



N.º 2803

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS

ÚLCERA SIMPLE DEL INTESTINO DELGADO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUIS GILBERTO GISMONDI

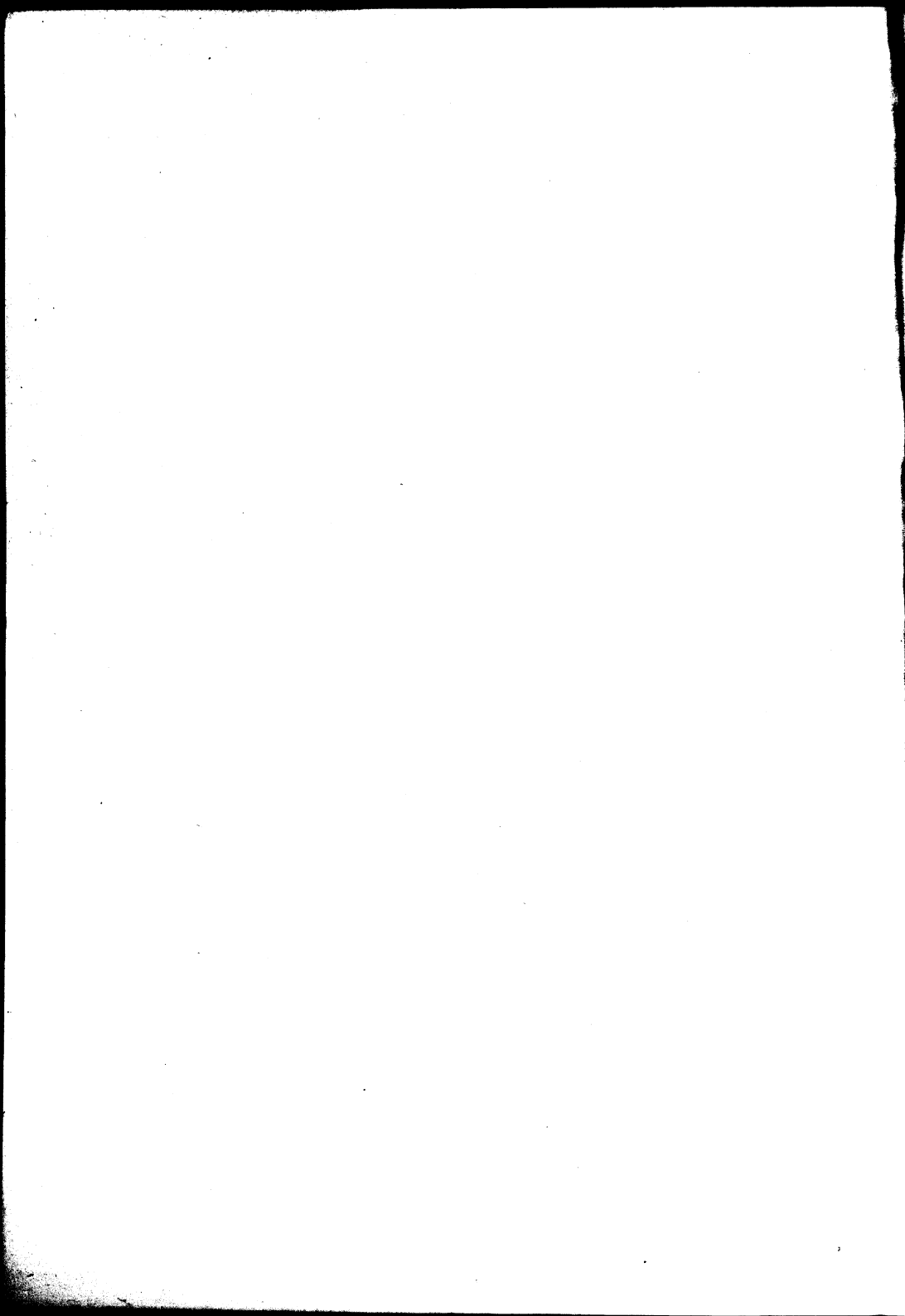
Ex-practicante menor externo del Hospital San Roque
Ex-practicante menor interno honorario, por concurso, del Hospital Teodoro Alvarez
Ex-practicante agregado al Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Clínicas
Ex-practicante mayor rentado por concurso, del Hospital Rawson



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
845 — Junín — 863
1914

ÚLCERA SIMPLE DEL INTESTINO DELGADO



Año 1914

N.º 2803

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS

ÚLCERA SIMPLE DEL INTESTINO DELGADO

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUIS GILBERTO GISMONDI

Ex-practicante menor externo del Hospital San Roque

Ex-practicante menor interno honorario, por concurso, del Hospital Teodoro Alvarez

Ex-practicante agregado al Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Clínicas

Ex-practicante mayor rentado por concurso, del Hospital Rawson



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

845 — Junín — 863

1914

*Man
G.
H.A.*

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vice-Presidente

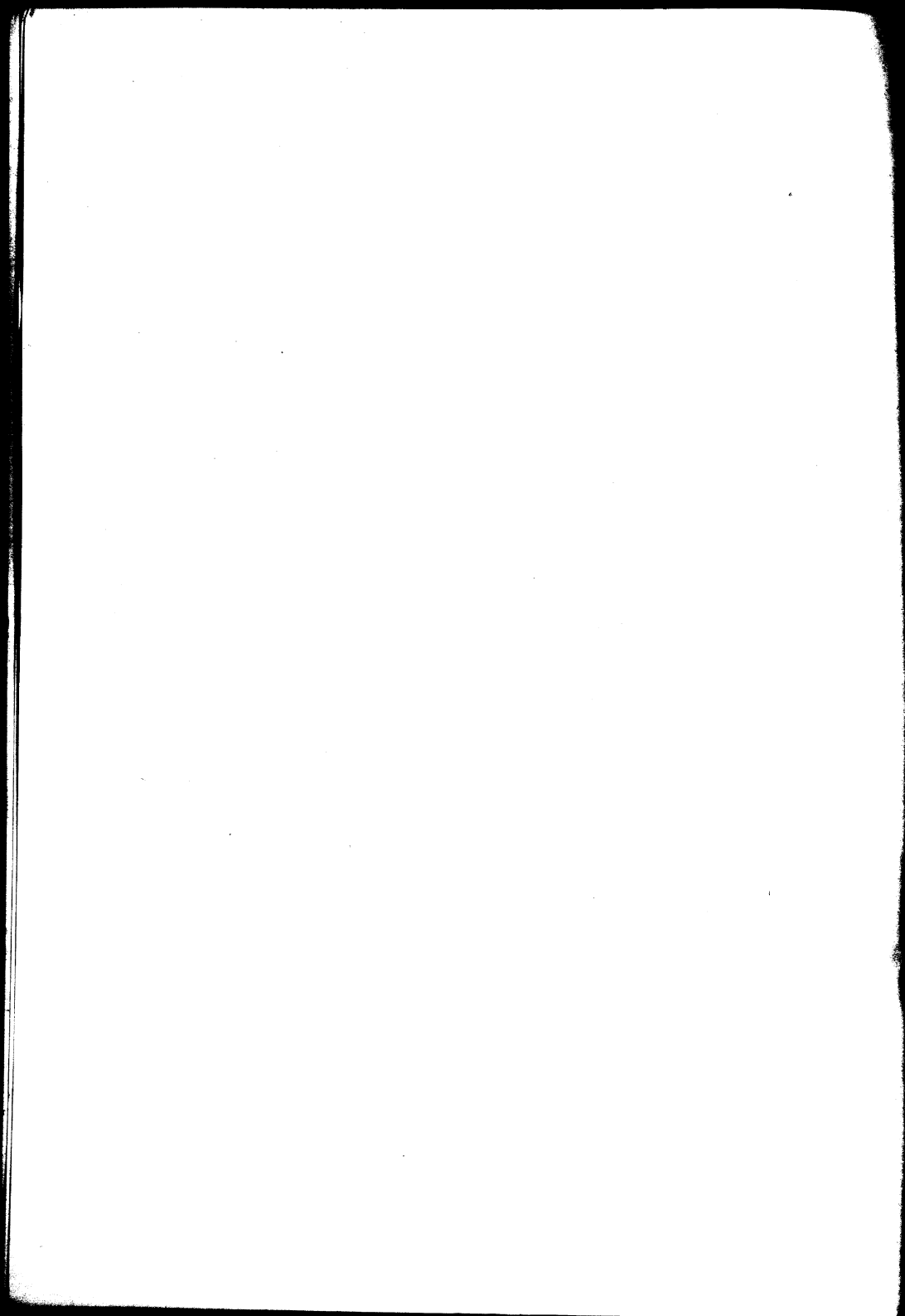
DR. D. LUIS GÜEMES

Miembros titulares

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

Secretarios

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

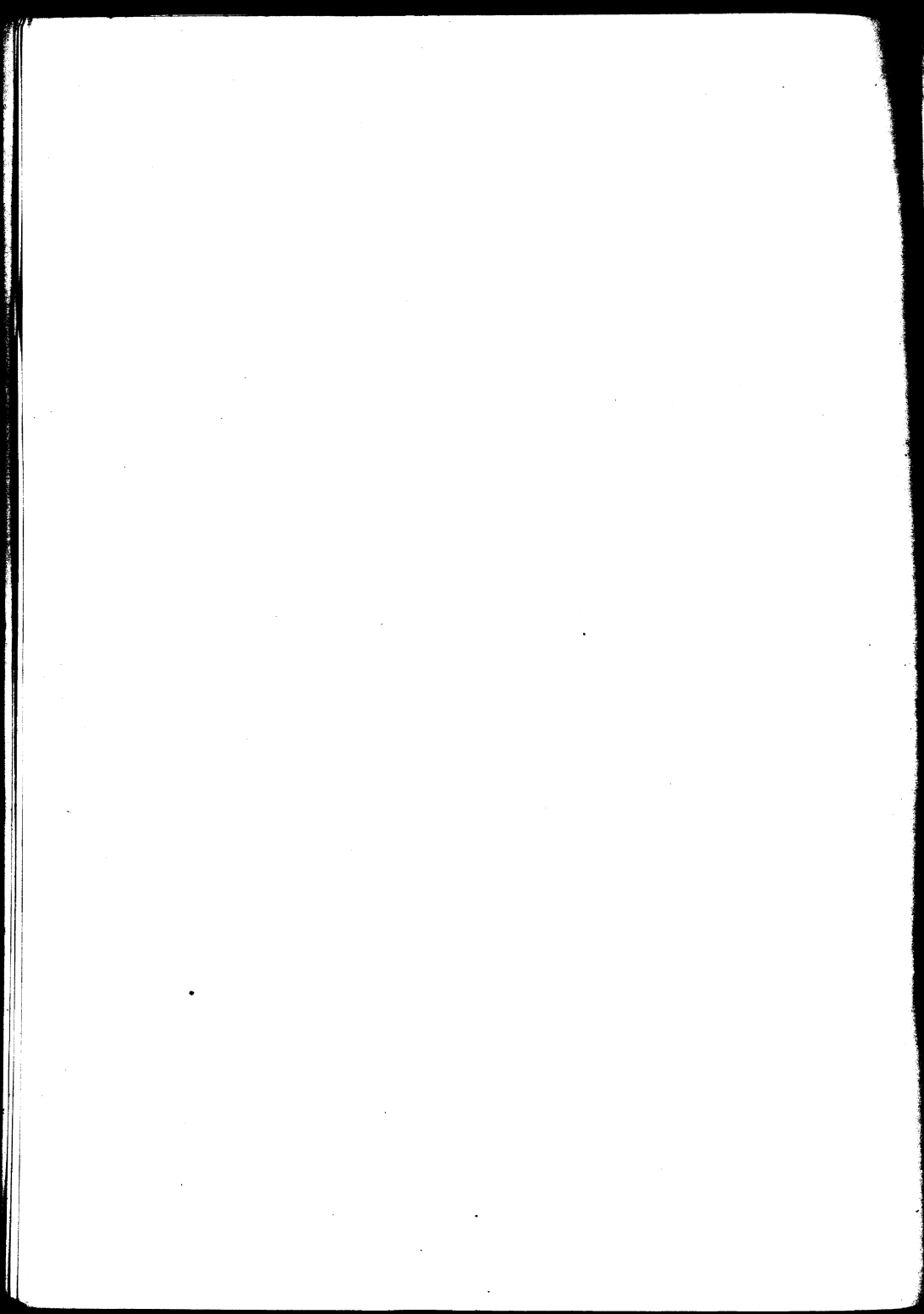


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice Decano

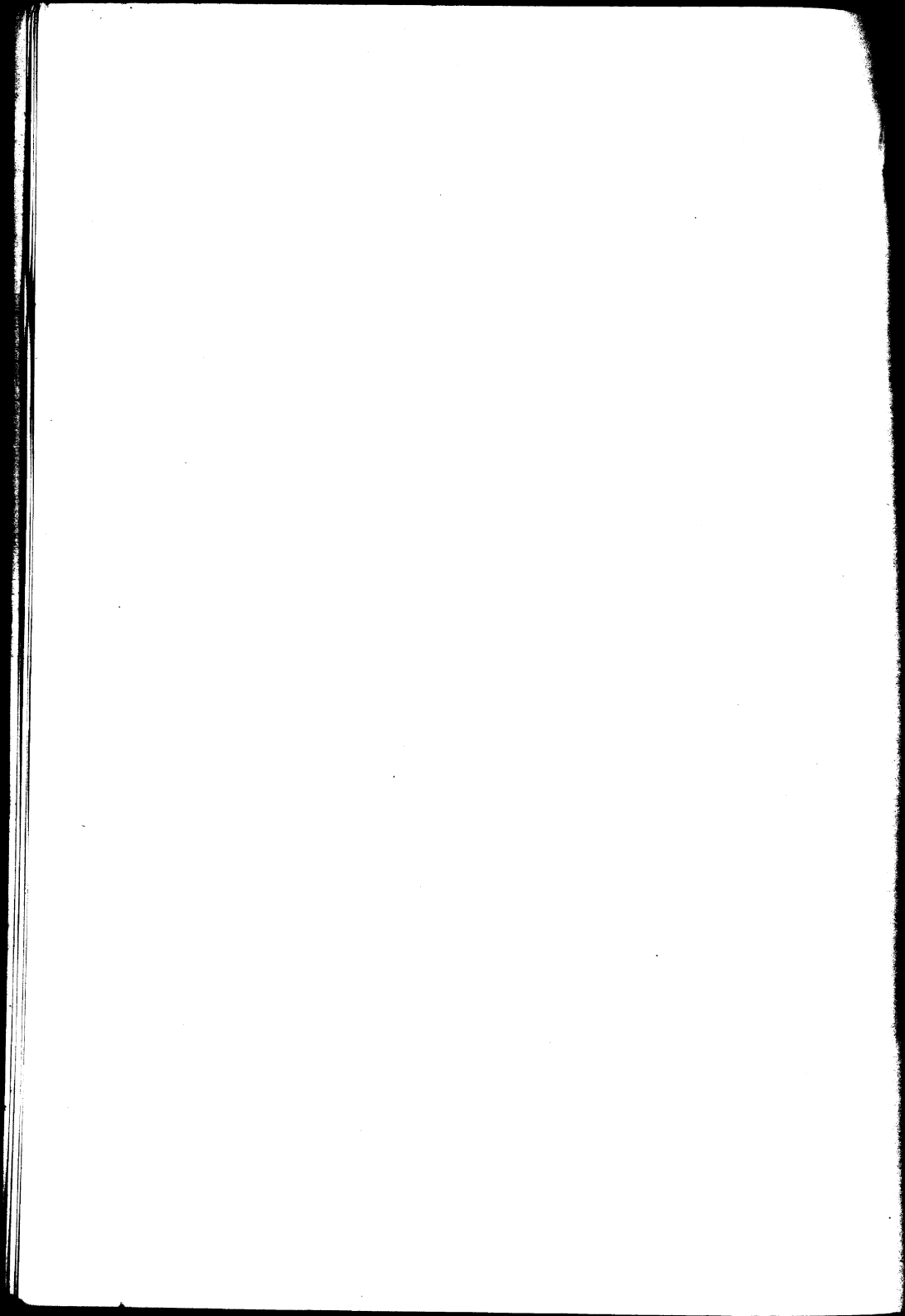
DR. D. EDUARDO OBEJERO

Consejeros

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

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» J. T. BACA

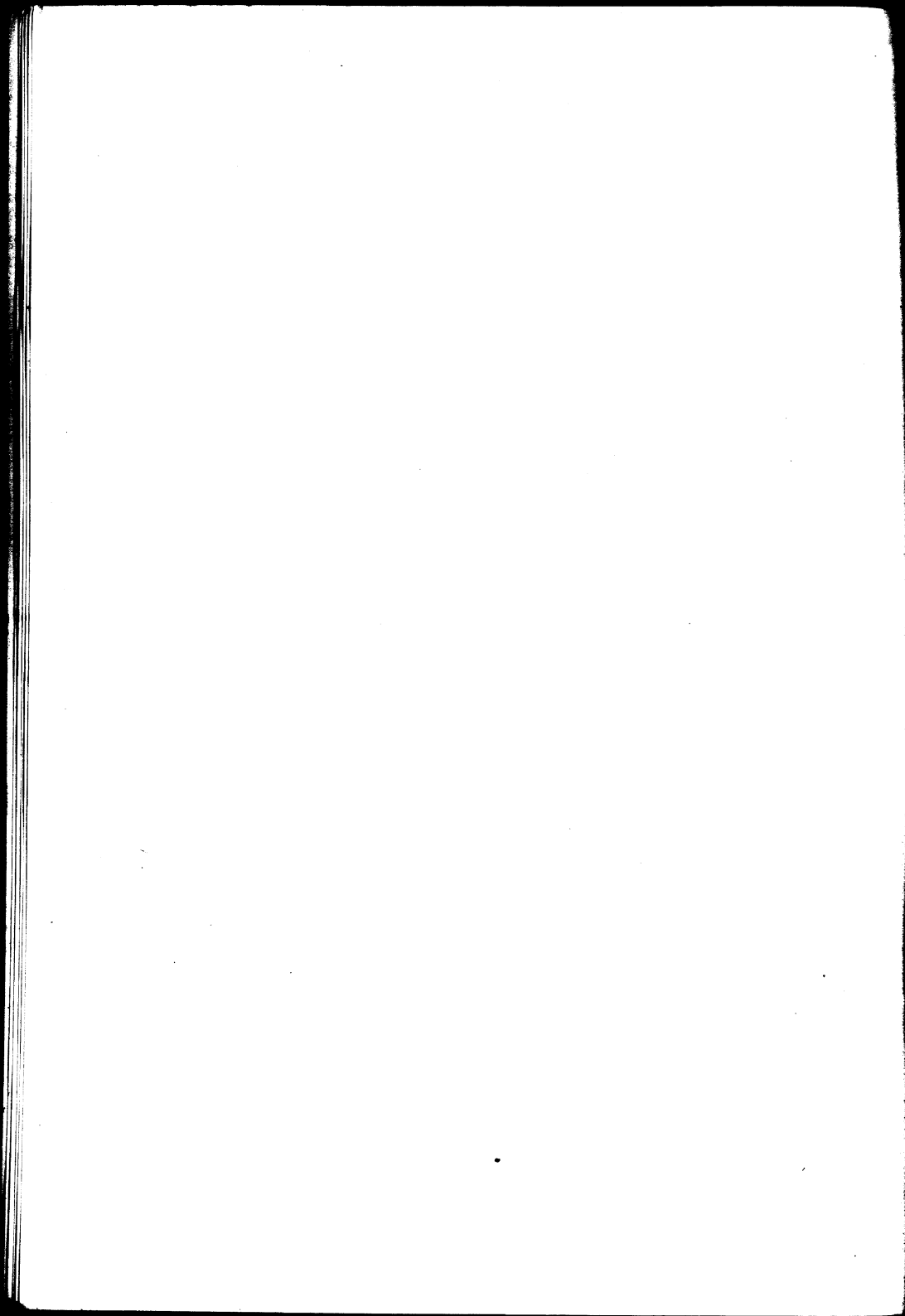
» J. Z. ARCE

» P. N. ARATA

» F. DE VEYGA

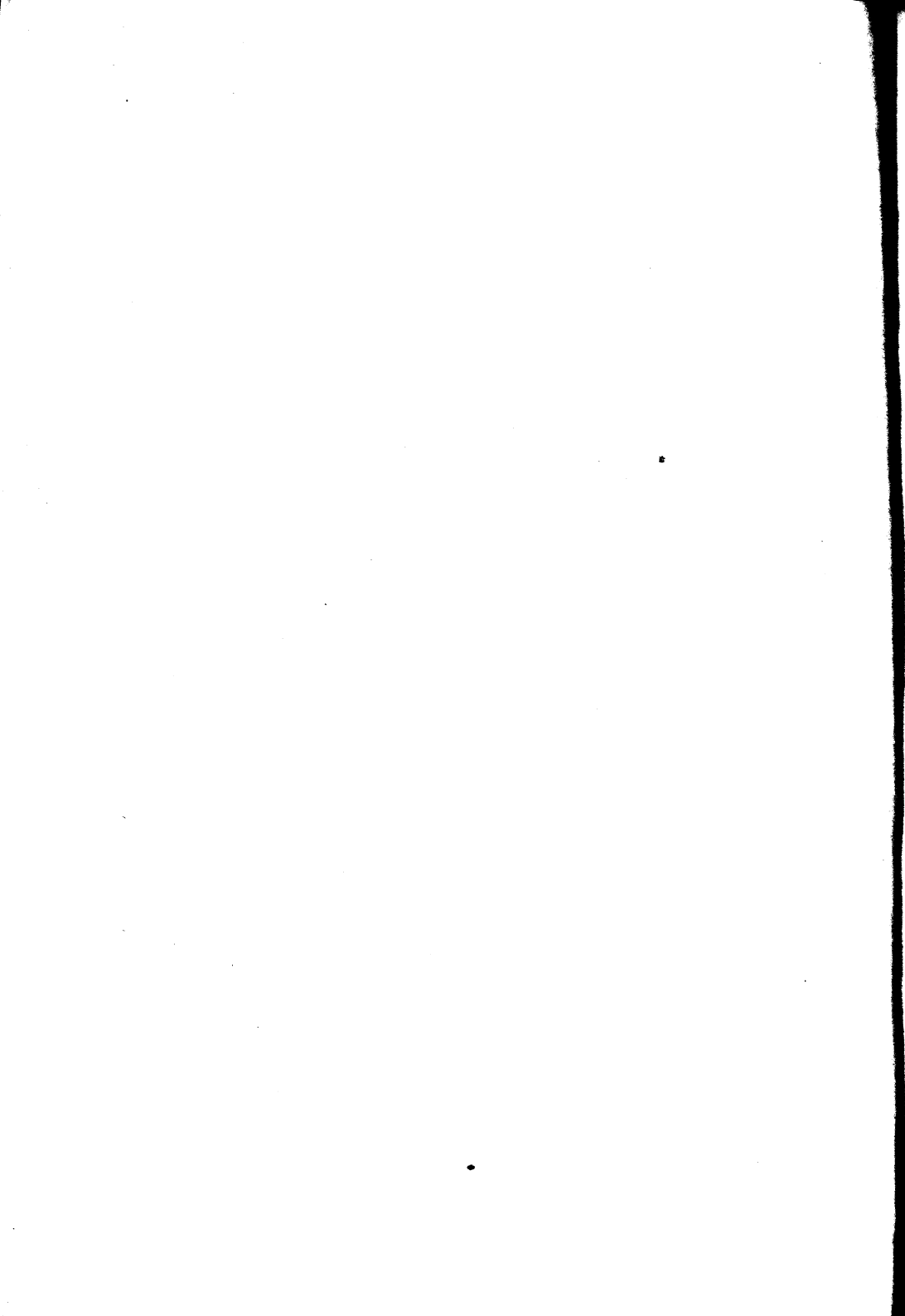
» ELISEO CANTÓN

» J. M. RAMOS MEJÍA



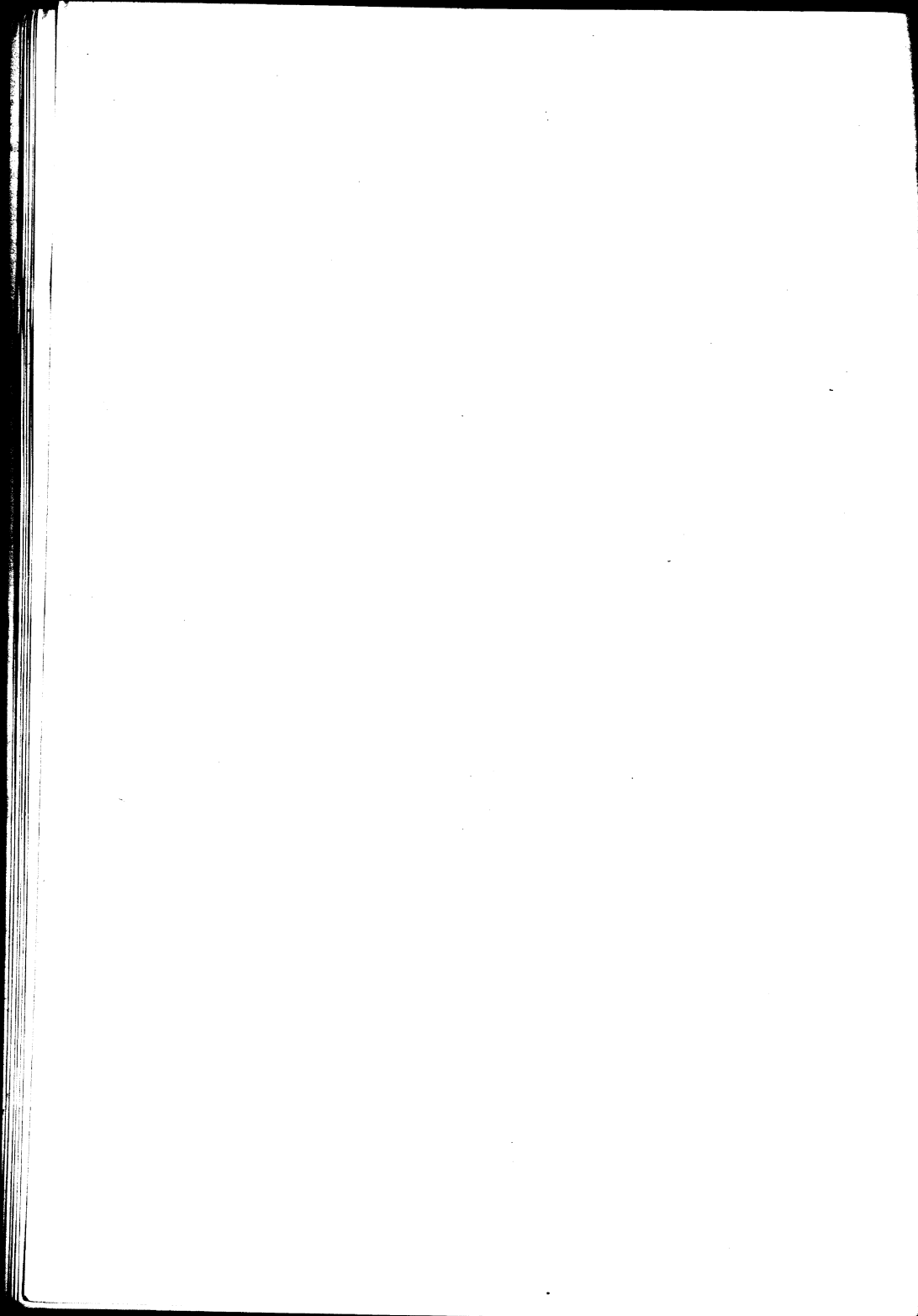
ESCUELA DE MEDICINA

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



PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
	» JOSÉ A. ESTEVES
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
» Psiquiátrica.....	» JOSÉ T. BORDA

