = 2.50 \quad \frac{A-H}{C} = \infty = 1.15$$

La cantidad de jugo gástrico extraído era de 350 ctm.³

El examen radioscópico demostró la existencia de restos bismutados a las 6 horas de la ingestión de una poción gomosa con 40 grs. de subnitrito de bismuto. La forma y posición del estómago normal; líquido de hipersecreción por encima de la suspensión opaca; peristaltismo exagerado; evacuación gástrica retardada.

Se diagnostica úlcera de estómago con hipersecreción y retardo de la evacuación por espasmo pilórico.

El tratamiento dietético y medicamentos (20 gramos de subnitrito de bismuto diarios y tintura de belladona a dosis progresivas), fué completado con una nueva serie de inyecciones endovenosas de cianuro de mercurio y simultáneamente Lipiodol por vía intramuscular.

El enfermo, visto repetidas veces, la última hace pocos días, ha seguido muy bien sin haber experimentado en estos dos últimos años sintomatología gástrica alguna.



Bibliografia

- Mathieu y Roux.* — Patologie gastrointestinale.
- Ricard.* — Sur la gastro-enterostomia.
- Moynihan.* — Resultats de 282 opérations pour lésions non malignes de l'estomac et ces principales complications. Indications, contre-indications et resultats éloignés.
- Parmentier et Denécheau.* — La dispepsie des ulcères gastriques opérés et son traitement.
- G. Lion.* — Le sous-nitrate de bismuth dans le traitement des affections de l'estomac (Soc. Med. des Hôp. de Paris, 2 Avril 1900.)
- Dieulafoy.* — Manuel de Pathologie.
- F. Duplant.* — De la pretendue transformation de l'ulcère rond en cancer. (These de Lion 1898.)
- Ruénú.* — Ulceres de l'estomac hemorragiques et gastro-enterostomia.
- Tuffier.* — Valeur de la gastro-enterostomie dans les hemorragies gastriques par ulcère simple.
- Ricard.* — Sur la gastro-enterostomia.

- Fidel Fernández Martínez.* — Lecciones de Patología gastrointestinal.
- Ch. Moreau.* — De suites de la gastro-enterostomie pratiquée pour stenose non cancéreuse du pylore.
- Surmont et Dubus.* — Recherches experimentales sur le mode d'action du pansement au bismuth dans affections de l'estomac.
- Gauthier e Rivière.* — Traitement de certaines formes de l'ulcère simple de l'estomac par l'exérèse.
- Donkin.* — Traitement de l'ulcère estomacal.
- G. Hayem.* — La medication saline (*Journ. des Praticiens*, 16 Sept. 1911, p. 578).
- M. Binet.* — Les alcalins.
- Bouchard.* — Traité de Pathologie General.
- Mathieu y Roux.* — L'inanition chez les dyspeptiques et les nerveux.
- Tournier.* — These de Lion, 1897, 98.
- Linossier.* — Traitement d l'ulcère simple de l'estomac (Rapport au Congrès Français de Med. 9.^e sesion. Paris, 1907).
- Soupault.* — Traité des maladies de l'estomac.
- J. Ch. Roux.* — Des lavements alimentaires.
- Cruveilhier.* — Sur l'ulcère chronique de l'estomac.
- Bensaude et Agasse-Lafont.* — Les intoxications par le sous-nitrate de bismuth administré á l'interieur. (*Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutr.* Janvier 1909).
-

Buenos Aires, Junio 15 de 1918

Nómbrese al señor Consejero Dr. Ignacio Allende, al profesor titular Dr. Pedro Lacaveray y al profesor suplente Dr. Juan R. Goyena para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.

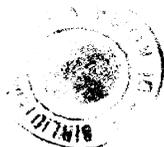
J. A. Gabastou.

