UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ÚLCERA SIFILÍTICA

DEL

ESTÓMAGO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LORENZO MOSS

Ex-Interno del Hospital Nacional de Clínicas 1898-1899-1900

BUENOS AIRES
IMPRENTA Y CASA EDITORA
de
AGUSTÍN ETCHEPAREBORDA
Tacuarí 359

1901

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en la Tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Juan R. Fernández.

Vicedecano

Dr. D. José T. Baca.

Académicos Titulares

Dr. D. Leopoldo Montes de Oca.
„ „ José T. Baca.
„ „ Rafael Herrera Vegas.
„ „ Jacob de Tezanos Pinto.
„ „ Eufemio Uballes.
„ „ Juan R. Fernández.
„ „ Enrique E. del Arca
„ „ Pedro N. Arata.
„ „ Manuel Blancas.
„ „ Roberto Wernicke.
„ „ Pedro Lagleyze.
„ „ José Penna.
„ „ Luis Güemes.
„ „ Eliseo Cantón.
„ „ Gregorio N. Chaves.

Académicos Honorarios

Dr. D. Ernesto Aberg.
„ „ Pablo Marengo.
„ „ Eduardo Wilde.
„ „ Martín Spuch.
„ „ Telémaco Susini.
„ „ Edmundo Nocard.
„ „ Emilio R. Coni.

Secretario Titular

Dr. D. Zenón Aguilar.

Prosecretario

Dr. D. Carlos Robertson.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología médica	Vacante
Física médica	Doctor Jaime R. Costa.
Química médica	» Atanasio Quiroga.
Botánica médica	» Martín Spuch.
Química médica	» Pedro N. Arata.
Histología	» Rodolfo de Gainza.
Anatomía descriptiva	» Juan José Naón.
Patología general	» Roberto Wernicke.
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce.
Fisiología	» Pedro J. Coronado.
Anatomía patológica	» Telémaco Susini.
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene	» Melitón G. del Solar.
Materia Médica	» Justiniano Ledesma.
Medicina operatoria	» Adalberto Ramaugé.
Clínica ginecológica	» Enrique Bazterrica.
» Oto-rino-Laringológica	» Eduardo Ovejero.
» Dermatológica y sifilográfica	» Baldomero Sommer.
Patología externa	» Obdulio Hernández.
Patología interna	» Marcial V. Quiroga.
Clínica Oftalmológica	» Pedro Lagleyze.
» Médica	» Luis Güemes.
» Epidemiológica	» José Penna.
» Quirúrgica	» Julián Aguilar.
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía.
» Médica	» Francisco Sicardi.
Medicina legal	» Francisco de Veyga.
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo.
» Médica	» Gregorio N. Chaves.
» Obstetricia	» Samuel Molina.
Toxicología experimental	» Juan B. Señorans.
Clínica Pediátrica	» Manuel Blancas.
» Médica	» Abel Ayerza.
» Genito urinaria (hombre)	» Federico Texo.
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred.
» Quirúrgica	» Alejandro Castro.
Clínica obstétrica	» Eliseo Cantón.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica		Vacante
Física médica		Doctor Juan J. Galiano
Química médica		» F. Bosque y Reyes
Botánica médica	»	Lucio Durañona R. S. Kolbe
Química médica	»	Francisco P. Lavalle
Histología	»	Samuel de Madrid
Anatomía descriptiva	»	Juan D. Piñero J. López Figueroa
Patología general	»	G. Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutiérrez
Fisiología	«	Horacio Piñero
Anatomía patológica	»	José Badía
Bacteriología		Vacante
Higiene	»	Enrique Revilla
Materia médica	»	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Medicina operatoria	»	Nicolás Repetto Alfonso Masi
Clínica ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
Clínica Oto-rino Laringológica	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
Clínica dermatológica y sifilográfica	«	M. Aberastury
Patología externa	»	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna	»	Vacante
Clínica oftalmológica	»	Francisco Barraza. Teófilo A. Moret
Clínica médica	»	Patricio Fleming
Clínica epidemiológica	»	Vacante
Clínica quirúrgica	»	Juan B. Justo
Clínica neurológica	»	José A. Esteves José A. Semprum
Clínica médica	»	Ricardo Colón
Medicina legal	»	Domingo S. Cavia
Clínica quirúrgica	»	Diógenes Decoud Alejandro Posadas
Clínica médica	»	Julio Méndez Ignacio Allende
Clínica obstétrica	»	Fanor Velarde
Toxicología experimental	»	Juan Alba Carreras
Clínica pediátrica	»	Antonio F. Piñero Facundo Larguía
Clínica médica	»	Vacante
Clínica genito urinaria (hombre)	»	Pedro Benedit
Clínica psiquiátrica	»	Benjamín T. Solari
Clínica quirúrgica	»	Vacante
Clínica obstétrica	»	Vacante