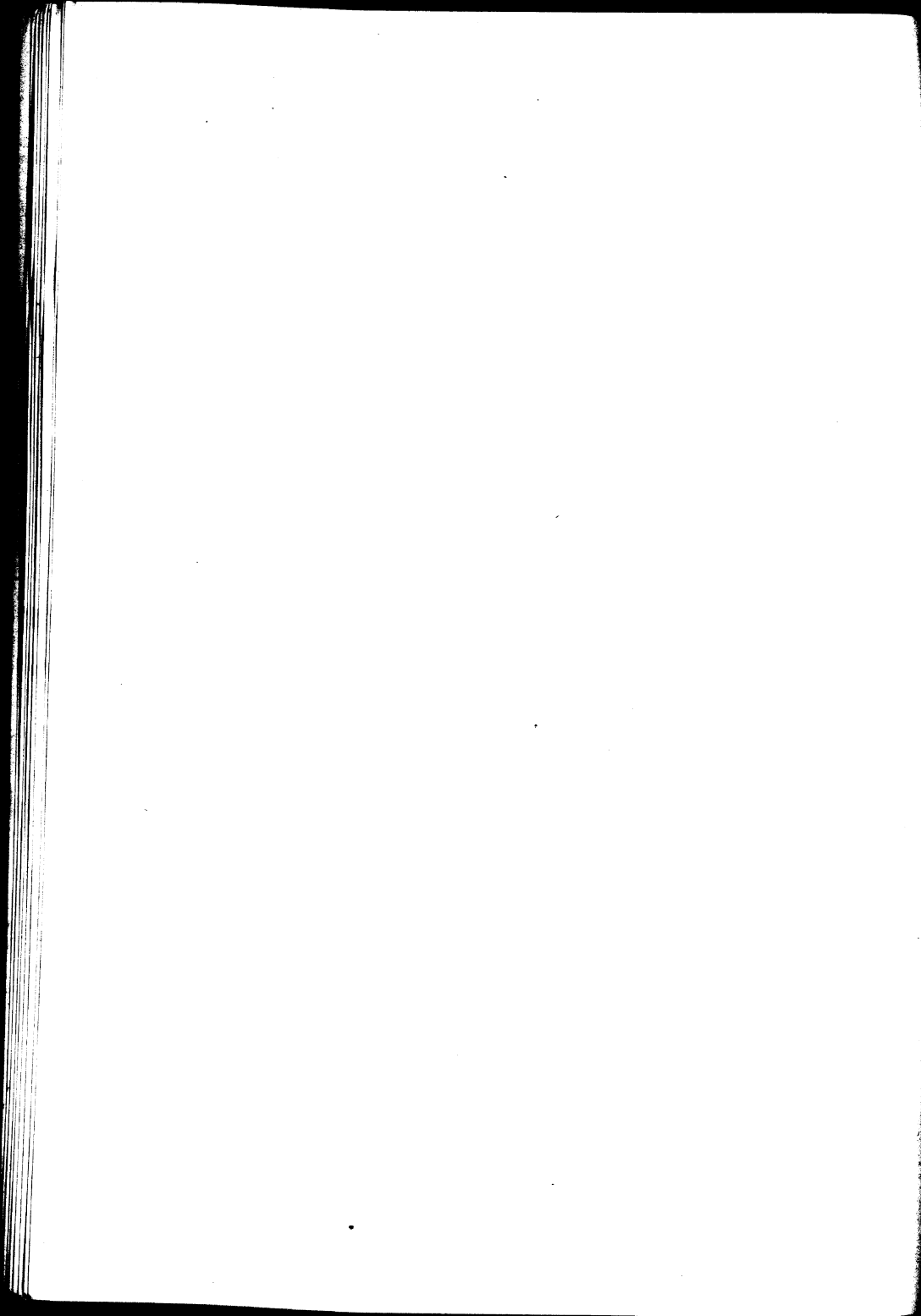


ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Catedráticos sustitutos

Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ
Fisiología general y humana..	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica.....	» FELIPE JUSTO
Semiología	» MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica	» ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapia....	» CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Patología externa	» JOSÉ MORENO
Clínica Dermat. ^a Sifilográfica..	» PEDRO CHUTRO
» Génito-urinaria.....	» CARLOS ROBERTSON
Clínica Epidemiológica.....	» NICOLÁS V. GRECO
Patología interna.....	» PEDRO L. BALIÑA
Clínica Oftalmológica.....	» BERNARDINO MARAINI
» oto-rino-laringológica..	» JOAQUÍN NIN POSADAS
» Quirúrgica.....	» FERNANDO R. TORRES
» Médica.....	» PEDRO LABAQUI
» Pediátrica.....	» LEÓNIDAS JORGE FACIO
» Ginecológica.....	» ENRIQUE DEMARÍA
» Obstétrica.....	» ADOLFO NOCETI
Medicina Legal.....	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
	» ARMANDO MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO MORSALINE
	» RAFAEL BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» M. R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZALEZ
	» JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	» JOAQUIN V. GNECCO

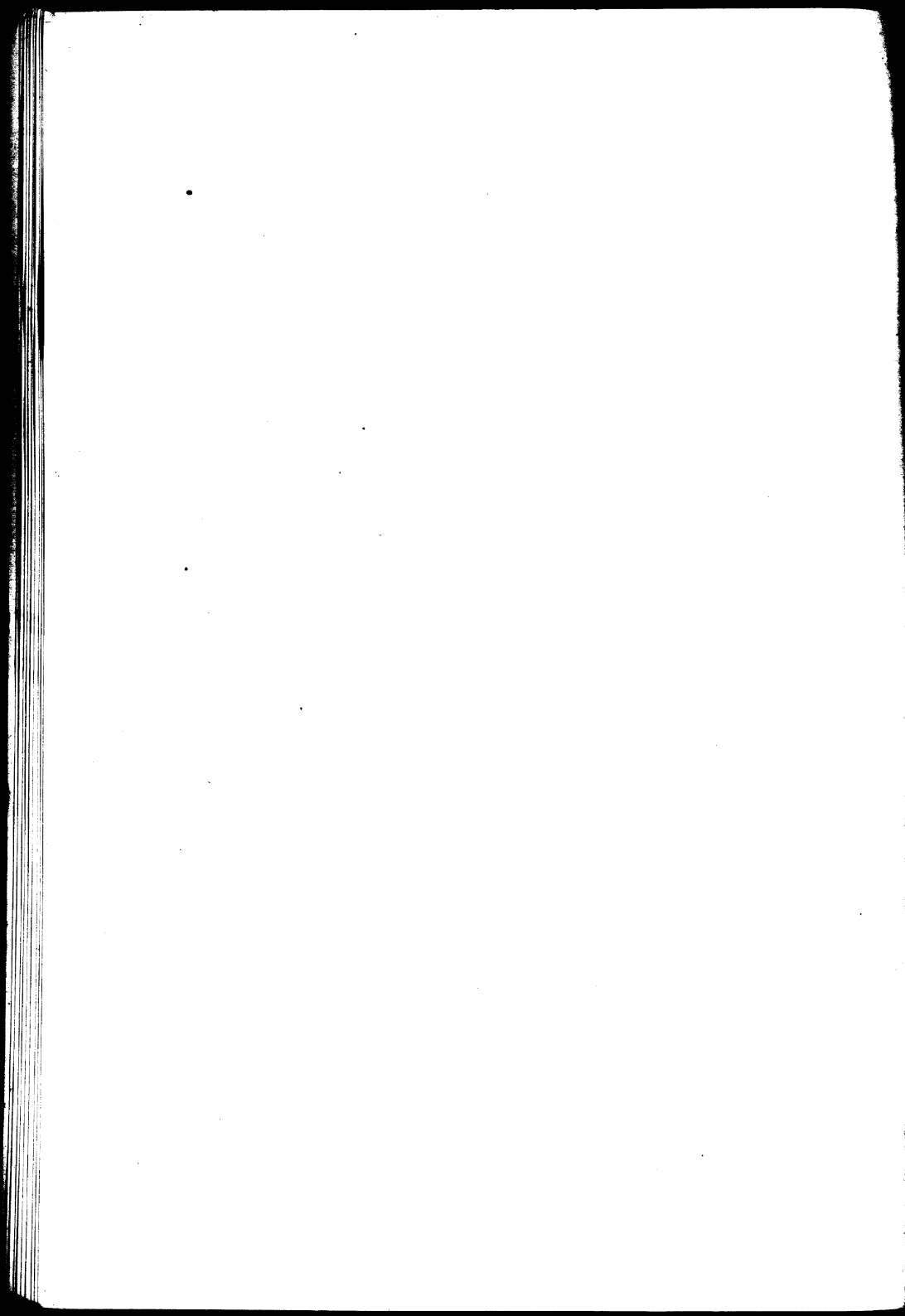


ESCUELA DE FARMACIA

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

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	{ » PASCUAL CORTI » RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas ..	
Física farmacéutica.....	DR. OSCAR MIALOCK
Química orgánica	» TOMÁS J. RUMÍ
Química analítica.....	» PEDRO J. MÉSIGOS
Química inorgánica.....	» JUAN A. SÁNCHEZ
	» ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

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

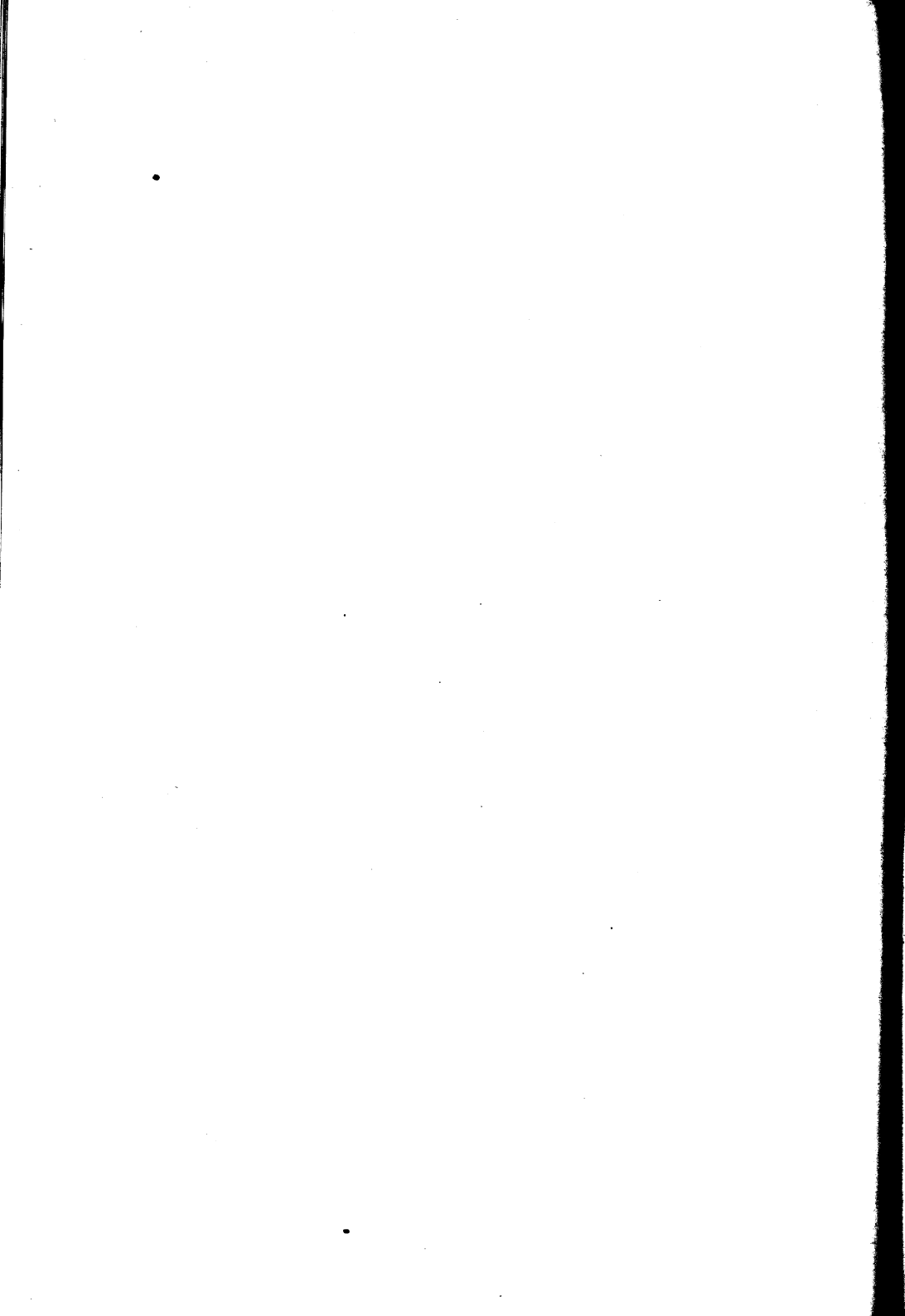
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	{ DR. UBALDO FERNANDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	
	» J. C. LLAMES MASSINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º año.....	» LEON PEREYRA
3er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO GUARDO