Buenos Aires. Junio 28 de 1918

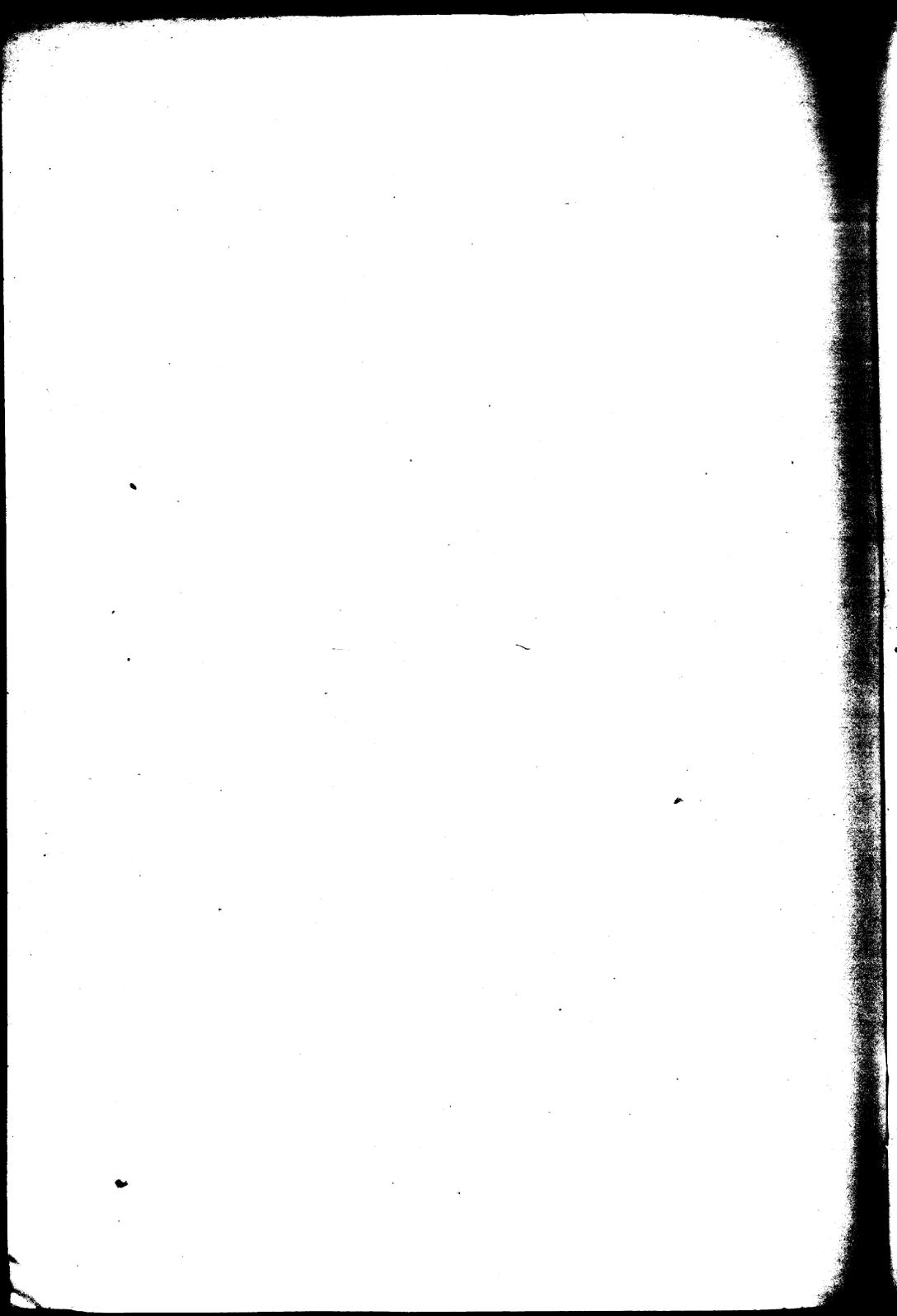
Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3458 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.



30708



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Perturbaciones digestivas consecutivas a la gastroenterostomía por ulcus.

Ignacio Allende.

II

En el ulcus gástrico sífilítico debe hacerse el tratamiento anti-sifilítico exclusivo?

Pedro Lacavera.

III

El síndrome y tratamiento de la úlcera de la pequeña curvadura.

Juan R. Goyena.