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Cated. titulares	Cated. sustitutos
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia.....	Dr. Adolfo Mujica	Vacante
Química inorgánica aplicada á la Farmacia.....	» Miguel Puiggari	"
Farmacognosia vegetal y animal.....	» Juan A. Boeri	Juan A. Domínguez
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....	» Pedro N. Arata	Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica).....	» J. Manuel Irizar	"
Higiene	» Ricardo Schatz	"
Química analítica toxicológica.	" Atanasio Quiroga	"
Ensayo y determinación de drogas.....	" J. Manuel Irizar	"

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y clínica obstétrica.....	Dr. J. R. Fernández	Vacante
Parto distócico y clínica obstétrica.....		

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Cated. titulares	Cated. sustitutos
Anatomía, fisiología, patología.	Dr. León Pereira	Vacante
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentaria, medicina legal.....	" N. Etchepareborda	Vacante

Á LA MEMORIA DE MIS PADRES

Á MIS HERMANOS

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO DOCTOR LUIS GÜEMES

Señores Académicos,

Señores Profesores:

En la literatura médica argentina no he podido encontrar ningún trabajo sobre el tema que me ocupa; estas pocas líneas tendrán pues, á falta de otro mayor, el interés de la novedad, y servirán, espero, para demostrar que la sífilis gástrica no es tan rara como se la supone, en beneficio de los pobres enfermos, muchas veces víctimas de un mal diagnóstico.

Creo cumplir con un deber al hacer público el agradecimiento que abrigo para todos mis profesores, de los cuales en primera línea coloco al doctor Ayerza, á quien debo la mayor parte de mi ilustración médica.

Agradezco de igual modo al Dr. Horacio G. Piñero, que ha tenido la amabilidad de guiarme en la elaboración de este trabajo.

Mi más profundo reconocimiento al Dr. Luis Güemes, que me hace el honor de acompañarme en esta última prueba.

ÚLCERA SIMPLE DEL ESTÓMAGO

Siendo la úlcera sifilítica del estómago, clínicamente igual á la úlcera simple de esta misma víscera, comenzaré dando unos datos sucintos sobre esta última enfermedad.

Historia.—La úlcera simple del estómago era conocida en tiempos remotos; en efecto, se encuentran hojeando los autores antiguos, relaciones de muertes rápidas sobreviniendo á consecuencia de hematemesis ó perforaciones del estómago, Mathew Baillie en 1815, J. Morin en 1816, G. Laisné en 1819 y Abercrombie en 1824 (1) la han descrito, pero todos ellos frecuentemente la confundían con el cáncer.

Es en 1830, que Cruveilhier hizo conocer clínica y anatómicamente, y de una manera admirable, la úlcera del estómago, que llamó simple.

Posteriormente se han escrito numerosos trabajos, que poco han podido agregar á los síntomas dados por Cruveilhier, versando el mayor número de ellos sobre nuevas teorías patogénicas. Entre ellos merecen citarse los de Rokitansky, Brinton,

Lebert, Virchow, Panum, Cohnheim, Riegel, Korckzinski y últimamente, Galliard y Gandy.

Sinonimia.—De la interpretación patogénica de estos autores deriva la numerosa sinonimia que esta lesión posee: úlcera redonda, úlcera perforante, úlcera hemorrágica, úlcera péptica, etc. Nosotros, rindiendo un justo homenaje al hombre que tan magistralmente supo describirla, la llamaremos enfermedad de Cruveilhier, como se hace corrientemente en Francia.

Frecuencia.—La enfermedad de Cruveilhier, es una afección frecuente. Nolte en las autopsias la ha encontrado en la proporción de 1.3 por 100. Otros autores creen que esta proporción es mucho mayor.

Etiología.—La edad más propicia sería de 20 á 40 años, siendo las mujeres más atacadas que los hombres.