Asignaturas: Catedrático sustituto

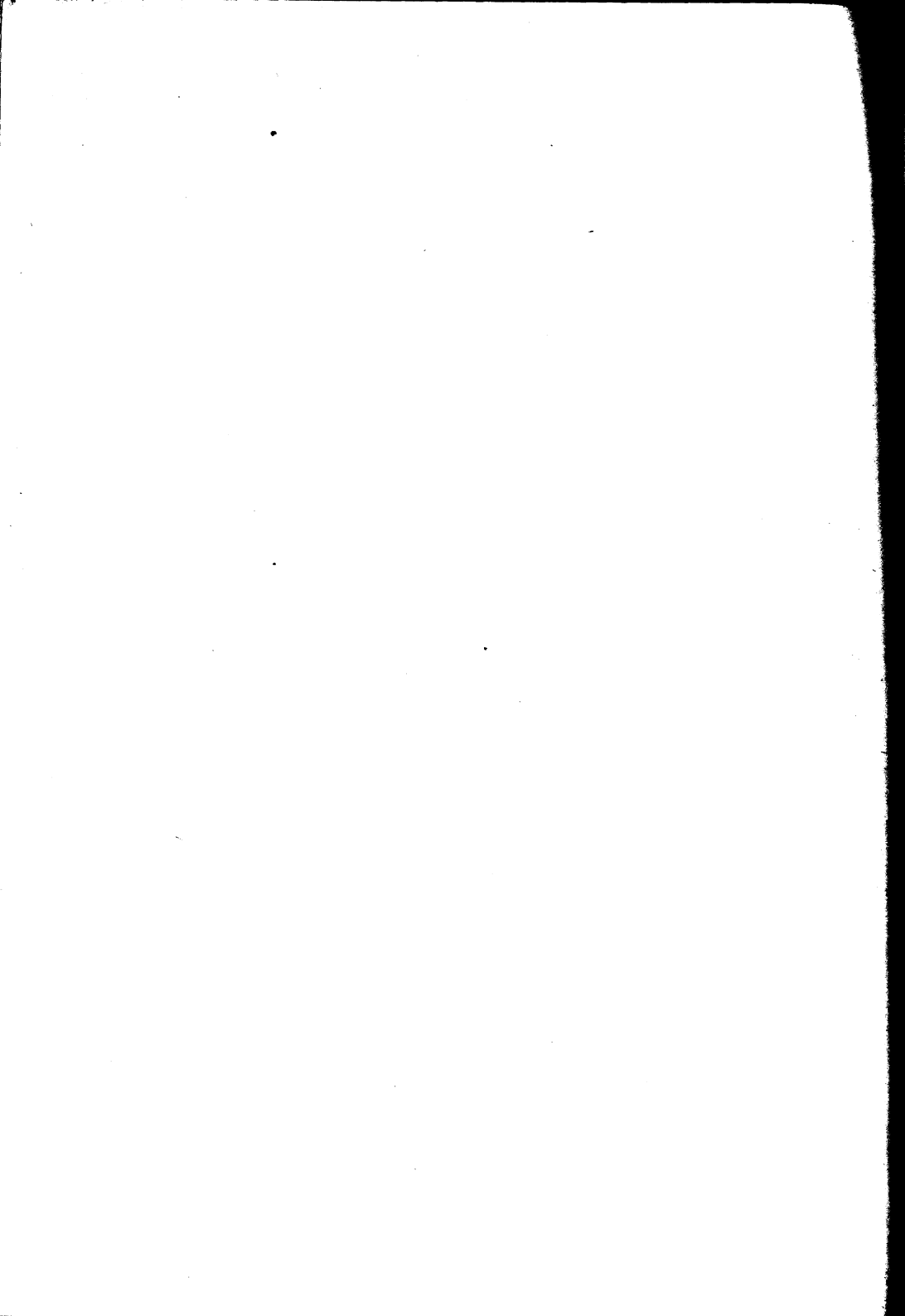
DR. ALEJANDRO CABANNE



PADRINO DE TESIS

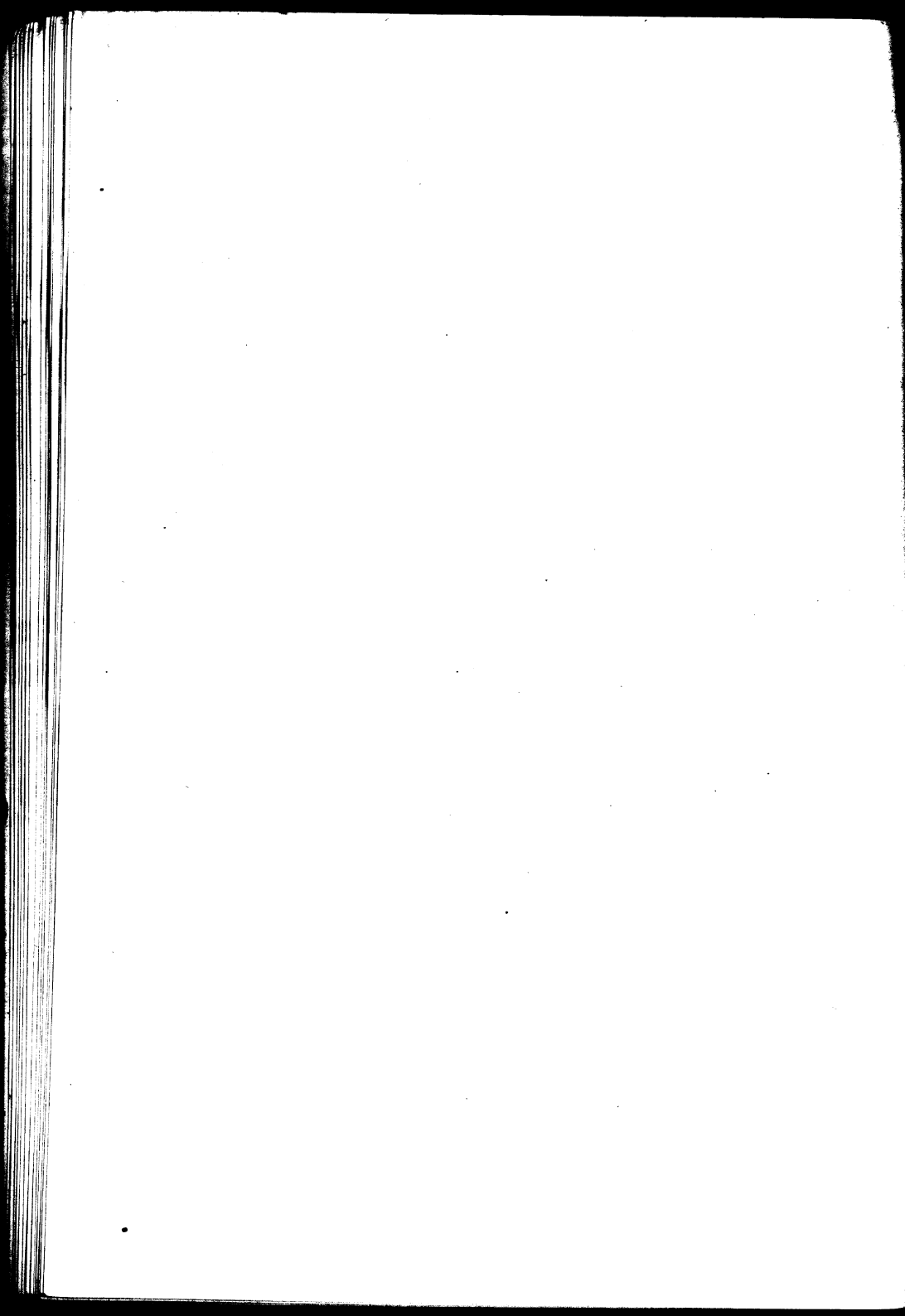
DOCTOR ENRIQUE FINOCHIETTO

Cirujano del Hospital Rawson



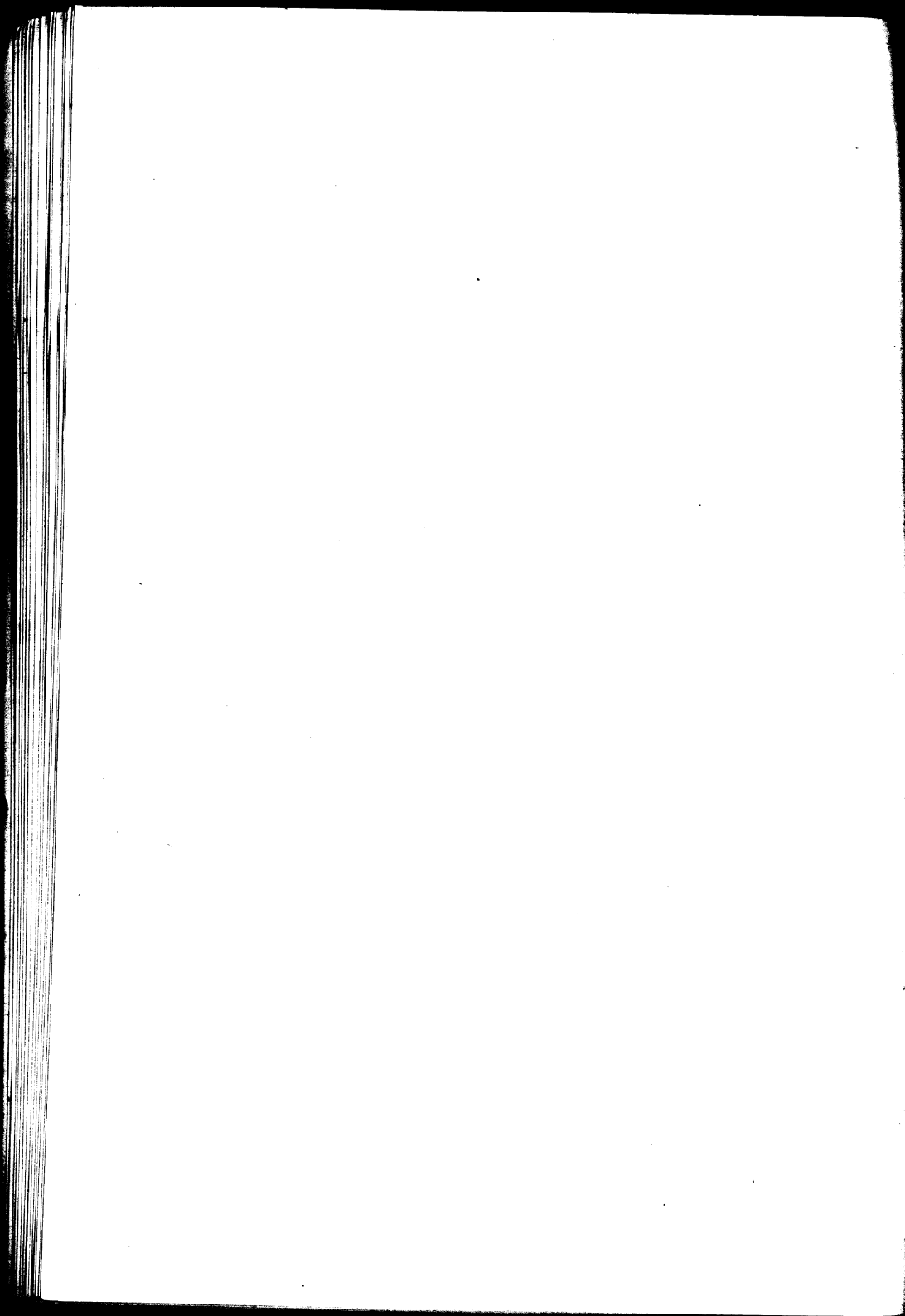
A MIS CARINOSOS PADRES

A MIS HERMANOS



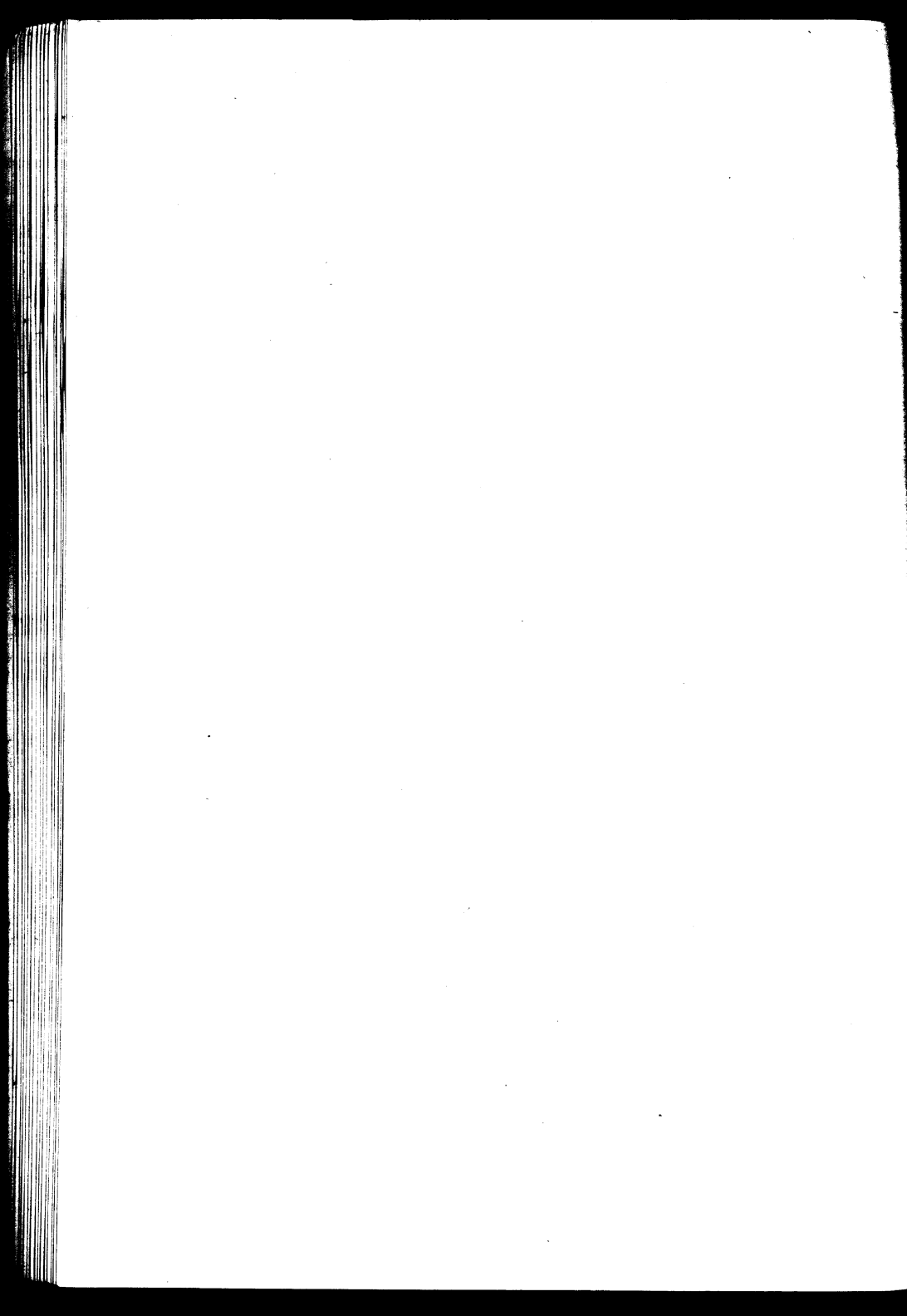
A MI ABUELA

SEÑORA MARCELINA D. DE D'HERS



A MI NOVIA

SEÑORITA EMMA ROSA VIERA



A MI TIO

SEÑOR EVARISTO A. GISMONDI

A MI TIO

SEÑOR FRANCISCO F. D'HERS

A MI EX-CONDISCÍPULO JUAN CARLOS GONZALEZ

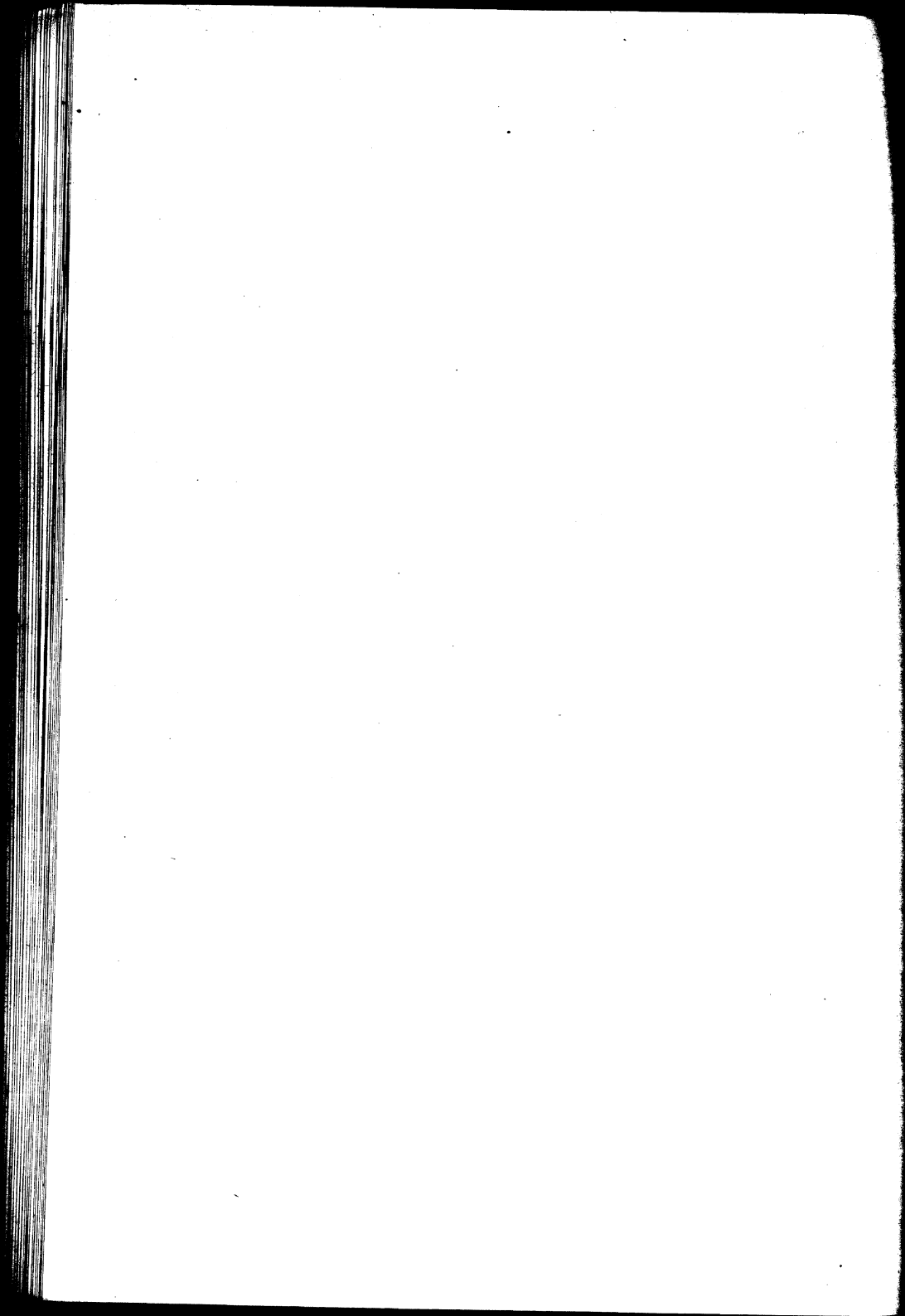
IN MEMORIAM

A MIS MAESTROS Y JEFES EN LOS HOSPITALES

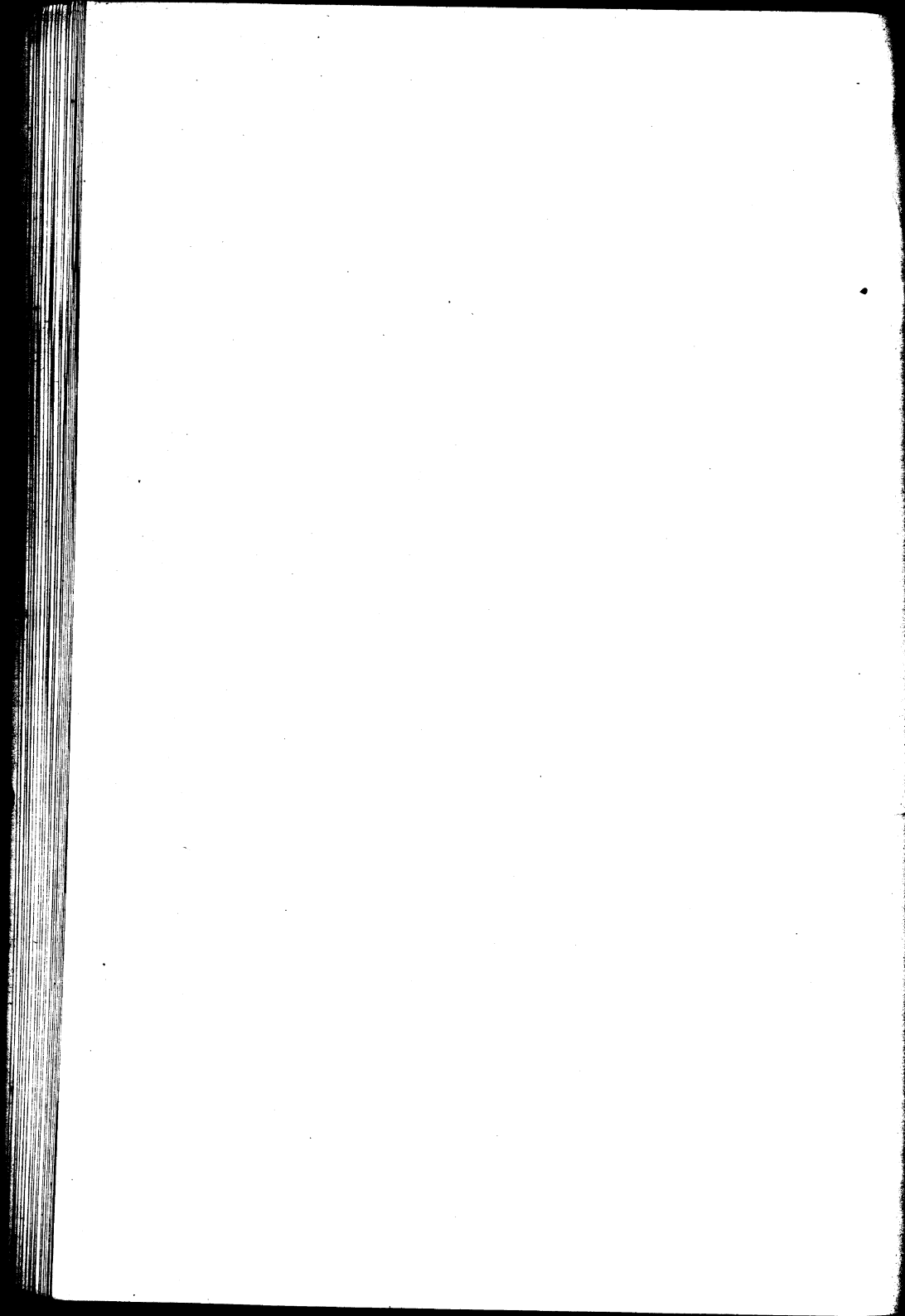
DOCTOR ENRIQUE FINOCHIETTO.	Cirujano del Hospital Rawson.			
» OSCAR COPELLO.....	»	»	»	T. de Alvear.
» ALFREDO BELLO.....	»	»	»	de Clínicas.
» JAIME SALVADOR.....	»	»	»	Pirovano.
» TORIBIO J. PICCARDO.....	»	»	»	T. de Alvear.
» JOSÉ ARCE.....	»	»	»	Fioritto.
» R. A. MAROTTA.....	»	»	»	de Clínicas.
» CARLOS R. CIRIO.....	»	»	»	T. Alvarez.
» RICARDO A. NÖLTING.....	Médico	»	»	San Roque.
» JUAN JOSÉ VITÓN.....	»	»	»	Rawson.
» JORGE LEONIDAS FACIO...	»	»	»	»
» PEDRO S. GIL.....	»	»	»	San Roque.

Á MI COMPAÑERO DE ESTUDIOS

DOCTOR HÉCTOR DE KEMMETER



MEIS ET AMICIS



SEÑORES ACADÉMICOS :

SEÑORES CONSEJEROS :

SEÑORES PROFESORES :

Con natural timidez, y suma desconfianza en mis débiles fuerzas, vengo á someter á vuestra consideración, poniéndolo asimismo al amparo de vuestra ilustración y benevolencia, el presente trabajo, estudio de una dolencia no fácil de advertir en sus comienzos y que tengo el honor de presentar para optar al título de Doctor en medicina.

Lleva por título esta tesis ULCERA SIMPLE DEL INTESTINO DELGADO y mis deseos hubieran sido de circunscribirla á la simple monografía de las úlceras del yeyuno-ileon, ó cuando menos de dar á estas preferente preponderancia, sino exclusividad, prescindiendo de las tan comunes úlceras del duodeno, tema extensamente glosado por sen-

dos autores. No he podido hacerlo, pues me encontré casi aislado, y solo, y librado, pudiera decir, á mi escasísima experiencia propia y personal, porque, á pesar de las más prolijas indagaciones, no hallé el apoyo anhelado de autores extraños y bibliografía que me ilustrara al respecto.

Afortunadamente, me fueron eficientes elementos de ayuda, las luces que proyectaron en mi mente mis maestros inmediatos, y, me es deber consignarlo con sentimiento de gratitud, con especialidad mi ilustrado padrino de tesis, Dr. Enrique Finochietto.

Poco ó nada se ha escrito sobre este tópico, y, hete aquí desde luego, el motivo que me ha obligado á echar mano de las úlceras del intestino delgado en su conjunto y á hacer de ellas una reseña descriptiva detallada, no pudiendo dedicar al tema principal sino el fruto de una observación personal.

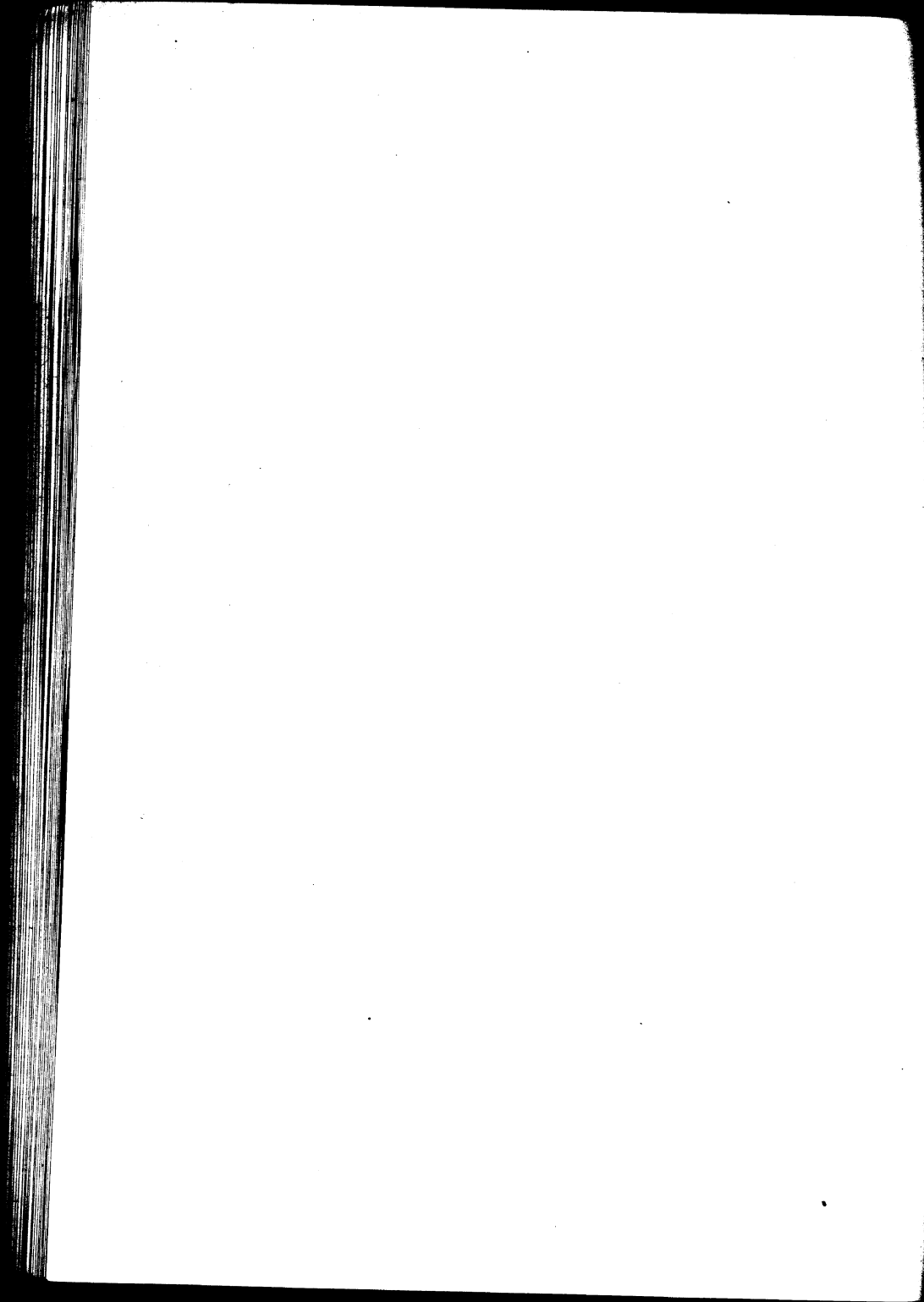
Es, sin duda alguna, de poca autoridad la argumentación que voy á desarrollar, pero me asiste la esperanza de poder demostrar además, la posibilidad del diagnóstico precoz de la úlcera del yeyuno-ileon y de poder probar también que para ello no es necesario la expectación, ni la espera de la presentación de las terribles complicaciones que la acompañan : hemorragia y perforación.

Si esto habré conseguido no será pequeña la

satisfacción que podrá procurarme el hecho de haber, talvez, al iniciar mi carrera, contribuído á evitar algunos desenlaces fatales.

No puedo concluir estas palabras, sin cumplir con el grato deber de expresar mi profunda gratitud al Dr. Enrique Finochietto, quien se ha dignado ser mi padrino en esta tesis, después de haberme dispensado solícitas atenciones durante el tiempo en que estuve á su lado en el Hospital Rawson, en calidad de practicante mayor, aprovechando sus enseñanzas de maestro preclaro.





ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Etiología.—Cábenos preguntar : ¿Es la úlcera simple del intestino delgado una enfermedad frecuente ? Veámos lo que nos dicen, á este respecto, las estadísticas europeas y americanas : Los clásicos, en general, nos decían ser mucho más frecuente la úlcera del estómago, encontrándose ésta en la proporción de : una úlcera del intestino, por 30 del estómago. Rokitanski, en 1839, da una frecuencia de 6 úlceras del intestino sobre 75 del estómago ; Jaksch, 5 sobre 118 casos observados ; Trier, en el año 1862, encuentra 28 sobre 261 ; Stark, 3 sobre 31. En otra estadística, Trier, Stark, Grünfeld y Willigk la encuentran, en 655 autópsias por ellos practicadas, solo 41 veces.

Sin embargo, desde hacen 15 años, próximamente, cambian enormemente las estadísticas,

dándose una proporción mayor á las úlceras del intestino.

Los hermanos Mayo, de Rochester, la encuentran 572 veces sobre 428 úlceras del estómago, y, siguiendo á estos, podemos citar las estadísticas levantadas por Codman (Boston), Mayo Robson, Murphy (Chicago), Thompson (Edimburgo), Moynihan (Leeds) y tal es la frecuencia, que Mayo, en 1900, refiriéndose á la primera porción del intestino, dice, «contrariamente á la opinión generalmente admitida, la úlcera del duodeno es una afección muy común, donde su frecuencia supera á la apendicitis».

¿A qué es debida esta diversidad de opiniones? Tratando de dilucidarla, A. Mathieu, en la Sociedad de Cirugía de París, llega, entre otras, á las siguientes conclusiones:

1.º La semiología dada por los cirujanos anglo-americanos y la de muchos cirujanos franceses, entre ellos Soupalt, relacionando la úlcera del duodeno propiamente dicha á la yusta-pilórica.

2.º Los anglo-americanos consideran como duodenales las lesiones consideradas pilóricas en Francia, etc.

Sabemos, además, que, si en el cadáver es fácil fijar el límite que separa el estómago del intestino, el esfínter pilórico, en el vivo

es difícil, y generalmente, no se puede precisar exactamente donde termina un órgano y donde comienza el otro. Para ello, los hermanos Mayo, han tratado, guiándose por algún órgano externo visible que hiciera fácil esta separación, de poder precisarlo y lo hacen teniendo como punto de referencia lo que han llamado *the pyloric vein*.

Ya Codman (1909) había hecho su clasificación de la úlcera simple y las divide así :

1.º Úlcera gástrica, la que no modifica la función pilórica.

2.º Úlcera que tiene su punto de partida por arriba, por debajo, ó al nivel del píloro, modificando su función ; y

3.º Úlcera por debajo del píloro, que no modifica su función.

Ahora bien : Si es muy frecuente la úlcera del duodeno y en particular la de la primera porción, debido, como estudiaremos más adelante, á la textura y función que desempeña, no es menos cierto que, á medida que se aleja del píloro, se hace mucho más rara y rarísima, podemos decir, así la del yeyuno-íleon, tratándose de úlcera simple no péptica.

Las observaciones de úlceras simples del yeyuno íleon no son, como hemos dicho, muy numerosas, sin embargo, podemos citar á Lebert que

consagra un capítulo especial en su Anatomía Patológica, acompañando 5 observaciones de úlceras simples del intestino delgado, todas ellas con perforación, y comprobadas por la autopsia.

Grisolle, en su Tratado de Patología interna, relata una observación de ulceración perforada de la última porción del yeyuno-ileon, produciéndose la perforación en medio de todas las apariencias de salud del sujeto.

Perroud, en el año 1866, cita también un caso de úlcera simple del yeyuno-ileon y años después Lepine publica una observación de úlceras simples anulares del intestino delgado, con perforación.

En 1895 Letulle consagra un trabajo al estudio de las perforaciones agudas del intestino delgado y Barbe, en su tesis, se ocupa también de las perforaciones de este segmento intestinal.

Gandy, en su tesis, reúne numerosos casos de úlceras del ileon acompañadas todas ellas de perforación.

Combes nos da una estadística de úlceras simples del intestino, anotando 19 casos de úlcera del yeyuno-ileon.

Patogenia.—Varias son las teorías que han tratado de explicar la formación de la úlcera simple del intestino : Se ha supuesto que en su comien-

zo la ulceración no sería más que una placa equimótica, una sufusión sanguínea de la mucosa que provendría, según Rokitanski, de una éstasis venosa, siendo esta éstasis el resultado de una lesión ateromatosa, ó una degeneración grasosa de los pequeños vasos. De ahí resultaría la equimosis, la necrosis de una porción más ó menos extendida de la mucosa.

Se admitiría también con Wirchow, que la embolia y la trombosis de las arteriolas, ó de los capilares de la mucosa, podrían también determinar esta necrosis, y entonces, el quimo ácido del estómago, especialmente en sujetos afectados de hiperclorhidria, podría, en un punto en que aun no fuera atacado este quimo por el jugo pancreático, digerir la porción de pared intestinal, que, por la lesión ya citada, hubiera disminuido de vitalidad. El quimo ácido sería en una palabra, el agente activo de este proceso mórbido.

Lo mismo se explicaría la formación de las úlceras pépticas yeyunales y gastro-yeyunales, por la acción del quimo ácido del estómago sobre una pared yeyunal predispuesta y traumatizada. La predisposición sería la misma que produce la úlcera del estómago, el ateroma y los trastornos vasomotores conferirían á la mucosa yeyunal una vulnerabilidad particular. Además, los instrumentos y las manipulaciones digitales, al prac-

ticar la gastro-enterostomía, prepararían el terreno al jugo gástrico.

Esta teoría sería perfectamente admisible, si se tiene en cuenta que la gran mayoría de sujetos afectados de úlcera del intestino cuentan con una vieja historia gástrica y que serían hiperclorhídricos, cuando el ácido clorhídrico libre existiera en exceso durante la digestión estomacal, y de ahí el pasaje del quimo hiperácido, ó bien afectados de hipersecreción, cuando el ácido clorhídrico fluyera de una manera continua, aun fuera de la digestión. Todos estos hechos podrían determinar la úlcera por autodigestión.

Pero, ¿cómo explicar entonces, la formación de la úlcera del exófago, región en que no existe el jugo gástrico? ¿Cómo explicar el hecho que dos úlceras del estómago, por ejemplo, puedan evolucionar simultáneamente en un mismo sujeto, la una en vías de progresión, la otra cicatrizando, ambas bajo la acción del mismo jugo gástrico? y ¿Cómo interpretar la formación de la úlcera en la 3.^a y 4.^a porción del duodeno, y aun las del yeyuno-ileon, objeto principal de este trabajo, desde el momento que á esta altura está completamente modificado el quimo por la acción del jugo pancreático y la bilis? Porque, si bien es cierto que, después de haber actuado aún el jugo entérico, además del pancreático y la bilis,

en el resto del intestino, la reacción del contenido es todavía regularmente ácida. Esta acidez no es debida al ácido clorhídrico segregado en el estómago, sino al desarrollo de ácidos grasos libres.

Pavy, en el año 56, y Gaglio, en el 84, explicaron la resistencia de la mucosa del estómago y del intestino delgado á la acción del jugo gástrico, diciendo que, siendo estos órganos muy vascularizados, la alcalinidad de la linfa y de la sangre neutraliza la acidez del jugo gástrico y del quimo ácido, á medida que estos impregnan la mucosa.

Se ha querido hacer desempeñar un papel importante en la patogenia de la úlcera simple al alcoholismo, pero, «todos reconocen, dice Letulle, que, frecuentemente, la úlcera simple se desarrolla en individuos sobrios quienes tienen sus arterias sanas», y, agrega, «que el *ulcus simplex* sería la reliquia frecuentemente oculta, de una enfermedad infecciosa».

Se ha atribuído también la producción de esta infección por éxtasis y trombosis venosa consecutiva, esto es, una verdadera flebitis de las pequeñas venas.

La presencia etiológica de la hiperclorhidria es frecuente en los sujetos atacados de úlcera duodenal.

Los anglo-americanos, sin embargo, conside-

ran que para su producción desempeña un papel secundario.

Hartmann piensa que esta acción es primitiva, teniendo en cuenta la formación y la aparición de las úlceras pépticas gastro-yeyunales.

Se cita también, como causa ocasional, la tuberculosis, negándolo, sin embargo, varios autores, entre ellos Bucquoy ; Pepper y Griffiths la notaron en un sujeto que tenía lesiones netamente bacilosas de la última porción del intestino delgado.

Como causas ocasionales, también se han citado las intoxicaciones en general, el saturnismo, en casos observados por Roux y Devic ; el carbunclo y pénfigo (Malherbe, Lignerolles), triquinosis (Ebstein), pelagra (Barth), erisipela (Larcher), neumonía (Dieulafoy, Oppenheimer, Krauss), en los atáxicos (Gante), en las cirrosis del hígado, cáncer del hígado, del páncreas, del peritoneo, en cardíacos y ateromatosos.

Barbe en su tesis inaugural ha reunido tres casos de perforación del intestino delgado en el curso de uremias confirmadas.

Curling y Erichsen, en las quemaduras extendidas de la piel y, antes aún, Duperytren, había dicho haber encontrado en estos casos «placas de un color rojo más ó menos vivo y ulceraciones más

ó menos profundas de la mucosa de todo el canal digestivo ».

A menudo, ninguna causa manifiesta podría ser invocada para explicar la formación de la úlcera. Se señala también la influencia posible de un traumatismo, de un esfuerzo. Sería tal vez más lógico pensar que esto actuaría con más razón como causa de una perforación y no sobre la formación de la ulceración.

Refiriéndose á las ulceraciones simples de las últimas porciones del intestino delgado, se ha invocado la acción que podría ejercer un cuerpo extraño, un enterolito, un cálculo biliar, por ejemplo. Letulle nos señala un caso personal de úlcera del yeyuno en que, á pesar de la ausencia de cuerpo extraño visible, discute esta hipótesis y aun la considera como aceptable y posible.

Se ha atribuído como causa, asimismo, un trastorno del sistema nervioso y también, como ya hemos dicho, á alteraciones vasculares arteriales, (arterio-esclerosis, trombosis, embolias). Pero, en todo caso, la úlcera simple del intestino no podría ser asimilada á las lesiones que traen ordinariamente la obliteración de una rama importante de la arteria mesentérica. En cuanto á las alteraciones vasculares que ordinariamente se encuentran en la vecindad del *ulcus simplex*,

es posible que aun más que la causa sería antes bien, el efecto del proceso ulcerativo.

Fuera de toda duda la toxi-infección desempeña un papel importante. Es el verdadero factor de la úlcera simple para Gandy, Letulle, etc. En efecto, gran número de ulceraciones intestinales se manifiestan evidentemente bajo la dependencia de un estado infeccioso, ó de una intoxicación, y, bajo el punto de vista anatómico, muy poco se diferenciarían de la verdadera úlcera simple. Se podría aducir que aquellas se traducen por lesiones, por lo general más difusas, pero se las ha visto también, como el *ulcus simplex*, revestir las formas de úlcera aguda, crónica, cicatricial y perforante.

Histológicamente tampoco se observan diferencias apreciables entre la úlcera simple y la ulceración toxi-infecciosa. Se encuentran las mismas alteraciones vasculares y la misma infiltración embrionaria en las diversas capas del intestino, y, si la ulceración toxi-infecciosa se encuentra bajo la dependencia de una infección ó intoxicación crónica, tanto más se aproxima al tipo clásico de la úlcera simple. Nos puede ser permitido, entonces, en presencia de lesiones tan idénticas, considerar las mismas causas como el origen de ambas y ver en una úlcera simple del intestino, una úlcera

toxi-infecciosa, cuya causa, ú origen, escapa á nuestros medios de observación.

Hemos hablado ya de los factores alcohol, saturnismo, clorosis, etc., y debemos agregar á estos las causas de intoxicación general, contra las cuales debe luchar el organismo constantemente, como sucede con los innumerables gérmenes que se encuentran en nuestro organismo y que si bien en el estado normal son inofensivos, por razones especiales ya individuales ó bien dependientes de su exaltación, podrían ser el origen de la lesión. Tendríamos así con las ptomainas provenientes de una alimentación defectuosa (úlceras intestinales en los casos de botulismo en los animales); con los venenos resultantes de una mala higiene general, como la falta de aire y de luz, la existencia en un aire confinado, en fin, la miseria fisiológica; tal vez, también con auto-intoxicaciones debidas al mal funcionamiento de algunos de nuestros órganos, y, aun, las mismas intoxicaciones debidas al mal funcionamiento de actividad de nuestras células y que por el momento en parte desconocemos.

Considerando, además, que el intestino es un emuntorio natural, igual á lo que es el riñón, el hígado ó la piel, puede también, lo mismo que estos últimos, ser lesionado en el curso de una infección, ó una intoxicación, y esta lesión primiti-

va sería la exulceración. Ahora bien, si esta toxi-infección se hace crónica, si sus alteraciones vasculares se hacen considerables bajo su influencia, la exulceración evolucionaría y se transformaría en el verdadero *ulcus simplex*. Pero, en este caso debemos pensar : esta predilección por el intestino, ¿será debida al género de toxi-infección ? ó bien se deberá á una susceptibilidad individual que reacciona á su manera y produce una úlcera intestinal, donde tal otra produciría una nefritis, una cirrosis hepática ó simplemente un eczema ? Es difícil dilucidar tan difícil problema, sólo teniendo en cuenta el estado actual de nuestros conocimientos. La segunda hipótesis parecería, sin embargo, ser la más probable.

Combes, que ha sido uno de los pocos que se han ocupado preferentemente de las úlceras simples de las últimas porciones del intestino delgado, admite las relaciones posibles de la úlcera con una enteritis aguda, ó crónica anterior, y piensa que existen, probablemente todos los grados intermediarios entre las úlceras llamadas catastrales y la úlcera simple propiamente dicha.

En resúmen, y después de lo expuesto, podemos deducir que la úlcera simple del intestino delgado no sería, tal vez, más que una lesión inflamatoria. En esta inflamación, originada por

causas diversas, ya sean intoxicaciones, autointoxicaciones, infecciones, traumatismos, cuerpos extraños, etc., también intervendrían perturbaciones circulatorias y nerviosas.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Veamos la relación de frecuencia de la úlcera simple en las distintas porciones del intestino delgado :

Collin que en su tesis publica una de las estadísticas más completas á este respecto, nos da, refiriéndose solamente al duodeno, sobre 262 casos observados :

242 úlceras simples en la 1. ^a porción duodenal						
14	»	»	»	»	2. ^a	»
3	»	»	»	»	3. ^a	» ; y
3	»	»	»	»	4. ^a	»

Moynihan, refiere haberla encontrado en un 95 por ciento de los casos en la primera porción.

Perry y Shaw en 143 casos observados :

125 veces en la 1. ^a porción del duodeno						
16	»	»	»	2. ^a	»	»
1	»	»	»	3. ^a	»	» ; y
1	»	»	»	4. ^a	»	»

era única, siendo el otro un caso de úlcera del duodeno que coincidía con otra del estómago, encuentra :

13	en	la	1. ^a	porción	del	duodeno	
3	»	»	2. ^a	»	»	»	; y
1	»	»	3. ^a	»	»	»	»

¿A que es debida esta mayor frecuencia en la primera porción duodenal ? Los hermanos Mayo dicen que es más frecuente, debido á la similitud embriológica del estómago con la primera porción del duodeno, es decir la parte del duodeno que se encuentra por arriba de la ampolla de Vater. En su desarrollo embriológico estas dos partes derivan de lo que se llama el intestino anterior primitivo, porción que queda libre, mientras que el resto del duodeno, que deriva del intestino medio primitivo, es fijo. Además el estómago, junto con la primera porción del duodeno, están separadas de las últimas porciones por el esfínter de Oddi. Hasta él, el duodeno es más dilatado, trayendo como consecuencia lógica el estacionamiento, durante mayor tiempo, de los alimentos y, junto con estos, las secreciones ácidas del estómago, quedando la mucosa de esta porción mayormente expuesta á la acción del jugo gástrico.

La úlcera del yeyuno-ileon es mucho más rara

que la del duodeno. Se encuentra, sin embargo, todavía más frecuentemente que la úlcera simple del intestino grueso. Combes que ha observado 19 en el yeyuno-ileon, ha visto solo 17 en el intestino grueso.

La radicación de las úlceras simples en esta porción intestinal, es variable, pero generalmente se encuentran en la porción inicial ó terminal del yeyuno ileon. En una palabra : Podemos decir que las úlceras simples del tubo digestivo demostrarían tener predilección especial por la vecindad de las válvulas, píloro y válvula de Bauhin (Gandy).

La úlcera simple del intestino delgado, así como la del estómago, es generalmente única y, sin embargo, pueden observarse varias.

Una estadística de Collin de 233 casos, comprendiendo úlceras de las cuatro porciones del duodeno, da los resultados siguientes :

en 195 casos.	1 úlcera
» 26 »	2 »
» 3 »	3 »
» 4 »	4 »; y
» 5 »	5 »

Los americanos dicen haberla encontrado única en el 95 por ciento de los casos.

Ricard y Pauchet dan el 80 á 90 por ciento, como término medio.

En el caso de ser varias, las ulceraciones pueden estar en diversos estados de evolución. Algunas curadas y cicatrizadas, y otras todavía en plena actividad.

La coincidencia de una úlcera intestinal con otra de otro segmento, y aun del estómago, ha sido notada. Moynihan encontró que 237 casos de úlcera del duodeno, 48 veces coincidía con otra del estómago. Petren ha publicado un caso de ulceración del ileon, coexistiendo con una úlcera semejante y perforada del recto.

Combes cita cuatro casos de úlcera del yeyuno-ileon en que había también en el estómago.

La úlcera simple del intestino delgado se ha observado en todas las edades. Collin publica dos estadísticas, la una encierra 35 casos de úlceras en quemados y 3 en erisipelatosos y la otra que se refiere á la úlcera simple sin etiología aparente, es la siguiente :

de	1	día	hasta	los	10	años,	42	casos
»	11	años	»	»	20	»	24	»
»	21	»	»	»	30	»	43	»
»	31	»	»	»	40	»	52	»
»	41	»	»	»	50	»	46	»
»	51	»	»	»	60	»	41	»
»	61	»	»	»	80	»	18	»
»	81	»	»	»	90	»	13	»
»	91	»	»	»	100	»	1	»

De los 42 casos primeros, 17 eran niños en el primer año de edad.

Diettel, Bourrus, la han observado en niños que apenas contaban horas de existencia.

Oppenheimer observó 15 casos de melœna neonatorum con úlcera duodenal.

Como vemos, y además por los casos observados por Lebert, Grisolle, Perroud, Letulle, Gandy, Cade, Roubier y Martín, en el yeyuno-ileon, podemos afirmar que es una enfermedad del adulto, siendo su mayor frecuencia entre 25 y 50 años.

En cuanto al sexo, todos los autores y observadores están de acuerdo, contrariamente á lo que se observa en la úlcera del estómago, en asignar su frecuencia mayor en el hombre. Brinton da 440 casos en el hombre sobre 214 en la mujer, refiriéndose á úlceras duodenales.

Krauss, Alloncle, Tiers, Collin, Mayo, también lo han observado ; Moynihan dice que es tres veces más frecuente en el hombre.

En los casos de úlcera de las últimas porciones del intestino delgado, todos los autores, anteriormente citados, la han observado solamente en sujetos del sexo masculino, (Lebert, Grisolle, Letulle, etc.).».

Tratando de explicar esta mayor frecuencia en el hombre, dicen ser debida, y esto anterior-

mente á la opinión de Bucquoy, á los excesos etílicos, á la peor alimentación en el hombre, á la taquifagia, etc.

Mayo, refiriéndose á los casos de úlcera duodenal, dice : «La primera porción es ancha, apta y bien dispuesta para la mezcla de los alimentos. Aquí la aspiración desempeña un papel tan importante, por lo menos como la acción muscular, para la evacuación del quimo á la segunda porción duodenal ; las secreciones alcalinas, biliares y pancreáticas neutralizan á este nivel el jugo gástrico ácido. Esta acción, empero, puede hacerse sentir, más ó menos alta, hacia el origen del duodeno. Ha constatado, además, que la primera porción sube más en el hombre, se aproxima más á la vertical, y de ahí que la aspiración, ó sifonaje, se hace peor. Los alimentos quedan más largo tiempo en contacto con las paredes del duodeno y la bilis y el jugo pancreático no pueden remontar tan alto para neutralizar la acción del jugo gástrico». Esta disposición duodenal sería, sin embargo, más frecuente en los casos de dislocación vertical del estómago y sabemos que esta afección predomina en la mujer.

La úlcera.—La úlcera simple del intestino delgado es, por lo que acabamos de ver, una ulceración de etiología imprecisa, y patogenia discuti-

da, sin relaciones directas con afección específica alguna, exactamente igual á lo que pasa con las úlceras semejantes de todo el tubo digestivo. Su anatomía patológica debe ser aproximada al *ulcus simplex* del estómago, con el cual presenta numerosas analogías.

El aspecto macroscópico difiere según que se trate de una úlcera reciente, ó de una úlcera crónica.

Úlcera reciente.—La úlcera simple está constituida por una pérdida de substancia, á veces netamente circular, pudiendo también ser alargada y ovalar. Su mayor diámetro, en este caso, sería lo más á menudo perpendicular al eje del intestino, (Combes). Toma á veces también la forma de un anillo incompleto, y aun completo, como resulta de una observación de Lepine, y en la observación personal.

Sus dimensiones varían, según las cifras de Collin, de 2 mm. para las más pequeñas, hasta 35 mm. para las más grandes.

Codman dice que pueden ser tan pequeñas en su comienzo como para pasar inadvertidas entre los pliegues de la mucosa.

Los bordes de la ulceración son, algunas veces, muy netos y como tallados á *pique* en toda su periferia. Perpendiculares á la superficie de la mu-

cosa, ó bien verticales en un punto y oblicuos en otro, resultando de esta disposición que, en lugar de perpendicular, el eje de la úlcera sería oblicuo con relación al plano de la mucosa, pareciendo que esto, así como su alargamiento, depende de la dirección de los grandes vasos de la mucosa, que la compenetran asimismo oblicuamente.

En una úlcera reciente las diversas tónicas intestinales se distinguen facilmente unas de las otras, pudiéndose observar en el fondo los haces muy aparentes de las tónicas musculares, ó seccionados en sus bordes, según la profundidad de la ulceración.

La profundidad es variable. Puede interesar todas las tónicas intestinales hasta la subserosa que se encuentra á veces también perforada en algún punto, y sería esta perforación la que provocaría una peritonitis sobreaguda, rápidamente mortal si se trata de una úlcera de marcha rápida, en que todavía no hayan podido formarse adherencias suficientes como para presentar un obstáculo á la salida del contenido intestinal, enquistándolo, y preservar de esta manera su invasión por toda la cavidad peritoneal.

El carácter más saliente de la úlcera aguda es que las tónicas intestinales vecinas no están sensiblemente modificadas. El escaso espesamiento

de sus bordes es poco apreciable macroscópicamente, y lo único que se observaría, como lesión de vecindad, sería la serosa despulida, con un depósito fibrinoso más ó menos marcado, índice de la inflamación peritoneal que no faltaría en ningún caso, más ó menos marcado según la rapidez de la evolución.

A menudo se observa en el fondo de la úlcera, algún vaso abierto, origen de una hemorragia mortal, pero tratándose de una úlcera reciente, nunca pasaría de ser una arteriola de la submucosa, ó, más raramente, de la subserosa. Los grandes vasos, como la pancreático-duodenal, ramas de la mesentérica, etc., podrían ser interesados sólo tratándose de una úlcera crónica.

La sección de los pequeños vasos es neta, su luz permanece abierta, y de ahí que una arteriola pequeña pueda dar lugar á una hemorragia muy considerable y aun á una enterorragia mortal.

Úlcera crónica.—La úlcera simple puede pasar al estado crónico y durar largos años sin que su cicatrización se produzca y sin que el aspecto difiera sensiblemente del de la úlcera reciente.

Debido á la reacción inflamatoria prolongada ellas se induran, reposan sobre el fondo de color grisáceo, como granuloso, en el cual es difícil

también distinguir el tejido de la túnica intestinal, ó del órgano desnudo por el trabajo ulcerativo, también muy indurado. Son menos netamente tallados á *pique* siendo imposible precisar las túnicas superpuestas ó seccionadas.

El espesamiento de los bordes, su induración, su resistencia al corte del cuchillo, su aspecto lardáceo y esquirroso, son tales que, con justa razón, se califican estas viejas úlceras con el nombre de úlceras callosas, siendo á menudo imposible, macroscópicamente, decir si se trata más bien de un carcinoma esquirroso ulcerado. Esta incertidumbre aun persiste, á veces, hasta en el examen microscópico.

Sus dimensiones son considerables, pudiendo alcanzar algunas mayor tamaño que el de una moneda de dos centavos.

La ulceración puede llegar á producir la ruptura de vasos voluminosos y la producción de grandes hemorragias, como en las úlceras crónicas. Las pequeñas arteriolas están atacadas de arteritis, tienen tiempo de obliterarse, no pudiendo hacer lo mismo las de gran calibre.

Su profundidad varía según el espesamiento más ó menos intenso de los tejidos vecinos. Las diversas túnicas se interesan y se destruyen en menor extensión, á medida que se aproxima á la serosa, tomando entonces la úlcera la forma

cónica. La base de este cono está formada por la superficie de la mucosa intestinal, su cima truncada en el fondo de la úlcera y será tanto mayor cuanto mayor sea la base y según que sus bordes desciendan, más ó menos verticalmente.

Por el lado peritoneal es siempre visible, notándose como una cicatriz fibrosa, blanco-anacorada, densa, dura, pudiendo la serosa umbilicarse, plegarse, formar una cicatriz ó una foseta.

Al tacto da la sensación de una moneda más espesa en sus bordes y, tratándose de penetrar en su interior con el dedo, desde el lado peritoneal, se siente, dice Moynihan, «un cráter de dimensiones más pequeñas que el disco blanco que le sirve de base, la úlcera será, por lo tanto, más pequeña vista por su cara mucosa que por su cara serosa.»

Lebert, en su *Traité d'anatomie pathologique*, dice que, según sus observaciones de úlceras de las últimas porciones del intestino delgado, «las úlceras pueden ser únicas ó múltiples, pequeñas ó extendidas, sus bordes pueden ser *decollés* ó cortados á *pique*, hipertrofiadas á menudo y que un trabajo flegmático crónico puede desarrollarse en su vecindad, y provocar retramientos y aún una oclusión intestinal.»

La úlcera puede evolucionar y extenderse siguiendo el eje longitudinal del intestino y, otras veces, perpendicularmente á él, tomando la forma

circular ó anular. Tanto en uno, como en otro caso pueden ser debidas á la unión de varias úlceras vecinas y tomar una forma muy irregular ; pero, generalmente evolucionan en profundidad pudiendo llegar hasta la perforación, hecho que ocurre en el 70 por ciento de los casos más ó menos, aunque debido á la lentitud con que avanza el proceso ulcerativo, da tiempo á que se formen adherencias peritoneales, formándose una peritonitis adhesiva circumscripta, la que limita los efectos de la perforación intestinal.

La perforación puede hacerse también en un órgano vecino, el páncreas, el hígado, la vesícula biliar adherente, ó constituir fístulas, y así tenemos que Hoffmann, Collin, Moynihan, Perry y Shaw, citan casos de fístulas duodeno-colecísticas. Pueden abrirse en un vaso, formar abscesos limitados por falsas membranas, abscesos subhepáticos enquistados, abscesos sub-frénicos.

Puede también proseguir el trabajo ulcerativo hasta la piel como en los casos publicados por Bucquoy, de una fístula estercoral abierta en el obliquo ; fístula al nivel del tórax, entre la 7ª y 8ª costilla (Gross) ; y una doble fístula observada por Luneau, que se abría al nivel de la vesícula biliar, una de ellas, y la otra debajo del diafragma.

La cicatrización se observa bastante á menudo y pueden ser ya lisas, superficiales, ya estrella-

das, irradiadas y en este caso retraían considerablemente el intestino.

Las lesiones coincidentes con las de otros órganos no son raras. Klippel, Chabrol, señalan complicaciones pancreáticas, pudiéndose observar desde una simple reacción fibrosa, alrededor de la úlcera, hasta su participación en el proceso ulcerativo y constituir en el interior de la glándula cavidades más ó menos extensas.

Las lesiones de las vías biliares tampoco son raras. Krauss, Forster, Perry y Shaw, observan compresiones ú obliteraciones á la vez de los canales colédoco y de Virchow, por una úlcera radicada cerca de la ampolla de Vater, Marchiava nota la sección del colédoco debido á una úlcera retro-duodenal; Renihold, Le Monier de Rennes, compresiones del cístico con hidropesía vesicular.

Nada de característico se puede decir sobre la histología de los bordes de la ulceración ó de la mucosa intestinal, alrededor del *ulcus* ó en su vecindad.

Lo mismo que para toda úlcera simple del tubo digestivo, se encuentra una infiltración linfocitaria más ó menos densa, formando islotes irregulares. Frecuentemente existe una proliferación marcada de los folículos linfáticos submucosos.

En el duodeno las glándulas de Lieberkühn están modificadas, deformadas ó parcialmente destruidas, su epitelio está aplastado y presenta una transformación mucosa ó vacuolar de sus células.

Las glándulas de Brunner sufren alteraciones análogas, pero en menor intensidad.

En cuanto al examen histológico de las úlceras simples de las últimas porciones del intestino delgado los documentos son muy raros, Combes señala dos casos en que el examen histológico fué practicado, se encontraron lesiones inflamatorias banales, con gran infiltración linfocitaria. A menudo eran lesiones de necrosis las que dominaban

Las lesiones vasculares también se señalan ó bien no existen.

En un caso de Cade, Roubier y Martin, de úlcera del yeyuno-ileon, radicada á 60 centímetros del ángulo duodeno-yeyunal, en el borde de la ulceración la pared intestinal estaba representada por la túnica subserosa muy espesada, la muscular, y el fondo de la submucosa. Más hacia la periferia el espesamiento de la submucosa es mayor todavía y sólo mucho más lejos del borde del *ulcus*, se observan trozos de mucosa.

Todo presentaba una infiltración inflamatoria muy intensa, inflamación sobre todo linfocitaria

y también en ciertos lugares polinuclear. En ciertos puntos existía una infiltración hemorrágica abundante. La subserosa y la muscular muy espesadas é infiltradas.

La submucosa en las porciones alejadas de la úlcera, espesada é inflamada y sus porciones superficiales, necrosadas. Todas las partes de mucosa reconocibles, igualmente en vías de necrosis, dice Cade, «nada hace recordar el folículo tuberculoso».



SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO

Si la sintomatología de la úlcera del duodeno, sobre la que tanto se ha escrito, es en la actualidad uno de los puntos más discutidos, ¿qué no diremos de la úlcera simple que radique más allá del duodeno, en el yeyuno-ileon ? de las primeras, sin embargo, gracias á los últimos trabajos de los anglo-americanos, podemos dar un cuadro clínico más ó menos neto y preciso, pero no obstante toda la sintomatología dada por ellos, y á pesar de lo que dice Moynihan sobre su diagnóstico : «que hay pocas enfermedades donde sus signos aparezcan tan definidos y tan bien ordenados como en la úlcera del duodeno», no debemos admitir sin reservas el cuadro clínico que ellos nos describen. Si así no fuera, la úlcera del duodeno, sería una de las afecciones más fácilmente reconocidas y

diagnosticadas. No es, empero, así, y ya veremos, al tratar de hacer un diagnóstico diferencial, los signos análogos que tiene con los de otras afecciones. Además, desgraciadamente, el cuadro sintomático que nos dan es un poco esquemático y no se le encontraría á no ser raramente completo. ¿Cuántas veces, aun sin hablar de casos latentes, en que sólo una complicación á menudo mortal, una perforación ó una gran hemorragia, nos revela su presencia, se han visto enfermos en los cuales por faltar uno ó varios síntomas, ó bien por la predominancia de algunos de ellos, cambian el aspecto general de la enfermedad, contribuyendo á desviar el diagnóstico ?

Esto, refiriéndonos solamente á la úlcera duodenal. ¿Qué será si á ello agregamos la posibilidad de una úlcera, en cualquier punto del resto del intestino delgado ?

Las úlceras del yeyuno-ileon, que hemos citado al hablar de su etiología y patogenia, casi todas las ha revelado la autopsia y si nos atenemos á una estadística publicada recientemente por N. Leotta en la *Società Scientifica Italiana*, vemos que se conocen solo 29 casos de úlceras del yeyuno-ileon tratadas precozmente. Todavía debemos preguntarnos : ¿Fué hecho su diagnóstico antes de la intervención ? Nada podemos decir á este respecto, pero, de todas maneras, se concibe fá-

cilmente que las afecciones con las que podría confundirse son numerosísimas.

Si no consideramos imposible su diagnóstico, podemos, en cambio, decir que presenta positivas dificultades y que sería uno de los más delicados.

Describiremos detalladamente una observación clínica de úlcera del ángulo duodeno-yeyunal, y, aunque es infinitamente poco para trazar un cuadro clínico preciso sobre las úlceras que radiquen más allá del duodeno, nos hará, por lo menos, pensar, en presencia de ciertos enfermos, que así como abundan las úlceras gástricas y duodenales, también las hay yeyunales y, tal vez, en mayor cantidad de lo que nos revelan las estadísticas, por haber sido casi todas ellas descubiertas por la necropsia y tras de la muerte producida por una complicación.

Trazaremos á grandes rasgos, la sintomatología de la úlcera del duodeno, para ocuparnos después de la del yeyuno-ileon.

Úlcera duodenal.—Como sucede actualmente para las úlceras yeyunales, la úlcera duodenal fué considerada durante mucho tiempo como una afección sin historia clínica, y su diagnóstico no se hizo nunca sinó en presencia de la aparición de una complicación, peritonitis ó hemorragia.

En 1804, Gerard, observa, por primera vez,

una peritonitis mortal debida á una perforación de una úlcera duodenal situada cerca del píloro.

Travers, en el año 1817, relata dos casos de úlceras perforadas del duodeno.

Broussais, en 1825, en su trabajo sobre *Duodenitis crónica*, relata también un caso de úlcera duodenal, terminada por una hemorragia mortal. Al mismo tiempo Roger y, poco después, Robert, citan otros dos casos de muerte por peritonitis y enterorragia consecutiva á úlcera duodenal.

En 1830, J. Obercrombie insiste sobre los dolores tardíos sobrevenidos 3 ó 4 horas después de las comidas.

Rokitanski publica un nuevo caso en 1839 y en el año 56 aparece la tesis inaugural de Clauss sobre las perforaciones duodenales.

Después de los citados, aparecen los trabajos de Klinger, Falkenbach, Trier, Krauss, Garnier, Morat, Teillais, Nidergang, Alloncle, etcétera. Todos ellos describiendo casos reconocidos en la autopsia, hasta el año 1887, en que Bucquoy presenta el primer trabajo sobre el cuadro clínico de esta afección.

Collin, en su tesis, también trata de describirlo pero, hasta hace pocos años, la historia clínica del *ulcus* duodenal no se separa de sus complicaciones. Los cirujanos anglo-americanos fueron los primeros en hacerlo, diagnosticando gran número

de casos de úlceras duodenales y substituyendo el complejo sintomático, tan confuso, de esta afección, por un cuadro clínico característico y preciso.

Estudio analítico de los síntomas del úlcus duodenal—Dolor.—El síntoma capital y el que nos suministra mayor valor diagnóstico, es, sin duda alguna, el dolor. Hay casos, sin embargo, en que falta hasta este signo, haciendo su evolución silenciosa, la enfermedad, hasta que la aparición de una complicación revela la úlcera. Generalmente no pasa así, y, aunque su comienzo sea insidioso, cuando menos se puede descubrir su historia gástrica anterior: una dispepsia, el padecimiento de digestiones difíciles, etc.

En sus comienzos estos dolores son vagos, los enfermos se quejan de malestar, de una sensación de peso en el epigastrio, de ansiedad y hasta disnea, después de las comidas, malestar más bien que dolor propiamente dicho, lo que los vuelve soportables. A estos trastornos suceden entonces dolores caracterizados, á veces teniendo sensaciones comparadas á quemaduras, á tironeamientos, desgarraduras, sensación de torsión radicada en el epigastrio, dolores violentos, vivísimos que, según las palabras de Bucquoy, «hacen plegarse al paciente sobre sí mismo. Las rodi-

llas pegadas al tronco, el cuerpo cubierto de un sudor frío, expresando su padecimiento por gritos y quejidos continuos.»

Este dolor que acusan en el epigastrio, es susceptible de irradiarse ó de aparecer primitivamente en otra región : En el hipocondrio derecho, bajo las últimas costillas, aunque la generalidad de las veces, son propagaciones del dolor acusado en el epigastrio, que va irradiándose al hipocondrio derecho ó al izquierdo, hacia el dorso, hacia el esternón, á todo el abdomen. La más frecuente es su propagación hacia la derecha. Trier señala fenómenos reflejos violentos, convulsiones y neuralgias.

Nunca se encuentra el dolor agudo terebrante, que asemeja á una puñalada, en la región xifoidea del esternón (punto xifoideo) acompañado de otro dolor correspondiente al raquis al nivel de la primera vértebra lumbar (punto raquídeo) característica del *ulcus* gástrico. La irradiación del dolor hacia la derecha, ó su aparición primitiva en ese lado, es uno de los elementos de diagnóstico más dignos de tenerse en cuenta, por su gran valor en la historia clínica de la úlcera duodenal.

Este dolor sobreviene por crisis, de duración variable. Al principio, desde media hasta una hora, luego los dolores se calman, pero con la

evolución de la enfermedad, duran más largo tiempo.

Como hemos dicho antes, se produce bajo la forma de crisis y no de manera continua. Estas crisis aparecen varias veces al día, guardando en su comienzo relación con la ingestión de los alimentos. Este momento de aparición del dolor, es uno de los signos de mayor importancia en la úlcera del duodeno.

Bucquoy señala 2 horas como el tiempo transcurrido entre las comidas y la aparición del dolor.

Moynihan, 2 horas.

Bridwell, 2 á 4 horas.

Codman, 2 horas.

Günzburg, 2 á 3 horas.

Openheuner, desde un cuarto de hora hasta 4 horas.

Wunderlich, 6 horas.

Neudörfer, 5 horas.

Hartmann, citado por Houdard, señala de 2 á 3 horas y, á menudo, tardío, 5 horas después de las comidas.

Pero podemos dar como término medio, resultante de todas las observaciones, el de 2 á 3 horas. Esto, después del almuerzo y de la comida de la noche, pues, el desayuno es generalmente bien tolerado, no trayendo en consecuencia nin-

gún dolor. Este horario del dolor, va, poco á poco, siendo menos fijo y queda menos influenciado, dice Mathieu, por la ingestión de los alimentos.

Este dolor tardío, sucediendo á la ingestión de los alimentos, su coincidencia con la necesidad de ellos, su atenuación ó desaparición por la ingestión de un nuevo alimento, como la leche, ha sido considerado por los anglo-americanos como signo patognomónico de la afección, y le ha valido el nombre significativo de *hunger pain* (dolor del hambre).

Las crisis pueden durar un período de tiempo más ó menos largo : algunos días y hasta semanas. Desaparecen luego, por espacio de algunos meses, para volver á aparecer de nuevo. A medida que evoluciona la enfermedad las crisis se espacian menos, y esta periodicidad constituye uno de los principales caracteres clínicos del síndrome dolor.

Vómitos.—Los vómitos se hallan bastante á menudo, constituidos por un líquido ácido, acuoso, de coloración amarillenta ó verdosa, excepcionalmente alimenticios. Sobrevienen, generalmente, con el paroxismo doloroso de las crisis.

Ewald los señala en el 20 por ciento de los casos.

Hemorragias.—Hemos visto, al hablar de la

anatomía patológica de la úlcera, que, desde los primeros momentos del proceso patológico, daba lugar á la ruptura de los pequeños vasos de la mucosa y sub-mucosa, teniendo que dar, entonces, fatalmente origen á hemorragias. Ahora bién, la sangre resultante de esta hemorragia, tiene tendencias á seguir el peristaltismo intestinal y dar, por consiguiente, origen á melenas ó bien puede refluir hacia el píloro y el estómago y traducirse, entonces, por una hematemesis.

Las melenas eran uno de los signos que Bucquoy consideraba de mayor importancia, pero debemos hacer notar que, en el comienzo del proceso ulcerativo, la hemorragia es mínima, lo que hace imposible poder dilucidarla, permaneciendo, casi siempre oculta, hasta que un examen coprológico nos revela su presencia en las deposiciones, y, aun así, con un examen en que la reacción de Weber fuera positiva, ¿podemos asegurar que se trata de una úlcera duodenal?

Creo que sería más lógico hacer más amplia la respuesta, afirmando que se trata de una ulceración, de cualquier porción, empero, del tubo digestivo.

Oettinger dice que la frecuencia de hemorragias ocultas en el *ulcus duodenal* es mucho mayor que en la úlcera gástrica y dá como razón «que la úlcera duodenal está menos en contacto con las

substancias alimenticias. Que el *ulcus duodenal* radica en una región de pasaje y por este hecho el escurrimiento sanguíneo continuo es menos constante y se mezcla menos con la masa del bolo alimenticio». Ewald, por el contrario, considera «que su ausencia aun mismo cuando existen los demás signos, debe hacer dudar del diagnóstico de úlcera del duodeno».

No siempre las reacciones químicas nos demostrarían su presencia, como ocurrió en un caso de Pewsner en que la reacción fué negativa durante 8 días consecutivos, sobreviniendo al noveno una gran enterorragia. Deberá hacerse, sin embargo, como dice Kemp, «como una regla el pensar siempre en un *ulcus duodenal*, hallándose en presencia de una anemia grave, cuando no se pueda dar otra explicación á este síndrome», y hoy debemos agregar que, no solamente en estos casos debemos pensar exclusivamente en una úlcera del duodeno, sino también de la úlcera en cualquier porción del intestino delgado.

Con el adelanto del proceso ulcerativo, la cantidad de sangre derramada es mayor por interesarse vasos de mayor calibre, dando lugar, entonces á verdaderas enterorragias ó hematemesis. Pero de acuerdo con Moynihan, Ricard y Pauchet, debemos considerar esto, antes

bien como complicación y no como síntoma. Ricard y Pauchet dicen «sólo la hemorragia dilucidada por el exámen coprológico constituye un síntoma, las hematemesis y las melenas, por moderadas que sean, constituyen una complicación».

Las melenas son frecuentes, pero las estadísticas son muy relativas porque no siempre se practica el examen coprológico y muchas veces pasan inadvertidas.

Krauss la señala 20 veces sobre 70 casos ; Perry y Shaw 26 veces sobre 60 casos ; Nothnagel en un tercio de los casos ; Oppenheimer en el 30 por ciento ; Penwich 26 % en los casos agudos y 40 % en los casos crónicos y Moynihan los nota 35 veces en 139 casos observados.

Como hemos dicho, en la generalidad de estos casos, la primera fase de la enfermedad pasa inadvertida, haciéndose el diagnóstico tan sólo en la necropsia.

Las hematemesis son un poco más raras, Moynihan las nota 30 veces en sus observaciones, Oppenheimer la encuentra 8 veces en 34 casos de hematemesis sin melenas, 16 veces en hematemesis acompañadas de melenas y 10 veces en casos con melenas únicamente.

Cuando existen, su frecuencia es mucho menor que en el úlcus gástrico y sobrevienen tardíamente cuando la evolución del proceso patoló-

gico hace que se interese un vaso de grueso calibre, trayendo una hemorragia considerable como para que pueda refluir al estómago.

Los trastornos digestivos, son en general mucho menos marcados que en el ulcus gástrico y los enfermos pueden continuar alimentándose suficientemente. A pesar de esto, el adelgazamiento se observa, motivado más aún por la disminución de las raciones alimenticias, debido á los dolores, que por una anorexia verdadera.

No obstante el adelgazamiento, no se nota la facies caquéctica del cáncer, sea gástrico, sea intestinal, facies que constituye un elemento importante para el diagnóstico de esta última afección.

La anemia es frecuente y, como ya hemos dicho, podría ser un elemento de diagnóstico precioso en algunos casos en que, debido al ser las hemorragias ocultas y repetidas, no pudiera descubrirse su origen.

Signos físicos.—Exploración externa.—Inspección.—La dilatación general del vientre, y, en particular, la del estómago diseñándose sobre la pared del abdomen, se ha observado, durante las crisis dolorosas, desapareciendo luego, pero ello no constituye un signo constante. Como signo raro, dado por la inspección, podemos anotar al

síndrome ictericia ; Collin la encontró 16 veces sobre 242 casos, Klippel y Chabrol también la han observado.

Puede producirse según Juillard, de dos maneras :

1.^a Por retención, hallándose la úlcera radicada en la ampolla de Vater, produciendo una obliteración del colédoco ; y

2.^a Por propagarse á las vías biliares el proceso inflamatorio de vecindad, determinado por la úlcera (Krauss, Mayer).

Esta ictericia puede presentarse revistiendo forma catarral, con aparición brusca, escalofríos, etcétera (Henoch, Krauss, Mayer, Emmert) ; y forma de ictericia crónica, así como podría darla una litiasis biliar, una angiocolitis, etc. (Förster, Krauss, Reinhold, Mayer).

Palpación.—Dos son los signos que podemos descubrir con la palpación : la determinación de un punto doloroso y la contractura del músculo gran recto del abdomen.

Palpando metódicamente el abdomen se puede determinar un punto doloroso en el hipocondrio derecho, entre el reborde costal y el borde externo del músculo gran recto, debajo de la cara inferior del hígado. Según Bidwell, á 2 centímetros y medio más ó menos hacia arriba y á la derecha del ombligo.

Según Moynihan, existiría una zona dolorosa en el lado derecho, hacia arriba del ombligo, cerca de la línea mediana, abarcando una extensión de 5 á 6 centímetros. Bidwell también señala el dolor posible en el epigastrio, con hiperestesia, que se irradia hacia la derecha y atrás, pudiendo encontrarse también el caso de verse acusar el dolor en los puntos de Mac Burney, Morris, etcétera.

Si no fuera posible determinar la zona dolorosa, aun por medio de la presión, introduciendo los dedos bajo el reborde costal derecho y haciendo respirar fuertemente al enfermo, podríamos valernos del *signo de Mendel*.

Mendel indicó, en 1903, su signo, que consiste en percutir con un martillo de percusión, previo relajamiento de la pared anterior abdominal, la región epigástrica. Se conseguiría, de esta manera, provocar un dolor en determinado punto, el que persistiría, más ó menos largo tiempo. Su localización, rodeada de una zona sensible, correspondería á la radicación de la úlcera, encontrándose, para la úlcera duodenal, á la derecha de la línea mediana, á igual distancia entre el ombligo y el reborde costal.

Mackenzie ha señalado la mialgia de los músculos abdominales y la hiperestesia cutánea abdominal, pero estos son signos no constantes y,

como bien dice Moynihan, debe tan sólo considerarse como un signo accesorio, que no haría sino confirmar el diagnóstico, cuando los otros existen ya.

Percusión.—Günzburg determina por la percusión una zona timpánica, situada entre la vesícula biliar y el lóbulo izquierdo del hígado, zona de unos 2 centímetros de ancho y varios centímetros de largo, signo frecuentemente inconstante que existe cuando hay un cierto grado de estenosis del duodeno, trayendo, como consecuencia, una dilatación más arriba, hacia el píloro. Esta es la que se traduciría por el timpanismo.

Max Einhorn, como método de exploración directa, hace deglutir á los enfermos una oliva sujeta por un hilo de seda. Fija la seda exteriormente, cuando la oliva dista 75 centímetros de la arcada dentaria. Al cabo de un par de horas retira la oliva como si fuera una simple sonda.

La úlcera denotaría en este caso su presencia por una mancha parduzca que impregnaría la seda. A 60 centímetros de la arcada dentaria ya indicaría su radicación duodenal más allá del píloro.

Este método carece de valor, pues el mismo Einhorn obtiene únicamente un solo resultado positivo sobre 6 enfermos en 1909,y, en 1910

al citar 9 diagnósticos, hechos sobre 36 enfermos, no habla de su signo.

Examen radioscópico. — Haciéndose tomar al enfermo una sopa de bismuto y observándole 6 horas después, ciertas úlceras se verían acusadas sobre la pantalla representadas por una mancha oscura de bismuto.

Estas imágenes corresponderían á úlceras crateriformes del duodeno.

Haciendo tomar otra sopa en el momento del examen, se vería que el peristaltismo del estómago estaría aumentado y que el píloro se abriría frecuentemente, contrariamente á lo que ocurriría en el caso de úlcera gástrica, en que la evacuación estomacal estaría retardada.

Úlcera del yeyuno-ileon. — Muy difícil nos será trazar un cuadro clínico completo acerca de las úlceras simples radicadas en este segmento del intestino delgado. Las observaciones son pocas, y, si exceptuamos los 29 casos que refiere Leotta, casi todos los demás, como hemos tenido ya oportunidad de decirlo, han pasado inadvertidos y podemos sólo encontrar en las diversas publicaciones al respecto, la descripción de sus complicaciones mortales, comprobadas en la necropsia.

Clínicamente, pues, la úlcera del yeyuno-ileon

es á menudo latente, presentando una marcha insidiosa y, como ya hemos dicho, por los casos publicados, su primera manifestación es, generalmente, una perforación ó una enterorragia mortal (Wagner, Lane, Reverdin, Lespian, Lepine, Letulle, Monod, Kirmisson, Martin, etc.).

Cuando la úlcera traduce su presencia por síntomas, estos son : el dolor, la diarrea (aunque rara), las nauseas, vómitos, los trastornos digestivos y las melenas.

El dolor existe en ciertas observaciones. Estos trastornos intestinales son generalmente vagos, sin poderse precisar un dolor localizado, y tienen el aspecto de simples cólicos, más ó menos frecuentes, durando sus crisis intermitentes 2 á 3 días con remisiones más ó menos largas (Rogée, Perroud, Dumontpallier) ó bien, en los períodos críticos, puede localizarse el dolor en determinados puntos, como en el caso de M. Pauchet, en que los dolores sobrevenían de 5 á 6 horas después de las comidas, y radicábanse en un punto vecino al ombligo, así como en la observación que adjuntamos, en que era mayor el dolor en el hipocóndrio izquierdo.

Ewald dice «que la existencia de un dolor muy localizado y en relación regular con la ingestión de los alimentos, podría hacer reconocer la lesión.»

La diarrea ha sido también notada pero de una manera intermitente (Rogée, Armstrong, Hamel). En otros casos, falta completamente, (Perroud, Dumontpallier), y aun en algunos se observa la constipación (Letulle, la observación adjunta). Las nauseas y los vómitos reflejos, no alimenticios, son frecuentes, existían en las observaciones de Armstrong, Hamel, Bucquoy, Rogée, y en el caso de M. Pauchet eran muy acentuados aun los alimenticios, no cediendo siquiera á la dieta absoluta. Los trastornos digestivos que acompañan generalmente á la úlcera del yeyuno-ileon, son poco característicos traduciéndose por digestiones lentas y difíciles (Rufz, Perroud). En el enfermo de M. Pauchet, existía, además, una dilatación estomacal marcada, clapoteo en ayunas, hipoclorhidria y residuo en el estómago, hasta 10 horas después de las comidas.

La presencia de sangre en las deposiciones se ha buscado poco, es sin embargo probable que exista en la generalidad de los casos (obs.).

De todas maneras, en su fase inicial es difícilísimo poder hacer un diagnóstico preciso debido á la poca observación. Sin embargo veremos, al hablar del diagnóstico, lo que puede ayudarnos para conseguir señalar la existencia de estas úlceras raras del yeyuno-ileon.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de las úlceras del intestino delgado no debe considerarse, como lo hacen ciertos autores, tan sólo para procurar una satisfacción puramente científica, sino que representa también una necesidad práctica.

En efecto, ciertas afecciones que pudieran confundirse con el *ulcus simplex* del intestino, estarían en condiciones de mejorar con un tratamiento médico apropiado, pero no sería lo mismo para una úlcera del intestino, respecto de la cual, desconocer su presencia, equivaldría dejar al enfermo bajo la amenaza constante de una complicación mortal: la hemorragia ó la peritonitis.

¿Cómo podremos, entonces, llegar á conseguir un diagnóstico exacto? Sin desconocer sus dificultades, diremos que el *ulcus duodenal* presenta particularidades que permiten señalar su exis-

tencia en el examen clínico, y, á su vez, por un diagnóstico puramente de exclusión, lograremos dilucidar su existencia en las otras porciones del resto del intestino. Podemos señalar :

1.º Un estado gástrico anterior.

2.º El sexo y la edad.

3.º El dolor con su localización y horario, citados al hablar de la sintomatología.

4.º Ausencia de los signos de estenosis permanente ó intermitente del píloro.

a) Ausencia de éxtasis alimenticia, ó gran hipersecreción con presencia en el estómago de una cantidad apreciable de líquido en ayunas.

b) Ausencia de gran dilatación, revelada por el examen clínico habitual.

c) Ausencia de contracciones peristálticas visibles.

5.º Las hemorragias, manifestándose estas ya sea por hematemesis, melenas abundantes, ó dilucidadas por reacciones de laboratorio.

6.º Los vómitos no alimenticios intermitentes y guardando relación de tiempo con la ingestión de los alimentos.

Así como valernos de los métodos de examen siguientes :

1.º Método de Mac Einhorn ya citado.

2.º Tubaje del duodeno, para extraer el contenido duodenal, valiéndose : del masaje de Boas,

el tubo de Kühne, la sonda de Hemmeter ó la misma de Einhorn.

3.º El examen de las materias fecales, fuera de la reacción de Weber, tratando de buscar la insuficiencia pancreática y biliar, por el método de Renée Gaultier ; el poder amiolítico de los jugos intestinales por el método de Stovel y Binet.

Estos procedimientos, por otra parte, poco empleados aun, no parecen constituir pruebas convincentes.

4.º La prueba de Meunier.

León Meunier, previos lavajes profusos del estómago, hace otro con 200 c.c. de una solución de ácido acético glacial al 1 por ciento. El píloro al contacto con esta solución se cierra, no pudiendo de esta manera pasar el líquido al duodeno. En el caso de existir una úlcera en el estómago, la solución acética disolvería los cristales de hematina que se encuentran en la sangre provenientes de la úlcera, y en el líquido extraído se podrían dilucidar por los procedimientos químicos habituales.

Su resultado negativo nos indicaría la existencia de una ulceración radicada fuera del estómago, en cualquier porción intestinal.

5.º El examen radioscópico y radiográfico ya citados.

Ahora bien, el dolor más tardío, pero no tan in-

tenso, sin localización precisa, los dolores vagos intestinales, los vómitos no alimenticios, las melenas, cuando los distintos métodos señalados no nos indican la existencia de una úlcera en el duodeno, y el exámen radioscópico que podría hasta presentarnos una mancha intensa radicada fuera de los límites del estómago y del duodeno por impregnación de la úlcera con las sales de bismuto, todo esto, y excluyendo la posibilidad de alguna otra afección que pudiera darnos más ó menos esta sintomatología como los accidentes de la litiasis biliar, las afecciones del páncreas (pancreatitis agudas ó crónicas, cáncer del cuerpo del páncreas), los cólicos nefríticos, y la apendicitis, especialmente en los casos de localización anormal (Monod y Kirmisson, *Société de Chirurgie*, 1898) podría encaminarnos en el buen sendero y poder hacer el diagnóstico de úlcera del yeyuno-ileon é instituir así un tratamiento quirúrgico apropiado antes que la hemorragia ó la peritonitis se encarguen de revelarnos su presencia, con su resultado funesto.

De todo lo que antecede podemos deducir que : El diagnóstico de la úlcera simple, de cualquier porción del intestino delgado es muy difícil y fuera de algún caso, por demás raro, en que todos los síntomas estuvieran juntos, la generalidad de las veces su diagnóstico se hará por exclusión.

TRATAMIENTO

¿Qué tratamiento debe instituirse en presencia de un enfermo con úlcera simple del intestino delgado ? La indicación, es hacer reposar el segmento de intestino atacado, para procurar su cicatrización. De dos maneras se podría llegar á ello : Con el tratamiento médico, y con el quirúrgico.

Del tratamiento médico, hoy ya casi abandonado por la generalidad de los autores, muy poco tendremos que decir. Entre sus partidarios podemos citar á Codman, Von Heube, Einhorn y otros.