Ciertas profesiones, los traumatismos y estados mórbidos anteriores, como la clorosis, la anemia, el alcoholismo, la tuberculosis, ciertas neurosis, etc., son considerados como factores etiológicos de considerable importancia.

Anatomía patológica.—Por lo general, la úlcera del estómago es ùnica y está situada en la cara posterior ó pequeña curvadura, cerca del píloro. Doyen explica esta localización por el mayor contacto que sufren estas partes con los alimentos, en la posición de pie y decúbito horizontal.

Su forma es redondeada ú ovalar; cuando es pilórica puede ser anular. Sus dimensiones son variables.

Macroscópicamente la úlcera representa un cono truncado, cuya base corresponde á la mucosa; su fondo, es decir, el polo opuesto, está constituído por la muscular, serosa ó tejido perigástrico. El borde de la úlcera no es desgarrado, ni destacado, sino adherente, delgado, bien seccionado. Las paredes formadas por la mucosa, muscular y serosa, tienen frecuentemente una disposición en gradas, debida á una desigual pérdida de substancia que sufren estas diversas capas, y presentan en conjunto un aspecto liso, bien diferente del de las úlceras cancerosas, con las cuales puede, sin embargo, confundirse, cuando, siendo muy vieja la úlcera, sus bordes se espesan y se vuelven callosos.

Si la úlcera ha seccionado todas las túnicas del estómago, el fondo de ella puede estar constituído por los órganos vecinos, adheridos por la perigastritis. Así se ha visto comunicar al estómago con el hígado, páncreas, bazo, pleuras, bronquios, pericardio, corazón, intestino delgado é intestino grueso.

Para que este proceso sea posible, el trabajo de perforación debe hacerse con la lentitud suficiente para permitir el establecimiento de fuertes adherencias, sucediendo que cuando la perforación se hace rápidamente, da lugar á una peritonitis general, rápidamente mortal si no se interviene á tiempo.

Esta complicación sobreviene por lo general cuando la úlcera ocupa la cara anterior del estómago.

Según Brinton, la úlcera se cura en la mitad de los casos, dando lugar á una cicatriz blanca y estrellada, cuya retracción puede tener como consecuencia, sea una biloculación del estómago, sea una estrechez pilórica. Este último efecto, puede ser originado por una banda de perigastritis. La recidiva y el ingerto de un cáncer sobre una antigua cicatriz, no es un hecho raro.

Histológicamente existe, según Hayem y Lion, una infiltración embrionaria de la mucosa, sub-mucosa y musculosa, con disociación y aun destrucción de los elementos normales. Esta infiltración muy densa alrededor de la úlcera, se iría atenuando á medida que uno se aleja de ella. Las alteraciones vasculares, serían poco pronunciadas según estos mismos autores, no estando de acuerdo sobre este punto con Cornil y Ranvier, quienes sostienen, que en las inmediaciones de la úlcera, existe una endarteritis obliterante. Galliard admite igualmente una destrucción de las arteriolas, que de esta manera forman en la vecindad de la pérdida de substancia «una zona de devascularización», cuyo resultado es el ataque más fácil de la mucosa por el jugo gástrico.

En las úlceras viejas esta infiltración embrionaria, transformándose en tejido conjuntivo denso, da lugar á la cicatrización.

Patogenia.—Entre las diversas teorías patogénicas, la más antigua es la de Cruveilhier, que ha contado siempre en Francia con partidarios convencidos, y que últimamente ha sido sostenida por Gallard: es la de la gastritis intersticial.

Este último autor, además de la condición requerida por Cruveilhier, admite la influencia de otros dos factores: obliteración de vasos y acción digestiva del jugo gástrico.

La lesión inicial, según su concepto, está representada por la acumulación, entre la mucosa y la muscularis mucosæ, de amas de elementos embrionarios. Estos amas crecerían en volumen, se insinuarían entre los fondos de saco glandulares, á los cuales destruirían, y transformándose en glóbulos de pus se abrirían paso hasta la superficie de la mucosa, dando lugar, después de su vaciamiento, á una erosión folicular que, bajo la acción del jugo gástrico, se transformaría en úlcera. Este trabajo destructivo sería facilitado por la anemia consecutiva á la obliteración de los vasos de la región, ésta última resultado de la infiltración embrionaria.