Ewald preconiza *el Abstinenzkür*, es decir la dieta absoluta, durante 3 ó 4 semanas, manteniendo la tensión arterial durante este tiempo por medio de inyecciones de suero artificial y enemas alimenticios, pero se concibe fácilmente que á

este tratamiento sólo se podrán someter sujetos muy robustos, en condiciones de poder soportar un ayuno prolongado y, además, tratándose de una úlcera crónica su resultado en este caso sería nulo. A pesar de esto, de esta manera, y con la ayuda de ciertos medicamentos como el bismuto, sobre 12 enfermos observa 4 curas y tres mejorías, pero ha de añadirse que se trata de casos en que la existencia de la úlcera no está comprobada.

Moynihan, no interviene nunca sino después de la primera crisis y aun de la segunda, pues según él, en la primera la úlcera atacaría solo la mucosa ; en la segunda recién atacaría la muscular respetando la serosa, y solamente los ataques subsiguientes serían únicamente los que podrían traer una complicación fatal como lo es la perforación.

Hasta tanto, instituye un tratamiento médico, decidiendo la intervención quirúrgica sólo después de la primera crisis y á más tardar, de la segunda.

Los hermanos Mayo, también instituyen en un principio un tratamiento médico y sólo ante su impotencia deciden intervenir.

Sin embargo, esta manera de proceder no parece dar resultados halagüenos y la mayoría de los autores aconsejan la intervención precoz, y así tenemos que Mendel sobre 4 casos no operados

y con tratamiento médico apropiado, observa dos perforaciones, una hemorragia y el 4.º se caqueciza en medio de sufrimientos continuos.

Busch en 5 enfermos no tratados quirúrgicamente, obtiene : 4 muertos, 3 por perforación y otro por hemorragia, el 5.º no fué seguido.

Ahora bien, al instituir el tratamiento quirúrgico precoz, dos casos pueden presentarse : ó bien el diagnóstico no ofrece dudas y en ese caso se puede fijar de antemano el procedimiento á elegirse según la radicación de la úlcera, ó bien el diagnóstico es dudoso y en este caso, no por eso deja tampoco de ser una indicación el tratamiento quirúrgico y se impone una laparatomía exploradora. Recorriendo cuidadosa y metódicamente el intestino delgado, podremos llegar á descubrir la úlcera por su lado peritoneal, como hemos visto al hablar de su anatomía patológica, siendo de esta manera el diagnóstico de la úlcera certero, la indicación del método es de elección.

Varios son los procedimientos quirúrgicos empleados : la inclusión, la escisión, la resección del ansa enferma, la anastomosis y la exclusión.

La inclusión consiste, en invaginar la zona enferma por medio de una jareta en la serosa ; la escisión en hacer una resección losángica de la úlcera, suturando luego perpendicularmente al eje del intestino para no provocar su estenosis ;

la resección del ansa enferma se practica, abocando luego los dos cabos, es decir haciendo una enteroanastomosis.

La anastomosis, consiste en abocar lateralmente dos ansas intestinales, haciendo este abocamiento con una porción anterior y otra posterior á la úlcera ó bien entre el estómago y un ansa intestinal posterior también á la úlcera, es decir, una gastroenterostomía.

La exclusión permite detener el curso del contenido intestinal en el ansa ulcerada, dejándola en la cavidad abdominal ; puede ser unilateral ó bilateral. Unilateral, consiste en seccionar el intestino hacia arriba de la lesión, fijando á la pared abdominal el orificio del cabo inferior y terminar por una anastomosis ó una implantación lateral, del cabo proximal sobre el intestino y por debajo de la lesión.

Bilateral, consiste en seccionar el ansa enferma entre dos pinzas clamps como si se tratara de una resección, suturar separadamente los cabos terminales y terminar también con una anastomosis ó implantación lateral. Esta es la exclusión bilateral tipo, pero para no abandonar en la cavidad abdominal una cavidad cerrada donde la flora bacteriana intestinal no haría más que exaltar su virulencia, es prudente y la experiencia lo ha demostrado, que es necesario estable-

cer una fístula, practicando ya sea la abertura simultánea de los dos cabos del ansa excluída á la pared abdominal, ó sea la abertura á la pared, de un solo cabo, cerrando el segundo, ó bien, asimismo, cerrando los dos cabos y practicar una fístula mediana. De los dos procedimientos de exclusión, el bilateral es seguramente el mejor, porque permite poner el segmento intestinal al abrigo de las materias albinas que puedan refluir al ansa excluída, debido al peristaltismo.

¿Cuál elegir de estos procedimientos? La escisión y la resección suprimen de hecho la lesión de una manera radical, pero, practicamente, no siempre es razonable. En efecto, hay úlceras en que por su tamaño voluminoso, no podría realizarse la escisión, porque traería como consecuencia la estenosis del intestino, otras veces, úlceras circulares. La resección sería casi imposible en el duodeno, ó bien en el yeyuno-ileon, si se trata de úlceras múltiples y diseminadas, en que habría que reseca una porción enorme de intestino, procedimiento realmente imprudente; en los casos en que hubiera adherencias peritoneales extendidas y aun mismo, en el caso de no permitir maniobras prolongadas el estado general del enfermo.

Además, según la radicación de la lesión, varía el procedimiento.

Si se trata de una úlcera del duodeno, la resección es como ya hemos dicho casi imposible y en los casos que se ha practicado, ha dado una mortalidad considerable. Küttner y Payer en el Congreso alemán de cirugía, en 1911, publican una estadística dando la proporción de 1 sobre 10, de muertes consecutivas á este procedimiento, y, en general, todos los cirujanos rechazan este método quirúrgico para este segmento intestinal.

La inclusión se practica poco en el segmento duodenal del intestino. Wilms, quien no es partidario de la gastro-enterostomía, prefiere esta intervención. Dice que, como la úlcera duodenal no presenta generalmente el tamaño ni la induración tan pronunciada como la del estómago, es fácil invaginarla gracias á una jareta hecha al rededor de la úlcera por el lado de la serosa. Así invaginada y flotando la úlcera en la luz intestinal se necrosa y se consigue su eliminación. Delagenière, en cambio, dice no haber podido nunca invaginar la úlcera.

Moynihan, á más de la invaginación, practica una gastro-enterostomía, poniendo así la úlcera en reposo y precave la posibilidad de una peritonitis por perforación.

La escisión simple, ó combinada con una duodenoplastia (Jaboulay) se practica también poco, por las mismas razones de la inclusión. Es

practicable sólo en los casos de úlceras que radicquen lejos del píloro. Mayo considera que la escisión aun con una gastro-duodenostomía es insuficiente, habiéndola practicado 19 veces con mal resultado y en 2 casos tuvo que intervenir por segunda vez practicando una gastro-yeyunostomía.

Gastro-enterostomía.—Es la operación practicada por la generalidad de los cirujanos y que mayor número de resultados felices ha dado, (los hermanos Mayo, Moynihan, Kirmisson, Busch, Drummond, Morison, Einhorn, Delagenière, Hartmann, Roux, Doyen, etc.).

Hartmann considera como buenas también la inclusión y la escisión, siempre que se acompañen de una gastro-enterostomía.

La gastro enterostomía posterior es sólo la que se practica. La anterior, que constituye la excepción se hará únicamente, cuando la posterior fuera realmente imposible.

Los hermanos Mayo en un principio efectuaban la gastro-enterostomía con entero-anastomosis, pero actualmente la han dejado, abocando eso si la porción intestinal lo más cerca posible de la gran curvadura, con abocamiento vertical, para obtener así, el punto de declive estomacal, y evitar el reflujo biliar y pancreático al estómago.

Cuando se trata de una úlcera radicada en el

yeyuno-ileon, si ella es limitada, lo más indicado será hacer una inclusión de la úlcera ó su escisión. Si fuera una lesión bastante extendida, convendría una resección, pero si esta lesión, debida, por ejemplo, á úlceras múltiples, abarcara un segmento demasiado extendido del intestino, como para que su resección hiciera temer por la vida del sujeto, debería efectuarse simplemente una entero-anastomosis que llenaría perfectamente la condición ya citada : el reposo del segmento ulcerado y ser posible entonces la cicatrización.

¿Cuándo usaremos la exclusión ? Sólo excepcionalmente, y en los casos de lesiones radicadas en las últimas porciones del ileon, pues el poder digestivo considerable de las primeras porciones, harían fácilmente también, digerir la piel.

PRONÓSTICO

La úlcera del duodeno, no reviste, pues, la gravedad que se le atribuía hasta hace poco, debido, ante todo, á su diagnóstico precoz y á la intervención quirúrgica de práctica. Por la misma razón el diagnóstico á tiempo y una rápida intervención, darán óptimos resultados, asimismo en las úlceras simples de cualquiera otra porción del intestino delgado.

Es evidente que una úlcera latente, sin síntomas apreciables, siempre pondría al sujeto en peligro constante é inminente de muerte, debido á sus fatales complicaciones.

El *diagnóstico precoz* y la *intervención quirúrgica oportuna*, serán de todas maneras, elementos eficientes, para que se aleje el peligro y que esta afección, considerada como fatal, pueda trocarse en una dolencia relativamente benigna.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

HOSPITAL RAWSON.—SALA I.

Operador Dr. Enrique Finochietto

J. M. S. B., 43 años, soltero, español, comerciante. Ingresó al servicio el 29 de Diciembre de 1913.

Antecedentes hereditarios.—Madre muerta á los 53 años á consecuencia de un tumor de la mama que le fué operado y recidivó á los 2 años. Padre muerto, ignora de qué. Dos hermanos han muerto entre los 30 y 40 años ignorando de qué.

Tiene una hermana sana.

Antecedentes personales.—No recuerda las enfermedades de la infancia, ha tenido paludismo á los 28 años, una *dispepsia* que le duró algunos meses á los 30 años y una bronquitis poco tiempo después. Da antecedentes de trastornos gá-

tricos con gastralgias, vómitos intermitentes y pituitas matinales desde hacen 4 años. Tuvo un hidrocele del que fué operado en Mayo de 1913.

Enfermedad actual.—Data de hacen 4 meses, se tradujo por dolores gástricos no muy intensos é intermitentes que le aparecían inmediatamente después de comer y vómitos que se producían casi todos los días, con raras excepciones como una hora después de tomar alimentos ; los dolores gástricos desaparecían por completo, después de los vómitos. Además, dolores abdominales vagos, sin poder localizarlos en algún punto, sin embargo, durante estas crisis era mayor su dolor localizado en el hipocondrio derecho como á cuatro traveses de dedo por debajo del reborde costal y otros cuatro de la línea mediana. Ha notado un enflaquecimiento muy visible desde que se encuentra enfermo, según él pesaba hacen 2 meses 63 kilogramos, el peso anterior á la iniciación de la enfermedad no lo recuerda con exactitud, pero dice que debía oscilar entre 70 y 75 kilogramos. Ha sido ligeramente constipado.

Estado actual.—Sujeto bien constituido con escaso panículo adiposo, sistema óseo y muscular de desarrollo normal.

Facies.—Nada anormal.

Actitud.—Indiferente.

Cuello.—Normal, no hay latido arterial visible.

Tórax.—Bien desarrollado, sin asimetrías perceptibles, con espacios intercostales visibles.

Respiración.—A tipo costo-diafragmático, 55 respiraciones por minuto.

Aparato circulatorio.—*Corazón*.

Inspección.—No se percibe el choque de la punta.

Palpación.—Se limita la punta en el 4.º espacio intercostal izquierdo, á un través de dedo por dentro del mamelón.

Percusión.—Los bordes izquierdo y derecho se limitan en su sitio normal.

Auscultación.—Se oyen los tonos normales en todos los focos.

Pulso.—Regular, igual, rítmico, de tensión normal, 65 pulsaciones por minuto.

Aparato respiratorio—*Pulmón*.—(Cara posterior).

A la inspiración.—Nada anormal.

Percusión.—Sonoridad normal.

Palpación.—Vibraciones normales y de igual intensidad en ambos lados.

Auscultación.—Se oyen algunas sibilancias poco abundantes en la región del vértice derecho, que coinciden con el final de la inspiración, en el resto de ambos pulmones se oye el murmullo vesicular normal.

(Cara anterior).

Inspección.—Normal.

Palpación.—Vibraciones normales.

Percusión.—Sonoridad pulmonar normal.

Auscultación.—Se oyen las mismas sibilancias que en la cara posterior. Murmullo vesicular en el resto.

Abdomen.—De forma y desarrollo normal, bien depresible, se deja palpar con facilidad. En la región epigástrica se percibe una ligera resistencia de la pared, debida á una mayor tonicidad de defensa de los músculos rectos, pero no se puede precisar ni localizar nada en dicho punto. La palpación del hipocondrio derecho es algo dolorosa.

Aparato digestivo :

Lengua.—Ligeramente saburral.

Exófago y estómago.—Normal. Este último se limita á la percusión dentro de los límites normales, la palpación es ligeramente dolorosa.

Hígado.—Su borde superior se limita á la percusión á la altura del borde inferior de la 4.^a costilla, el inferior un poco por encima del reborde costal. Se palpa en las grandes inspiraciones de consistencia normal.

Bazo.—No se palpa.

Riñones.—Normales, no se palpan.

Sistema nervioso.—Normal.

Examen Radioscópico.—Enero 20 (Figura I.)

Prevía una sopa de bismuto que ingiere á las 6 a. m., se hace una radioscopía á las 12 m. Se constata resto en la línea media del vientre por debajo del ombligo (sombra intensa) y en el colon ascendente. Se hace ingerir una segunda sopa y se comprueba que el estómago se llena en condiciones normales, su tonicidad es normal. El bismuto ingerido no se mezcla con la sombra situada en la línea media. Peristaltismo aumentado. Se constata bien el pasaje al píloro y duodeno. Cámara de aire pequeña.

2.^a *Radioscopía.*—Enero 23 (Figura II).

(En las mismas condiciones que la anterior).

Se constatan restos en el estómago que se mezclan francamente con la sopa que ingiere en el momento del exámen. Los demás caracteres no varían.

Reacción de Meyer.—(Enero 19) Francamente positiva.

Examen de sangre.—Enero 22.

Glóbulos blancos	9.000
» rojos.	4.560.000
Polinucleares neutrófilos	68
Mononucleares grandes	4
» medíanos	20
Linfocitos.	4.50

Eosinófilos.	2,50
Formas de transición. . .	1
	100.00

Fecha de la operación.—Enero 27 de 1914.(Figura III).

Incisión para-mediana derecha de 12 centímetros ; en su extremo superior se continúa con otra incisión oblicuamente ascendente hacia la línea media.

Abierto el vientre se encuentra el estómago dilatado discretamente. No se encuentran vestigios de úlcera ni tumor. El hígado, la vesícula y las vías biliares, no presentan nada de anormal.

Las primeras porciones del duodeno se hallan muy dilatadas. Continuando la exploración por debajo del mesocolon se observa lo mismo en la tercera porción. Inmediatamente por debajo del mesocolon transversal y á la izquierda de la columna vertebral se constata la existencia de un tumor de pequeñas dimensiones que un examen atento demuestra hallarse constituido de la manera siguiente : el intestino delgado, la iniciación del yeyuno, á 1 centímetro ó un centímetro y medio por debajo de la raíz inferior del

mesocolon, se halla bruscamente estrechado por un anillo brusco é inextensible que ocupa el espesor de sus paredes. Este anillo tiene de 4 á 6 milímetros de altura y su circunferencia no es mayor que la de un dedo índice. Se diría que á su nivel el intestino se hallara bajo la acción de una ligadura. Al nivel del anillo, la luz del intestino, parece haber desaparecido. El lado periférico de la víscera se halla disminuído de volumen ; en cambio el cabo central, duodenal, se halla considerablemente dilatado.

La palpación á través de las paredes intestinales, demuestra que las capas profundas se hallan sumamente espesadas, de tal modo que se tiene la impresión de un tumor del tamaño de una nuez.

La serosa, en cambio, ofrece los caracteres normales.

En el mesenterio, cerca de su implantación, hay una masa constituída por dos ó tres pequeños ganglios infartados.

Las fosas duodenales y paraduodenal han desaparecido por retracción del mesenterio á su nivel en vista del carácter local de la lesión, se decide su extirpación.

Se hace una incisión en arco á concavidad inferior sobre la raiz profunda del mesocolon, siguiendo de cerca las paredes del delgado.

Se aísla cuidadosamente este último sin herir los órganos importantes que se hallan en su vecindad.

Hecho esto, se hace una doble sección del intestino, entre dos clamps, á 6 centímetros de distancia por arriba y por debajo de la lesión. Se extirpa en una sola masa esta porción de intestino y una cuña de mesenterio que comprende la masa de ganglios infartados.

Se prolonga la disección del duodeno unos 5 centímetros más arriba, entre las hojuelas del mesocolon, con el objeto de practicar su cierre ; á este nivel el duodeno se halla desprovisto de cubierta peritoneal en toda su circunferencia.

Se hace la oclusión del órgano con una sutura continua total, que luego se invagina por medio de un doble plano de suturas en bolsa.

El muñón duodenal, una vez abandonado, queda oculto entre las raíces del mesocolon, á la derecha de los vasos mesentéricos superiores.

Se termina la operación haciendo una gastroenterostomía por implantación del yeyuno á la pared posterior del estómago, cerca de la gran curvatura y á través del mesocolon. Peritonización. Sutura de la pared en tres planos.

EXAMEN ANÁATOMO-PATOLÓGICO DE LA PIEZA

Aspecto macroscópico.—(Fig. IV y V).

La pieza tiene el aspecto de un tumor del tamaño de un huevo de gallina el que, abierto, reocupar el lado interno del codo duodeno-yeyunal, dejando percibir en el centro una ulceración del tamaño de una moneda de 0,20 ctvs., de bordes á pique y fondo vegetante, que llega hasta la capa muscular, con pérdida de la mucosa. Rodea á esta falta de substancia una infiltración anular como rodete que es mayor en el fondo y da á la totalidad de la pieza la figura de un tumor.

Firmado: Dr. MAZZA.

Examen histológico.—(Fig. VI y VII).

En el examen de los preparados histológicos del borde de la ulceración, se observa: que el epitelio cilíndrico ha desaparecido, hallandose la porción de mucosa restante, recubierta por una espesa capa de mucus, y una abundante infiltración de células linfáticas, con predominio de polinucleares.

Esta infiltración se encuentra de preferencia entre los tubos glandulares, pero también en la submucosa, donde se agrupan en zonas extendidas y difusas.

Los capilares sanguíneos de esta capa son numerosos y se ven dilatados y llenos de sangre.

Firmado: Dr. ROFFO.

DATOS POST-OPERATORIOS

A los 7 días se retiran los puntos de crin, de la piel. Cicatrización *per primam*.

Desde el 7.º día empieza el enfermo á alimentarse con sopas, chuño, leche, etc. ; á los 25 días deja la cama, acusando un dolor muy poco intenso en la región epigástrica, dolor superficial, que se acentúa presionando sobre la cicatriz ; nada profundamente, ni en ninguna otra región del abdomen.

Tiene vómitos fluidos, de un color verdoso y á veces grisáceos, que aparecen cada 2 ó 3 días, poco abundantes, nunca alimenticios, que desaparecen al cabo de tres meses.

Al mes y medio de la fecha de la operación se le practica una radioscopía, en las mismas condiciones que las anteriores, no observándose restos de bismuto en el fondo de saco duodenal.

Hay que hacer notar el estado psíquico del sujeto, un neurasténico, y, tal vez, esos vómitos de los primeros meses consecutivos á la operación, no fueran otra cosa que vómitos nerviosos, sin causa aparente, como resultado de una excitación de orden psíquico, pues en la actualidad han desaparecido completamente.

A los tres meses una nueva reacción de Meyer da resultado negativo.

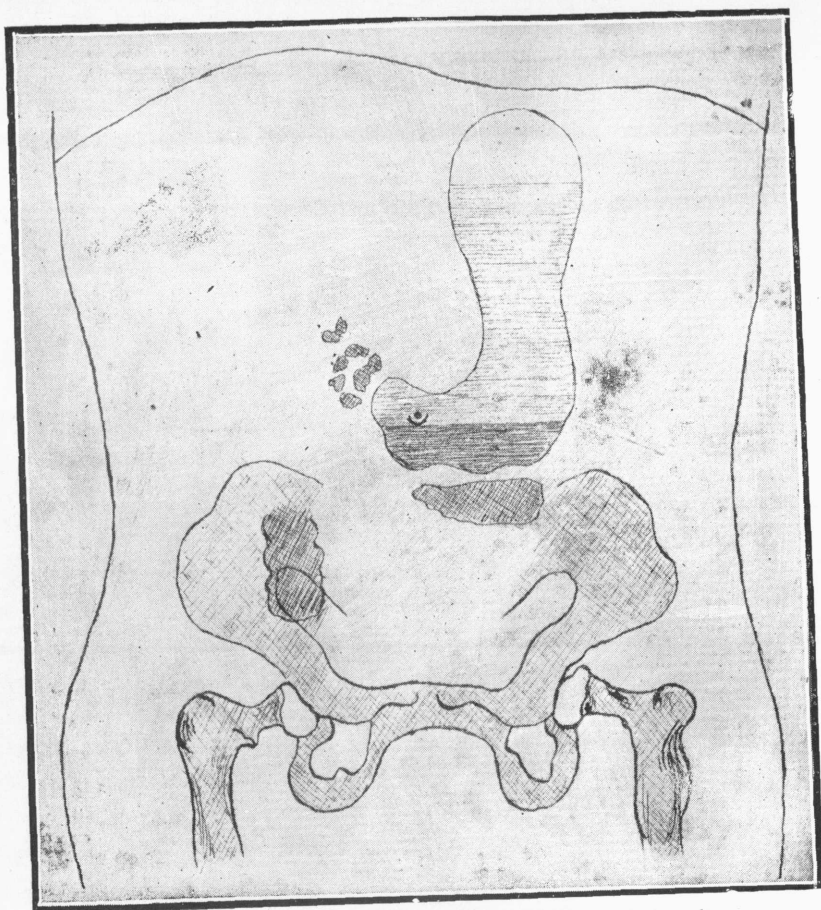


Fig. I

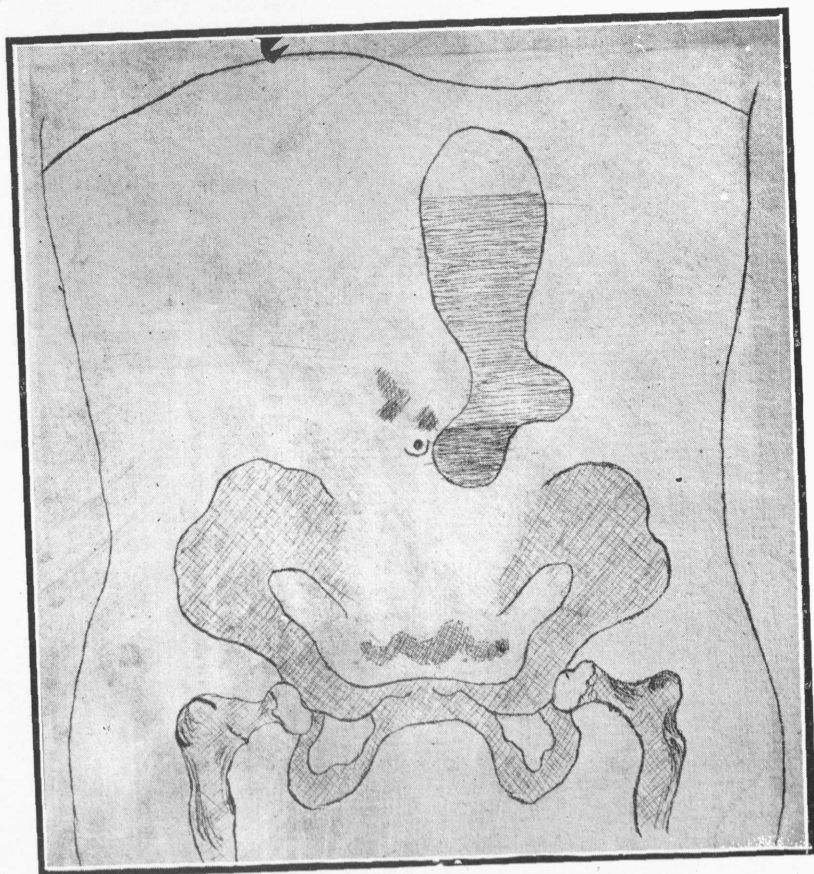


Fig. II

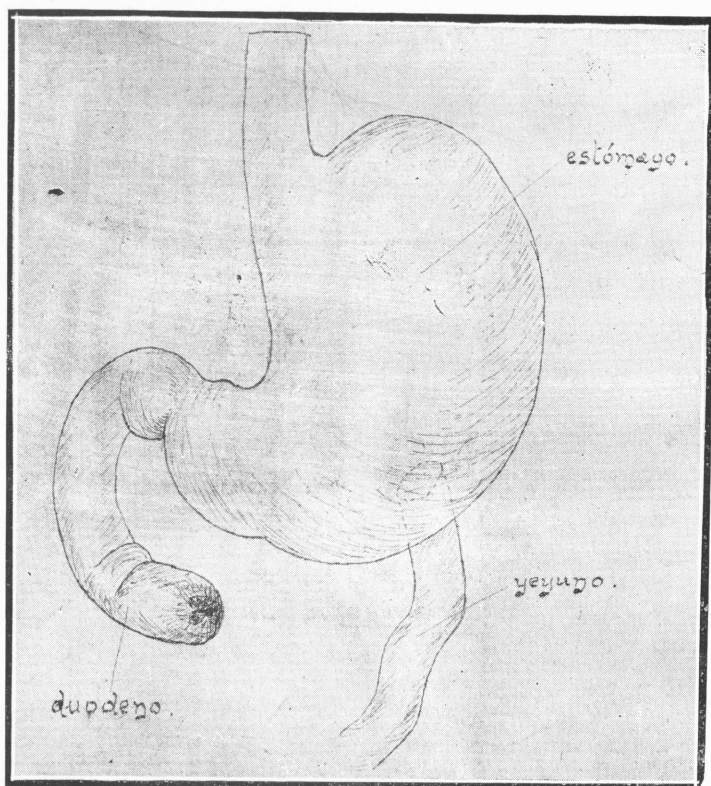


Fig. III

Procedimiento: Steudel-Moynihan

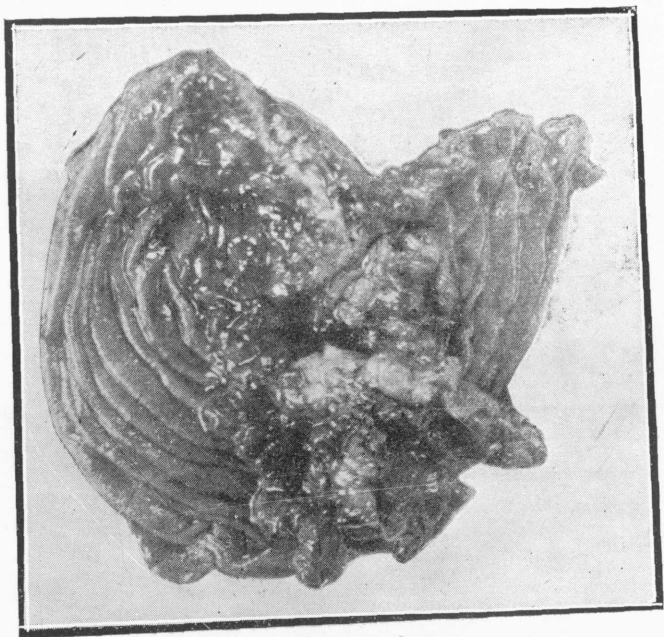


Fig. IV

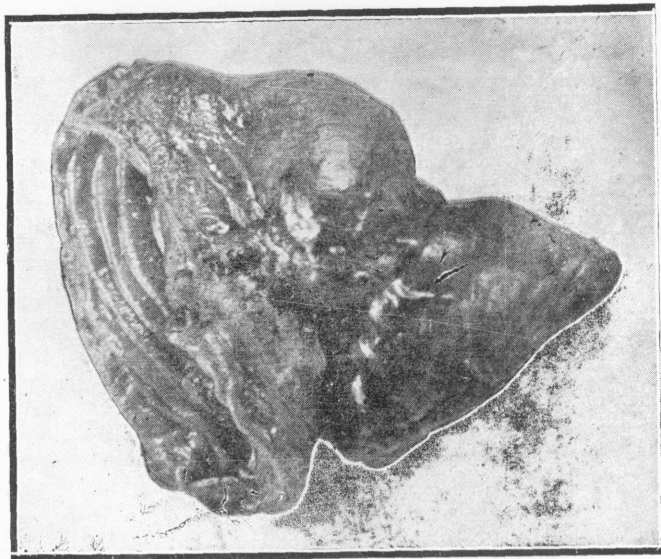
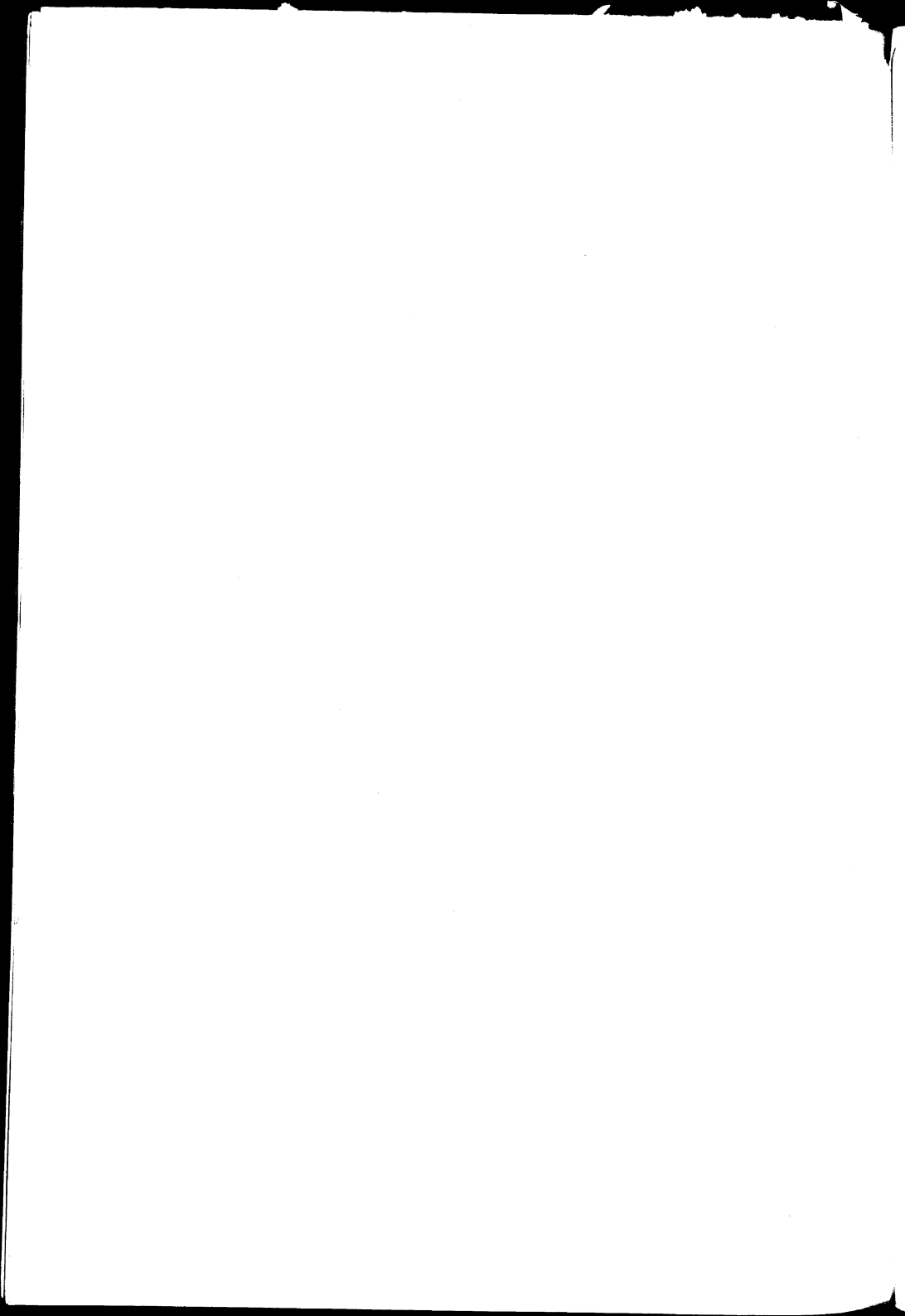


Fig. V



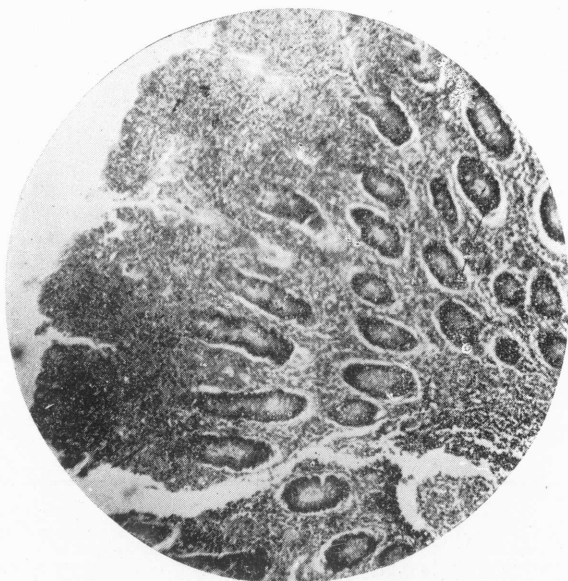


Fig. VI

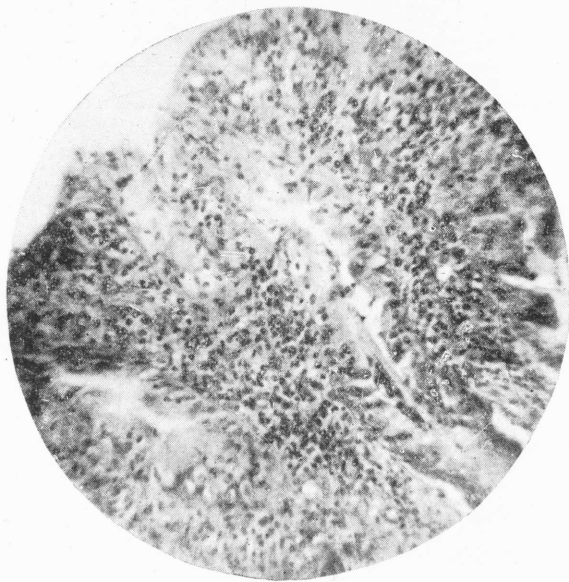
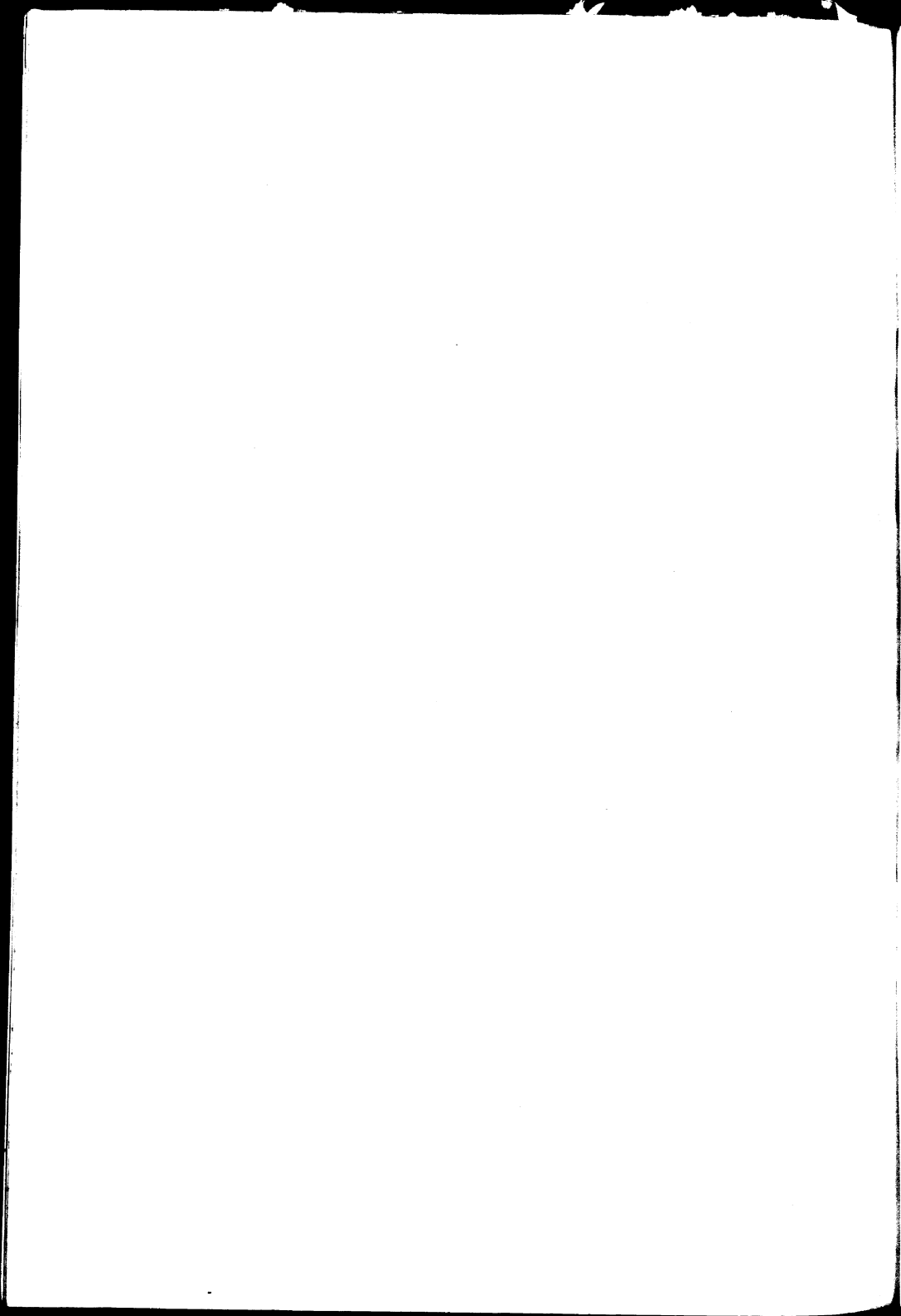


Fig. VII



Buenos Aires, Mayo 14 de 1914

Nómbrese al señor Consejero Dr. Francisco Sicardi; al profesor titular Dr. Leandro Valle y al profesor suplente Dr. Armando Marotta; para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes.»

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Mayo 29 de 1914

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 2803 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Signos y síntomas de la úlcera de duodeno. Cómo se distinguen de los de úlcera de estómago?

Sicardi.

II

Procedimientos de exclusión incompleta del píloro ó bloqueo de Mayo: indicaciones y resultados terapéuticos.

L. Valle.

III

Tratamiento.

R. A. Marotta.

BIBLIOGRAFÍA

Abram.—Ulcère simple perforante du tube digestif. *Tesis de Paris*, 1898-99.

Achard. A propos des syntômes des ulcères du duodénum et des ulcères gastriques. *Soc. de med. des hop. de Paris*, Diciembre 9 de 1910, *Bull. et mem.* t. XXVII, n.º 33, Diciembre 15 de 1910, p. 653.

Adler y Ashbury.—Further experience in X Ray diagnosis of the stomach and duodenum. Embracing seventy five cases. *New York med. Journal*, t. XCIV, n.º 15, Octubre 15 de 1911.

Albu.—Zur Diagnose und Therapie des duodenal Geschwür. *Die Therapie der Gegenwart*, t. LIII, n.º 56, Junio de 1912.

Austin.—Gastric and duodenal ulc. reporting five recent cases of two successfull gastro-enterostomy. *Central States M. Monit.* Indianapolis, t. IX, 1906.

Auvray.—Rapport à la Soc. de chirurgie de Paris, *Bull. et mem. de la Soc de chirurgie*, t. XXXVIII, n.º 33, Octubre 29 de 1912, p. 1229;

Baisiou.—Contribution à l'étude clinique de l'ulcère du duodenum. *Tesis de Paris*, 1912.

Barbe.—Etude clinique sur certaines formes de perforations de l'intestin grêle. *Tesis de Paris*, 1894-95.

Basset y Laporte.—Ulcère du duodenum. *Soc. anat. clinique de Toulouse*, Mayo 20 de 1911, *Toulouse Medical*, t. XIII, n.º 9, Mayo 15 de 1911.

Béclère y Mériel.—Rapport au XXV.^e Congrès de Chirurgie. Paris, 1912, p. 68.

Bret.—Contribution à l'étude des perforations spontanées du tube digestif au point de vue médico-legal. *Tesis de Lille*, 1897-98.

Bidwell.—On the surgical treatment of duodenal ulcer. *The Lancet*, Febrero 19 de 1910, n.º 4512, p. 480.—On address of the immediate and ultimate results of the operation of gastro-enterostomy for gastric and duodenal ulcer. *The British Medical Journal*, 29 de Mayo de 1909, n.º 2526.—Surgical treatment of duodenal ulcer. *Hospital London*, 1907, XLII.—Immediate and ultimate results of the operation of gastro-enterostomy for gastric and duodenal ulcer. *Med. Press and circular*, t. CXLIV, n.º 2, Febrero 10 de 1912.

Bier.—Duodenal Geschwür. *Deutsche Med. Wochenschrift*, n.º 17, Abril 25 de 1912, y n.º 18, Mayo 2 de 1912, p. 788 y 836.

Blad.—Om ulcus duodeni og dets kirurgiske behandlin. *Hospitalstidende*, t. LIII, n.º 48, Noviembre 30 de 1910. n.º 49, Dic. 5 de 1910; n.º 50, Dic. 14 de 1910; n.º 51, Dic. 21 de 1910.—Hyppigheden af ulcus duodeni. *Nordisk Fidskrift for Terapie*, t. X, n.º 4, Enero de 1912.

Blum.—Gastro-entérostomie pour ulcère du duodenum. *Soc. Império-royale de Méd de Vienne*, Junio 28 de 1912 y *Wiener Klinis. Woch.*, t. XXV, n.º 27, Julio 4 de 1912.

Bonne (Luis).—Traitement de l'ulcère duodenal et de ses complications. Tesis de Lyon, 1906.

Bourlier.—L'ulcère simple de l'intestin. Tesis de Paris, 1904.

Brandwell (B.).—Duodenal ulcer recurring hemorrhages during a period of two and a half years: one ulcer found in the anterior wall of the duodenum, gastro-enterostomy, successful result. *Clinic studies*, Edimburgo, 1905-6.

Bucquoy.—Ulcération perforante de la fin de l'iléon chez un saturnin. *France Medic.* Nov. 12 de 1879.—Ulcère du duodénum. *Arch. gen. de med.* Abril, Mayo y Junio de 1887, p. 398, 526 y 691.

Busch (M.).—*Arch. f. Klin. Chir.*, t. XC, f. I, 1909.

Bussy y Bérard.—Ulcères cicatriciels du duodénum, gastro-entérostomie guérison. *Soc. nat. de med. de Lyon*. Junio 28 de 1909 y *Lyon Médical*, n.º 33, Agosto 1909.

Bystroff.—Un cas d'ulcère croissant du duodénum. *Charkowsky meditsruisky Journ*, t. XII, n.º 7, Set. 1911.

Caillé, Durand y Marre.—Résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical dans 46 cas d'ulcères de duodénum et d'ulcères gastriques. *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, t. VI, n.º 40, Julio 14 de 1912.

Cade, Rouhier y Martin.—Les ulcères simples de jéjuno-ileon. *Le Progrès Medical*, n.º 24, Junio 14 de 1913, p. 309.

Claus.—Ueber spontane Darmperforationem. Inaugural Dissertation. Zurich, Agosto de 1856.

Cammidge.—La réaction pancréatique dans l'ulcère du duodénum. *The Lancet*, t. CLVIII, n.º 4510, Feb. 5 de 1910.

Cayrd.—Discussion in the duodenal ulcer *Edimb. med. Jour.*, t. VI. n.º 4, Abril de 1911, p. 671.

Chenay (Fitch).—Duodenal ulc. diagnosis. *The med. Journal of med. surg.*, t. CXXI, n.º 3, Marzo de 1911.

Chessine.—Ulcère rond de l'estomac et du duodenum. *Chirurgia*, t. XXX, n.º 179, Nov. de 1911; n.º 180, Dic. 1911.

Codivilla.—Contributo alla chirurgia dello stomaco. *Bolonia*, 1898.

Codman.—The diagnosis of ulcer of the duodenum. *Massachusetts med. soc.* Junio 15 de 1909.—Of the importance of distinguishing simple round ulc. of the duodenum from those which involve the pylorus or are above it *Boston med. and surg. Journal*, t. CLX, Abril 29, p. 550 y Set. 2, 9 y 16 de 1909, p. 313, 251, 399.—The diagnosis of ulc. of the duodenum. *Boston med. and surg. Journal*, t. CLXI, n.º 22-3-4-5, de Nov. 25, Dic. 2, 9 y 16 de 1909, p. 767, 816, 853 y 897.

Collin.—Etude sur l'ulcère simple du duodenum. Tesis de París, 1894.

Combes.—Des ulcères simples de l'intestin. Tesis de Toulouse, 1897—Mon ulcère du duodenum; auto-observation. *Gaz. des hop.*, t. LXXXV, n.º 86, Julio 25 de 1912.

Cooley.—Duodenal ulcer. *Assoc. med. des Etats Illinois*, Mayo 21-3 de 1912, *The Journ. of the an. med. assoc.*, t. LVIII, n.º 22, Julio 1.º de 1912.

Crozer Griffith.—Ulcère du duodenum dans le jeune âge. *XIIIº Congrès de soc. an. de pédiatrie*, Mayo 31, Junio 1.º de 1911. *The am. journ. of obst. and disease of women and children*, t. LXIV, n.º 1, Julio de 1911.—Duodenal ulcer. *New York med. Journ.*, t. XCIV, n.º 12, Set. 16 de 1911.

Cruveilhier.—Atlas d'anat. path. du corps humain. XXXº livraison.

Deaver.—The surgical aspect of gastric and duodenal ulc. *New*

York med. Journ., t. XCIII, n.º 11, Marzo 18 de 1911. *Anal. of Surgery*, Junio de 1908, p. 894.

De Castelnau.—Observations et réflexions sur la goutte et le rhumatisme, et spécialement sur quelques affections graves qui peuvent se manifester dans le cours de ces deux affections. *Arch. gener. de med.*, 1843, t. II, p. 285.

De Craeue.—Ulcère du duodenum. Discussion à la *Soc. d'anat. patol.* de Bruxelles, Oct. 16 y 19 de 1911. *Journ. med.* de Bruxelles, t. XVI, n.º 48, Nov. 30 de 1911.

Delagenière y Langevin.—L'ulcère du duodenum. *Arch. med. chirurg. de prov.*, t. V, n.º 1, Enero 20 de 1911 y t. VI, n.º 2 Febrero 20 de 1911.

Delbet.—*Paris med.*, Junio de 1911; *Bull. med.*, Enero 23 de 1912, pág. 71.

Delore.—Ulcère duodenal, Sténose intestinal par brides, gastro-entero-anastomose. *Lyon med.*, 1905.

Destot.—Sur l'ulcère du duodenum. *Soc. chir. de Lyon*, Marzo 9 de 1911; *Lyon chir.*, t. V, n.º 6, Junio 1.º de 1911.—L'ulcère du duodenum. *Soc. chir. de Lyon*, Junio 8 de 1911; *Lyon chir.*, t. VI, n.º 3, Set. 1.º de 1911.

Devic y Roux.—*Lyon med.*, 1894.

Dietrich.—Statistische und ætiologische Bemerkungen Zum Ulcus pepticum duodeni. *Münchener med. Woch.*, t. LIX, n.º 12, Marzo 19 de 1912.—Discussion à la *Soc. de chir. de Paris* (Hartmann, Tuffier, Mathieu, Ricard, Delagenière, Quénu) en *Bull. de la Soc. de chir.*, Nov. 8, 15 y 29 de 1910.

Dieulafoy.—Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, t. II.

Doewelsg.—The treatment of the duodenal ulcer. *The Brit. med. Journ.*, n.º 2561, Enero 21 de 1910.

Draver (J. B.)—Ulcer of duodenum. *Ann. Surg.*, Filadelfia, 1908.

Doyen.—Chirurgie de l'estomac et du duodenum.

Drummond y Morison.—The diagnosis and operative treatment of chronic gastric and duodenal ulcer: an experience of three and a half years. *Brit. med. Journ.*, n.º 2532, Julio 10 de 1909.

Dujarier.—*Journ. med. franç.* Set. 1911.

Durand.—*Lyon med.*, t. CXVI, n.º 7, Feb. 12 de 1911.

Einhorn.—Nouvelle méthode de cathétérisme du pylore et du duodénum. *Med. record*, n.º 15, Octubre 9 de 1909, t. LXXVI.—Ueber des Duodenalgeschwür and seine Behandlung. *Deut. med. Woch.*, t. XXXV, n.º 37, Set. 16 de 1909, p. 1609.—Méthode pour recueillir le contenu du duodénum chez l'homme. *Berl. Klin. Woch.*, Marzo 29 de 1912, n.º 12, y *Med. record*, Enero 15 de 1910.—Diagnostic des ulcères de la partie supérieure du tube digestif. *Berl. Klin. Woch.*, 1909, t. XLVI, n.º 16.—Duodenal ulcer and its treatment. *The Am. Journ. of the med. Sciences*, t. CXXXVIII, n.º 2, Agosto de 1909, p. 162.

Ely (G.)—The surgical treatment of gastric and duodenal ulcers. Atenas, 1907-8.

Eve (F.)—Two cases of duodenal ulcer treated by gastro-enterostomy. *Brit. med. Journ.*, Londres, 1905.

Ewald—Ueber Duodenalgeschwüre. Comunicación á la *Soc. de med. et de pédiat. de Berlin*, Marzo 4 de 1912, y *Deut. med. Woch.* t. XXXVIII, n.º 17, Abril 25 de 1912. p. 755.

Fairchild.—Ulcer of duodenum considered from a surgical standpoint. *Med. News*, New York, 1911, t. LXXXIX.

Falkenback.—De ulcere duodenale chronico. Berlin, 1863.

Fenwick.—Ulcer of the stomach and duodenum. Londres, 1900.

Ferran.—Les ulcères du duodénum. *Gaz. des hôp.*, t. LXXXIV, n.º 29, Marzo 11 de 1911 y n.º 32, Marzo 18 de 1911.

Fontan y Tramblin.—Recherches anatomiques sur la veine pylorique. *Soc. de med. du dep. du nord.*, Feb. 10 de 1911 y *Province med.*, Junio 17 de 1911.

Foucher.—Duodenal ulcer. *Internat. Journ. of Surg.*, t. XXIV, n.º 4, Abril, 1911.