Virchow piensa que la úlcera es el resultado de una embolia ó de una trombósis, consecutiva á una degeneración ateromatosa, ó aneurismática miliar, lesiones que los anatomo-patologistas han observado con relativa frecuencia. Estas lesiones traerían como consecuencia la isquemia y mortificación de

un territorio dado, siendo luego aumentada la pérdida de substancia por la acción digestiva del jugo gástrico.

Esta teoría basada en las experiencias de Panum, Prevost, Gotard y otros, ha sido arruinada por Corti, Cohnheim, Gandy y Marión, quienes han demostrado, que la embolía de una arteria estomacal, excepcionalmente producirá una necrosis, porque estas arterias no son terminales, y están anchamente anastomosadas las unas con las otras.

Como una variante de esta teoría puede ser considerada la de Klebs, quien reemplaza la embolía por un espasmo vascular.

Rokitansky cree que se trata de un éxtasis venoso, que haría posible la acción del jugo gástrico sobre los orificios glandulares, cuya nutrición sufriría á consecuencia de dicho éxtasis.

Se le opone que el éxtasis venoso retarda la secreción del jugo gástrico, cuando parece, según la opinión de Mathieu (2), Bouveret (3), Robin y otros autores, que es necesaria la condición contraria, es decir, la hipersecreción clorhídrica, para que la úlcera tenga lugar.

Según Rindfleisch el éxtasis venoso, produciría un infartus hemorrágico, que sería la lesión inicial.

La teoría traumática ha nacido á raíz de observaciones publicadas por Potain, Rendu y Duplay,

en las cuales, consecutivos á traumatismos de la región estomacal se notaron fuertes dolores y gastrorragias.

Quincke ha producido úlceras gástricas por traumatismos diversos.

Ritter y Vanni con violencias exteriores han obtenido el mismo resultado.

Decker introduciendo en el estómago de perros anestesiados algunas gotas de agua á 50°, con el auxilio de una sonda, obtuvo en sus diversas experiencias, pérdidas de substancia infundibuliformes, presentando los caractéres de la úlcera redonda.

Pero todas estas úlceras, con excepción de un caso de Rendu que duró 4 años, cicatrizaban rápidamente, faltándole por consiguiente uno de los caractéres más constantes de la enfermedad de Cruveilhier; la cronicidad.

Se ha opuesto también á esta teoría la facilidad con que cicatrizan las heridas operatorias.

La teoría de Pavy sobre la disminución de la alcalinidad de la sangre, no debe ser tenida en cuenta, pues nunca ha sido comprobada dicha alteración.

Boettcher, que descubrió en las paredes de una úlcera simple, una gran cantidad de microbios, fué el primero en admitir su origen infeccioso.

Letulle y sus discípulos se hicieron después sus ardientes defensores.

Esta teoría se basa en hechos clínicos, como ser

la aparición de la úlcera en el curso ó después de ciertas enfermedades infecciosas: viruela, linfangitis supurada, fiebre tifoidea, empiema del seno maxilar, pneumonia, fiebre puerperal, etc., y en hechos experimentales diversos.

Primeramente Chantemesse y Widal han obtenido la úlcera por la inyección intra-estomacal, en cobayos; de culturas puras de un bacilo que ellos consideraban como el productor de la disentería.

Letulle con estafilococus en inyección peritoneal y Charrin con toxina piociánica, obtuvieron el mismo resultado.

La penetración de los gérmenes microbianos puede hacerse por la mucosa gástrica, ó por cualquier otro punto de la economía. En este caso, los microbios, llevados por la sangre, vendrían á detenerse ya en las venas submucosas, como en el caso de Widal, ó bien en el tejido submucoso, dando lugar á un pequeño foco inflamatorio con necrosis consecutiva.

Gandy (4) en estos últimos tiempos admite que la úlcera simple es la consecuencia de una lesión necrobiótica de la mucosa, de origen toxémico. La toxémia puede ser debida á un veneno heterógeno (alcohol, ajenjo, etc.), á un veneno endógeno (autointoxcación) ó á una infección.

Robin, Mathieu y la mayor parte de los autores creen que dos condiciones son necesarias para la

producción de la úlcera: hipersecreción con hiperclorhidria y gastritis crónica.

Reunidas estas causas determinantes basta un traumatismo, una lesión accidental de la mucosa, una influencia neuropática, una *poussée* hiperclorhidrica más intensa, etc., obrando como causa ocasional para que la úlcera se produzca.