Fowler.—Duodenal ulcer. *Internat. Journ. of Surg.*, t. XXIV, n.º 4, Abril, 1911.

Friedmann.—Zur Kasuistik der Magen und Duodenalgeschwüre. *Archiv. für Verdaungs-Krankheiten* t. XVII, f. 2. Abril 15 de 1911.—Relation d'un cas d'ulcere du duodénum avec consideration sur son étiologie. *Ass. de Méd. de New York*, Enero 17 de 1911 y *Med. record.* t. LXXIX, n.º 14. Abril 18 de 1911, p. 649.

Frothingham.—Present treatment of gastric and duodenal ulcer. *The Boston med. and surgery Journal*, t. CLIV, n.º 14. Abril 6 de 1911.

Garnier.—Ulcère simple de l'estomac et du duodénum. Tesis de Paris, 1865.

Gandy.—La nécrose hemorrhagique des toxémies et l'ulcère simple. Tesis de Paris, 1898-99.

Gaultier (R.)—Les maladies du duodénum et leur traitement. Paris, 1910. Ulcère du duodénum, étude clinique et thérapeutique. *Journ. med. franç.*, t. V, n.º 9, Set. 15 de 1911.

Gauthier.—Ulcère du duodénum, résultats éloignés favorables de gastro entérostomie. *Soc. des sciences med. de Lyon*, Oct. 12 de 1910 y *Lyon Med.*, n.º 6, Febr. 5 de 1911, p. 221.

Girard.—Ulcère du duodénum. *Soc. méd. de Genève*, Mayo 9 de 1912, y *Revue méd de la Suisse Romande*, t. XXXIII, n.º 6, Junio 20 de 1912. —Ulcère du duodénum opéré par gastro-entérostomie, avec exclusion du pylore. *Soc méd de Genève*, Febrero 16 de 1911, y *Revue méd. de la Suisse Romande*, t. XXXI, n.º 3, Marzo 20 de 1911, p. 184-97.

Gouget.—Diagnostic de l'ulcère du duodénum. *Presse Médicale*, t. XIX, n.º 56, Julio 15 de 1911, 587.

Gosset.—La cholécystite et ses rapports avec l'ulcère du duodénum. *Bull. et mem. de la Soc. de chir. de Paris*, t. XXXVIII, n.º 34, Nov. 5 de 1912, p. 1243.

Graham y Mayo.—A clinical review of forty six operated cases of duodenal ulcer.—*Trans. An. Surg. Ass.*, 1904, t. XXII y *Revue de chir. abdominale et de gyn.* Paris, 1905.

Graham.—Duodenal ulcer. Symptoms and diagnosis based 46 operated cases. *Saint-Paul med. journal.* Minn. 1904, t. VI.

Grawitz.—*Soc. de med. de Greifswald.* Enero 28 de 1911 y *Deut. Klin. Woch.*, t. XXXVII, n.º 28, Julio 13 de 1911.

Gross.—Tube duodéal. *Munch. med. Woch.*, t. LVII, n.º 22, Mayo 31 de 1910.—Zur Diagnose des Duodendlgeschwüres, *Wiener Klin. Woch.*, t. XXIII, n.º 52, Dic. 29 de 1910.—A contribution of the diagnosis of duodenal ulcer. *Med. Record*, t. LXXIX, n.º 16, Abril 22 de 1911.

Gunzburg.—Zur Diagnose des Duodendlgeschwüres. *Deut. med. Woch.*, t. XXXIV, n.º 28, Julio 14 de 1910. y *Soc. med. de Francfort s/-le Meine*, Mayo 2 de 1910.

Guthrie-Rankin.—A clinical lecture on duodenal ulcer. *The Brit. med. journ.*, n.º 2586, Julio 23 de 1910.

Haggard.—The surgical treatment of duodenal ulcer with a resume of 3 operated cases. *South. Pract.* Nashville, 1906, t. XXVIII.

Hall.—Why the General Practitioner should study surgical diagnosis of gastric and duodenal ulcer. Report of cases. *The Journ. of med. ass.*, t. LVII, n.º 2, Enero 11 de 1911.

Hamilton.—The surgical treatment of chronic gastric and duodenal ulcer and of cancer of the stomach. *New-York med. Journ.*, t. XCII, n.º 18, Oct. 20 de 1910.

Hartmann.—Travaux de chirurgie, 1903, p. 195.—*Bull. et mem. de la Soc. de chir. de Paris*, 1910.

Handeck.—Der radiologische nachweis des Ulcus duodeni. *Med. Klin.*, t. VIII, n.º 5, Febrero 4 de 1912, n.º 6 Febrero 11 de 1912.

Hayem.—L'ulcère externe de l'estomac. *Semaine médicale*. Oct. 1903.

Herschell.—The pancreatic reaction in the diagnosis of duodenal ulcer. *The Lancet*, n.º 4508, Febrero 22 de 1910.—Diagnosis and non surgical treatment of duodenal ulcer. *Interst. med. Journ.*, t. XIX, n.º 3, Marzo de 1912.

Hort.—Medical treatment of the duodenal ulcer. *The. Brit. med. Journ.* Junio 26 de 1909.

Houdard.—L'ulcère simple du duodénum (non perforé). Tesis de Paris, 1913.

Jacobson.—Surgery of gastroduodenal ulcerations. *Ann. med. Compend.* Toledo 1905, t. XXI.

Jappa.—Ulcère rond du duodenum et de l'estomac. *Roussky Vratsh*, t. IX, n.º 46, Nov. 12 de 1910.

Juillard.—Contribution à l'étude des complications pancréatiques de l'ulcère du duodenum. Tesis de Paris, 1910.

King Acheson.—Duodenal ulcer. *The Dublin Journ. of med. sciences*, Marzo 1910.

Klippel y Chabrol.—Complications pancréatiques de l'ulcère de duodénum. *Paris Medical*, n.º 19, Abril 8 de 1911.

Klinger.—Ulcère duodenal. *Archiv. f. Heilk.* Leipzig, 1861, p. 460.

Kühn.—Zur diagnose und Therapie des Duodenalgeschwürs. *Med. Klin.*, t. VII, n.º 316, Enero 1911.

Küttner.—Sur l'opération de l'ulcère du duodenum. Disc. à la *Soc. de chir. de Breslau*. Julio 20 de 1911.

Kirmisson.—Peritonitis par perforation (intestin grêle) prise pour une appendicite; laparotomie mediane; guérison. *Bull. de la Soc. de chir.* Paris, Marzo 22 de 1898.

Ladevèze.—Etude clinique et traitement de l'ulcère du duodenum. Tesis de Lyon 1900.

Lécène y Hartmann.—*Soc. chir. de Paris*, Marzo 1.º de 1911. *Bull. et mem.*, t. XXXVII, n.º 9, Marzo 7 de 1911, p. 317.

Labbé (M.).—Pyoneumothorax sous-phrénique consécutif à un ulcère perforé du duodenum. *Bull. de la Soc. Anat.* Paris, Junio 14 de 1901.

Lebert.—Traité d'anat. path. vol. II.

Lepine.—Ulcérations annulaire des intestins; perforations du grêle; retrecissement du gros intestin. *Bull. de la Soc. Anat.* Paris, Enero de 1870.

Letulle.—L'ulcère simple du duodenum. *Presse med.* Oct. 20 de 1895. —Des perforations aiguës de l'intestin grêle. *Presse med.* 1895, p. 137.

Little.—Ulcère du duodenum. Disc. à la «Acad. Royale d'Irlande. *Dublin Journ. of med. sciences*, n.º 450, Junio de 1909.

Macdonal.—Ulcer of the stomach and duodenum. *The Canada Lancet*, n.º 7, 1912.

Maclaren.—The treatment of gastric and duodenal ulcer and benign obstructions of the pilorus. *An. Surg.* Nueva York 1906.

Mansell-Moullin.—The significance of the symptoms in cases of duodenal ulcer. *The Lancet*, n.º 4618, Marzo 2 de 1912.

Mathieu.—Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin. —Rapport sur l'ulcère du duodenum à la *Soc. de chir.*, Nov. 8 de 1910, p. 1021. —Contribution à l'étude de l'ulcère du duodenum vrai. «Soc. méd. des hôp. de Paris», Dic. 2 de 1910. *Bull. et mem. de la Soc.*, n.º 32, Dic. 8, 1915. —Ulcère du duodenum. *Paris médicale*, n.º 27, Junio 3 de 1911.

Manclaire.—Ulcère du duodenum. *Journ. des pract.* Agosto 6 de 1910, p. 500.

Maylard.—The symptoms and the diagnosis of duodenal ulcer. *The Glasgow med. Journ.* Enero 1.º de 1910.

Maynard Smith.—*The Lancet*. Marzo 31 de 1906.

Mayo Robson.—Diagnosis and treatment of duodenal ulcer. *The Lancet* 1907, p. 363.—Duodenal ulcer and its treatment. *Brit med. Journ.* Feb. 1907, p. 238 y Nov. 10 de 1906, p. 299.—The pancreatic reaction in the diagnosis of duodenal ulcer. *The Lancet*, n.º 4509, Enero 20 de 1910.

Mayo (W. J.)—A Review of 303 operations upon the stomach and first portion of the duodenum (11 du duodénum). *Ann. Surg.* Filadelfia, 1903, p. 30.—Chronic ulcer of the stomach and duodenum with a few remarks on gastric cancer. *Cleveland med. journ.*, 1904, p. 57.—Duodenal ulcer; a clinical review of 58 operated cases, with some remarks on gastro-jejunostomy. *Ann. Surg.* Filadelfia, 1904, p. 900.—Chronic ulcer of the stomach and first portion of the duodenum with especial reference to the surgical treatment. *Journ. ann. méd. ass.* Chicago, 1905, p. 1217.—The surgical treatment of duodenal ulcer. *Lancet*, 1906, p. 802.—The surgical treatment of gastric and duodenal ulcer. *Journ. ann. med. ass.* Chicago, 1906.—Ulcer of the duodenum with report of 272 operations. *Journ. ann. med. ass.* Chicago, 1908, p. 1556.—A study of gastric and duodenal ulcers with special reference to their surgical cure. *Ann. of Surg.* 1909, p. 885.—Some observations on the disorders of the stomach and duodenum with especial reference to ulcers. *Boston med. and surg. journ.*, n.º 14, Abril 6 de 1911.—Ulcer of the stomach and duodenum, with special reference to the end results. *Ann. of Surg.*, n.º 3, Set. de 1911, p. 313.

Melchior.—Ueber das chronische. Duodenalgeschwür. *Berl. Klin. Woch.*, n.º 51, Diciembre 19 de 1910, p. 2430.

Mendel.—Zur Diagnose und Therapie des Ulcers duodeni. *Deutsch mediz. Woch.*, n.º 37, Set. 15 de 1910.

Meulle.—Etude sur l'ulcère simple du duodénum. Thèse de Paris, Julio de 1912.

Meunier.—Diagnostic d'ulcère de la région duodéno-pylorique. *Presse Médicale*, n.º 73, Setiembre 13 de 1911.

Mitchell.—Diagnostic et traitement de l'ulcère duodenal. *Ac. of med. in Irlanda*, 3 de Abril de 1908 in *Lancet*, 1908, p. 1212.—The treatment of gastric and duodenal ulcer. *Brit. med. journ.*, n.º 570, 2 de Abril de 1910.—Gastric and duodenal ulcer. *Ann. of Surg.*, n.º 6, Diciembre de 1911.

Mocquot et Houdard.—La valeur topographique des veines de

la région pylorique. *Revue de chirurgie*, 33.^e année, n.^o 3, Marzo 10 de 1912, p. 402.

Montsarrat.—Sur la nécessité de l'opération dans l'ulcère gastrique et duodénal. *Brit. med. journ.*, n.^o 2591, Agosto 27 de 1911.

Monod.—Perforations spontanées ou de cause inconnue de l'intestin simulant parfois l'appendicite. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, Marzo 29 de 1868.

Morot.—Essais sur l'ulcère simple du duodenum. Thèse Paris, 1865.

Morris.—Ulcer of the duodenum, spontaneous closure of a duodenal fistula. A case report, and an explanation of the origin of duodenal ulcers. *Am. Journ. of Surg.*, n.^o 15, Abril de 1911.

Moullin.—Gastro-enterostomy for chronic duodenal ulcer. *Lancet*, 1905.

Moynihan.—On duodenal ulcer, and its surgical treatment. *Lancet*, Diciembre 14 de 1901, p. 1656.—One hundred cases of gastro-enterostomy for simple ulcer of the stomach and duodenum, *Tr. Clin. Soc.*, Londres 4, 1903, p. 74.—The surgical treatment of gastric and duodenal ulcers. *The Lancet*, 1903, p. 294.—100 cases of gastro-enterostomy for simple ulcer of the stomach and duodenum. *Ann. Surg.*, Filadelfia, 1904, p. 690.—Duodenal ulcer. *The Lancet*, 11 Octubre de 1904.—On duodenal ulcer, with notes on 52 operations. *The Lancet*, Febrero 11 de 1905, p. 340.—A clinical lecture on duodenal ulcer. *Med. Press. and Circ.*, Londres, 1908, p. 110.—*Surg. gyn. and obst.*, Octubre de 1908, p. 449.—The diagnostic and treatment of duodenal ulcer. *Lancet*, Enero 1.^o de 1910, n.^o 4505, p. 20.—Duodenal ulcer, 1910. Saunders, éditeur; Londres y Filadelfia.—Some points in the diagnosis, and treatment of chronic duodenal ulcer. *The Lancet*, n.^o 4610, Enero 6 de 1912, p. 9.

Murphy.—Chirurgie des ulcères gastro-duodénaux et duodénaux. *Acad. de méd. de New York*, Octubre 7 1909 in *Med. record*, n.^o 18, Octubre 30 de 1909, p. 752 á 754.

Neudorfer.—Sur l'ulcère du duodénum. Discussion au *Congrès d'association allemande de chirurgie* Berlin, Abril de 1911. In supplément du *Zentralblatt für chir.*, n.^o 29, Julio 22 de 1911.

Oefelc.—Examen du duodénum au moyen du tube de Gross. *Med. Record*, n.^o 17, Abril 23 de 1910.

Oettinger.—Des symptômes de l'ulcère du duodénum. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, in *Bull. et Mém.*, 3.^e série, n.^o 17, Mayo 25 de 1911, y n.^o 18, Junio 1.^o de 1911.

Ollive.—Ulcère du duodénum; diagnostic d'ulcère d'estomac porté pendant la vie; gastrorrhagie et hématomèse. Mort Autopsie. *Gaz. méd. de Nantes*, 1886.

Pagenstecher.—Die chirurgische Behandlung des Duodenalgeschwürs. *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, Agosto de 1899.

Palfrey.—Progress in the theory and practice of medicine gastric and duodenal ulcer. *The Boston med. and surg. journal*, n.^o 10, Octubre 20 de 1910, n.^o 17, Octubre 27 de 1910.

Pantalonì.—Ulcère calleuse du duodénum avec sténose et stase. *Arch. prov. de chirurgie*, 1899.

Parry.—Communication sur l'ulcère du duodénum à la *Soc. méd. chir. de Glasgow*, Febrero 17 de 1911 in *The glas. med. journ.*, n.^o 2, Agosto 1911, p. 127-140.

Paterson.—The association of duodenal ulcer with appendicular disease. *The Lancet*, n.^o 4559, Enero 14 de 1911, p. 322.

Pauchet.—*Archives de la digestion*, 1908. *Rev méd d'Amiens*. Enero. 1908.—Ulcère du duodénum. *Bull. chir. de Cannes et de la région du Sud-Est*, n.^o 4, Mayo de 1911.—Ulcère du duodénum. *Gaz méd de Nantes*, n.^o 41, Octubre 16 de 1911.—Traitement de l'ulcère du duodénum par exclusion du pylore. *Soc de chirurgie de Paris*, in *Bulletins et Mémoires*, n.^o 28, Julio 23 de 1912.

Peck.—Gastro-entérostomie pour ulcère du duodénum. Discussion à la *Soc. de chir. de New-York*, Febrero 23 de 1910, in *Ann. of surg.*, n.^o 6, Junio de 1910, p. 946 à 952.

Perroud.—Ulcère simple de l'intestin grêle: perforation; mort et autopsie. *Comptes rendus de la Soc. des sciences médicales*. Lyon, 1866-1867.

Perry and Schaw.—On diseases of the duodénum. *Gay's hospital reports*. Londres, 1893, vol. I.

Petren.—Studien über die Ergebnisse des chirurgischen Behandlung des Magen und Duodenalgeschwürs mit ihren nicht-akuten komplikationen. *Beiträge. zur. kt. Chir.* Nov. 2, 1911.

Pewsnor.—Ulcus duodeni. Symptomatologie und Therapie. *Archiv für Verdauungskrankheiten*, f. 5. Octubre 16 de 1911.

- Ulcère du duodenum, Tableau clinique et traitement, «II Congrès des thérapeutes russes», St. Petersburg in *Rusia Vrach*, 1911, n.º 3, 10, 12, 15, 16. — Ueber eines Fall am Ulcus duodeni. *Archiv für Verdauungskrankheiten* 6. 15 de Diciembre de 1908.
- Pielsticker*.—Ulcère du duodénum chez les petits enfants. Soc. méd. de Hamburg (Biologie), Nov. 1.º de 1910 in *Münchener med. Woch.* Diciembre 13 de 1910, n.º 2662.
- Power (d'Arcy)*.—Soc. de méd. de Londres. Nov. 26 de 1904 in *Brit. méd. Journ.*, 17 de Dic. de 1904.—Duodenal ulcer and its treatment. *Lancet*, 1904. Discussion á la Soc. de méd. de Londres (Hall. Robson, Broadbent, etc.)
- Pouchet*.—Importance de l'action exercée par certaines albuminoïdes sur la variation de toxicité des alcaloïdes et de principes actifs. *Bull. gén. de thérapeutique*, 23 de Junio de 1899.
- Quénu*.—Ulcère du duodénum. Exclusion dans une hémorragie aiguë. *Soc. de chir. de Paris*, Nov. 23 de 1910, p. 1120.
- Ulcère du duodénum, hémorragies continues. Traitement par exclusion duodéno-pylorique. *Bulletin Médical*, n.º 94, Nov. 26 de 1910.
- Reed*.—A typical cases of chronic dyspepsia. Surgical ulcer of the stomach and duodenum. Operation Recovery. *Ann. med. Phil.*, 1905.
- Reisniger*.—Communication sur l'ulcère du duodénum á la Soc. de méd. du cercle de Mayence, Enero 31 de 1911, in *Münchener Med. Woch.*, n.º 34, Agosto 22 de 1911.
- Renault*.—De la gastro-entérostomie dans l'ulcère duodénal. Thèse de Paris. 1904.
- Retzlaff*.—Duodenal Geschwür. *Mediz. Klin.*, n.º 19, Mayo 7 de 1911.
- Ricard et Pauchet*.—Ulcère du duodénum et son traitement chirurgical. *Rapport au Congrès de chirurgie*, Paris 1910.
- Rizzardo*.—La diagnosi precoce dell'ulcera duodenale non complicata. *La Riforma medica*, n.º 8, Febrero 24 de 1912; n.º 9, Marzo 2 de 1912; n.º 10, Marzo 9 de 1912.
- Rocca*.—Il reflusso nella gastro-enterostomia come causa eventuale de rottura di ulcere duodenali. *Progresso med*, Torino 1904.
- Rogée*.—Ulcérations chroniques de l'intestin sans affection tu-

berculeuse; perforation, péritonite aiguë; mort. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1838.

Ronsenbach.—Zur Pathologie des Uleus duodeni. *Archiv für Verdauungskrankheiten.*, n.º 1. Febrero de 1913.

Rosenfeld.—Ueber den Uleus duodeni. *Prager med. Woch.* n.º 51, Diciembre 21 de 1911.

Rossle.—Phathogénie l'ulcère de duodénum et de l'ulcère gastrique. «Soc. des sciences naturelles et médicales de Iéna. Mayo 9 de 1912 in *Münchener med. Woch.*, n.º 26, Junio 8 de 1912.

Romen.—Some observations on the symptomatology of chronic duodenal ulcer. *The Boston med and surg Journal*, n.º 16, Abril 18 de 1912.

Schiassi.—Gastro-entérostomie de choix avec ou sans exclusion du pylore dans l'ulcère du duodenum. *Semaine médicale*, n.º 38, Set, 20 de 1911.

Schloss.—Sur l'ulcère duodenal. Discussion à la Société de médecine de Wiesbaden in *Berl. Klin. Woch.*, Mayo 9 de 1910, p. 305.

Sedgwick.—Acute gastric and duodenal ulcer. *The Lancet*, 1905.

Seyffarth.—Ueber des Duodenalgeschwür. *Deut. med. Woch.*, n.º 15, Abril 13 de 1911; n.º 16, Abril de 1911; n.º 17, Abril 27 de 1911.

Sherren.—A clinical lecture on duodenal ulcer, its diagnosis and surgical treatment. *Med. Press and Circ.* Londres, 1909.—The treatment of chronic ulcer of the stomach and duodenum by gastro-jejunostomy, with a report on 72 consecutiv cases operated an more than two years ago. *The Lancet*, n.º 4637, Julio 13, 1912.

Smith.—A gastric and duodenal ulcer. *Brit. med. Journ.*, n.º 2368, Marzo 18 de 1910.

Spriggs.—The treatment of gastric and duodenal ulcer. *Brit. med. Journ.*, n.º 2577, Mayo 21 de 1910.

Souligoux.—«Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie. Nov. 22 de 1910, n.º 33, p. 1088.

Soupault.—Traité des maladies de l'estomac. Paris, p. 106.

Stanmore Bishop.—Corrélation et distinction entre certains signes dans les affection abdominales sur 124 opérations pour ulcères du duodénum et ulcères gastriques et 110 pour appendicite. *The British med. Journal.*, n.º 2679, Mayo 4 de 1910.

Stampacchia.—Ulcère perforant du duodénum. *Boll. d. clin.* Milano, 1892, 193-207.

Sternberg.—Pathogénie de l'ulcère du duodénum et de l'ulcère gastrique et leurs relations avec les tumeurs. Soc. de méd. de Brünn, in *Wiener Klin. Woch.*, n.º 23, Junio 8 de 1911.

Taft Pilcher.—The cause and relief of pain in duodenal ulcer. *The am Journ. of the med. sciences*, n.º 6, Mayo de 1911, p. 687.

Thomas.—The treatment of complications and sequels of gastric and duodenal ulcers. *The British med. Journal*, 1907.

Thomson.—Diagnosis and treatment of chronic ulcer of the stomach and duodenum. *Edinburg med. chir. soc.* Marzo 5 de 1909, in *The Lancet*, 1909.

Thorne.—Antilytic serum in the treatment of chronic gastric and duodenal ulcerations. *The British med journal*, n.º 2528, Mayo 13 de 1911.

Torrance.—The surgical treatment of gastric and duodenal ulcerations with report of cases. *Tr. med. ass. Alabama.* Montgomery, 1908.

Teillais.—Ulcère chronique simple du duodénum. Thèse, Paris, 1869.

Trevisan.—Contributo alla cura dell'ulcera duodenale con la gastro-enterostomia. *Riv. veneta di sc. med.* Venezia, 1904.

Trier.—Ulcus corrosivus duodeni. Copenhagen, 1863. *Brit. and foreign med. chir. review.* Enero 1864 et *Gaz. hebdom.*, 2.ª série, p. 475.

Turck.—Etiologie et pathogénie de l'ulcère du duodénum. *Zeitsch. f. experiment. Pathologie u. Therapie.* Abril 4 de 1910, p. 615.

Vallas.—Gastro-entérostomie pour ulcère du duodénum. *Bulletin Soc. de chir. de Lyon.* Febrero de 1905.

Van Gelderen.—L'ulcère du duodénum. *Nederlandsch Tydschrift voor Geneeskunde*, 1911, n.º 24, 9 de Diciembre.

Vautrin.—Traitement chir. de l'ulcère du duodénum. *Arch. gén. de chir.*, n.º 8, Agosto 1910.

Vignes.—*Bulletins de la Société anatomique.* Enero 6 de 1911, 6.ª série, n.º 1.

Villard.—Ulcère du duodénum, gastro-entérostomie. Guérison.

Soc. des sciences méd. de Lyon, Nov. 1910, in *Lyon Médical*, n.º 13, Marzo 26 de 1911.

Wathen.—Surgical treatment of ulcer of the stomach and duodenum. *Louisville month-journ med.*, 1904-1905.

Wanach.—Ein Beitrag zur chirurgischen Behandlung des Duodenalgeschwürs. *Arch. f. klin. chir.* Agosto de 1899.

Weinstein et Crouson.—Cas de cholélithiase simulant l'ulcère du duodénum. *New-York med. journ.*, n.º 19, Nov. 6 de 1909.

Weinstein J. W.—Hunger pain. *Journ. of am. med. Ass.* Set. 28 de 1912.

Weiss.—Ulcère du duodénum. *Revue méd de l'Est*. Nancy, 1903.

White.—L'ulcère du duodénum. *The Boston med. and surg. journ.*, n.º 14, Abril 6 de 1911.

Willard.—Chronic duodenal ulcer. Gastro-jejunostomy. *Ann. surg.*, Phil., 1905.

Wille.—Om ulcus duodeni og dets kirurgiske behandling.

Marsk magasin for Lægevidenskaben, n.º 1, Enero de 1912.

Von Winiwarter.—Ulcère du duodénum. *Le Scalpel et Liège méd.*, n.º 45, Junio 5 de 1910.

Zesas.—Das Duodenalgeschwür und seine chirurgische Behandlung. *Deut. Zeits. f. Chir.*, Julio de 1910.