Síntomas.—Tres son los síntomas cardinales de la enfermedad de Cruveilhier; el dolor, los vómitos y las hemorragias.

El *dolor* raramente falta, y digo que no existe siempre porque hay úlceras que pasan completamente desapercibidas, y que son verdaderos hallazgos de autopsia. Son las llamadas latentes.

Pero por lo general existe, y varía en su intensidad desde la sensación de una pesadez ligeramente dolorosa, hasta la de viva quemadura y desgarramiento. El punto donde se produce se encuentra entre el ombligo y el apéndice xifoides, en la línea media, ó un poco á derecha ó izquierda de ella.

Sobre un dolor continuo, más ó menos sordo, se ingertan fuertes exacerbaciones dolorosas con ocasión de la ingestión de alimentos; estas crisis comienzan de diez minutos á media hora después de las comidas.

Es de notar que la intensidad del dolor varía con la calidad de los alimentos, siendo las bebidas ácidas, el vino, pastas, pan, especies, los muy calien-

tes ó muy fríos, los que lo provocan con mayor grado de agudeza.

Las emociones y los movimientos bruscos lo aumentan igualmente.

Correspondiendo al punto xifóideo y más ó menos á la misma altura que él, existe sobre el raquis otra zona dolorosa, llamada punto raquídeo. La percepción simultánea del dolor al nivel de los dos puntos xifóideo y raquídeo, explica la sensación especial que experimenta el enfermo, y que comúnmente comparan á la que les produciría una espada que los atravesara de parte á parte.

Los *vómitos* constituyen un síntoma menos precoz que el dolor y menos constante; falta, en efecto, en un cuarto de los casos.

Se produce, por lo general, cuando la crisis gástrica llega á su más alto grado de intensidad y tiene como resultado inmediato la desaparición ó atenuación momentánea del dolor.

Estos vómitos, constituídos por alimentos y líquidos estomacales, teñidos algunas veces con sangre, son muy ácidos. Esta acidez es debida á un exceso de HCl, ó á la presencia de ácidos de fermentación.

La *gastrorragia* es un síntoma casi constante y se produce por las mismas causas que provocan el dolor, es decir la ingestión de alimentos, movimientos bruscos, etc.

Cuando es abundante, el enfermo experimenta una sensación de peso al estómago, y siente, según Mathieu, un sabor de sangre, particular. El malestar aumenta y la hematemesis se produce. El enfermo presenta, además, los síntomas comunes á las hemorragias: palidez de la cara, vértigos y silbidos de oídos, acompañados algunas veces de síncope. La sangre vomitada es roja; cuando ha permanecido algún tiempo en el estómago es más ó menos obscura.

Si la arteria que da lugar á la hemorragia es de grueso calibre, la hematemesis se reproduce varias veces, y puede producir la muerte.

Parte de la sangre derramada en el estómago, pasa al intestino, dándole á las materias fecales una coloración negra, de alquitrán, que le ha valido el nombre de melæna.

Las heces son cilíndricas si es pequeña la cantidad de sangre que ha franqueado el píloro, mientras que cuando la cantidad es considerable, las deyecciones son diarreicas, negras y muy fétidas.

Cuando la gastrorragia se produce en varias veces y por pequeñas cantidades, la hematemesis no se produce, y la melæna es el único signo que la exterioriza; es muy importante, pues, su constatación.

Todos estos síntomas se presentan cuando la úlcera está confirmada, y son precedidos generalmente del síndrome de la hiperclorhidria.

El apetito está conservado, y si el enfermo come poco, es por temor al dolor.

Habitualmente son constipados.

La exploración exterior nos indica vagamente, por el dolor, cuál es el sitio de la úlcera, y en ciertos casos nos permite palpar una resistencia, más ó menos difusa, producto de la perigastritis. Nos proporciona, además, datos sobre las dimensiones del estómago, y el éxtasis, si existe.

El análisis de las materias vomitadas ha demostrado, que en casi todos los casos el HCl libre está aumentado. La evacuación estomacal se hace rápidamente, excepto los casos de estrechez espasmódica ó mecánica del píloro.

Los fenómenos generales varían según los progresos de la enfermedad, la mayor ó menor frecuencia de los vómitos y hematemesis, la mayor ó menor intensidad del dolor. La cara del enfermo tiene una expresión angustiosa particular y presenta una palidez cerosa, debida á la anemia, bien diferente de la coloración amarillo-paja de los cancerosos.

COMPLICACIONES.—Entre las complicaciones de la úlcera simple, la más temida es la perforación, la que se produce en 3 á 5 °/₀ de los casos. Las úlceras de la cara anterior del estómago son las que más comúnmente las originan.

Los síntomas de la perforación del estómago, son los mismos que constituyen el síndrome de la peri-

tonitis general, es decir, el hipo, meteorismo, facies abdominal, pulso pequeño, enfriamiento de las extremidades, vos quebrada, vómitos, etc., precedidos de un dolor violento y brusco, *le coup de poignard* peritoneal de Dieulafoy, que limitado primero al epigastrio, se irradia luego á todo el abdomen.

La intervención quirúrgica es el único medio de evitar una muerte segura.

Si la perforación se produce cuando adherencias han tenido tiempo de establecerse entre el estómago y los órganos que lo rodean, su resultado no es ya una peritonitis general, sino parcial enquistada.

Estos abscesos reciben un nombre diferente según su localización, y así tenemos los gastro-esplénicos, gastro-hepáticos, gastro-abdominales y el conocido con el nombre de pio-pneumotórax sub-diafragmático, que es el más común.

Este, que es el producido por la perforación de las úlceras de la cara posterior del estómago, se encuentra limitado: arriba por el diafragma, á la derecha por el ligamento suspensor del hígado, á la izquierda por el bazo, atrás por el ligamento coronario del hígado, y abajo por esta víscera, el estómago y el colon transverso, unidos entre sí por falsas membranas.

Estos abscesos sub-frénicos, en su principio dan lugar á vómitos y dolores epigástricos, semejantes á los de la úlcera, por lo que muchas veces su comienzo pasa desapercibido.

Dieulafoy (5) divide los síntomas del absceso confirmado, en abdominales y torácicos. Entre los primeros coloca el abultamiento y la deformación del epigastrio y del hipocondrio izquierdo. Estos signos, más el dolor, se localizan en la zona supra-umbilical, mientras que la infra-umbilical queda normal.

A los síntomas torácicos pertenecen el ensanchamiento de la base del tórax y los signos de un pio-pneumotórax, originados ambos por el rechazo del diafragma hasta el cuarto ó tercer espacio intercostal.

La confusión, pues, con una lesión pleural es posible, pero puede hacerse el diagnóstico diferencial si se piensa que el abultamiento y matitez del epigastrio é hipocondrios son síntomas de una colección abdominal que remonta en el tórax, y no de un derrame pleural ó pio-pneumotórax, en cuyo caso no existen.

Es cierto que un derrame pleural izquierdo puede deformar el hipocondrio correspondiente, y reemplazar por una matitez hídrica la sonoridad normal del espacio de Traube; pero para que esto se produzca, el derrame debe ser tan considerable, que la matitez suba hasta la región clavicular, y que el corazón sea fuertemente rechazado hacia la derecha, signos que no existen en la lesión que nos ocupa.

Para los casos sumamente dudosos puede recurrirse al procedimiento de Leyden, quien después de hacer una punción de la colección purulenta, ponía el trocar en comunicación con un manómetro. Si durante la inspiración el líquido sube en la rama indicadora, es decir que aumente la presión, se trata de un absceso sub-frénico, siendo supra-diafragmático en el caso contrario.

Este absceso, lo mismo que los otros de idéntica naturaleza, pueden abrirse, sea al exterior, al través de la piel, en el intestino delgado ó grueso, en el peritoneo, dando lugar á una peritonitis sobreaguda en las pleuras, bronquios ó pericardio, como en los casos de Guttmann y Cerenville.

La curación espontánea es excepcional, y si no se interviene quirúrgicamente, la muerte es la terminación habitual.

La peritonitis plástica peri-estomacal, es el resultado de la propagación de la inflamación, y se revela por cierta cantidad de síntomas, entre los cuales tenemos los dolores consecutivos á la ingestión de alimentos, dolor diferente del producido por la úlcera y originado por el tironeo que ejerce el estómago sobre las vísceras que le están adheridas. Este dolor, que es aumentado por la posición de pie y el ejercicio, es calmado por el decúbito horizontal y los vómitos.

Otros síntomas son la inmovilización de la gran

curvadura, á pesar de la insuflación, lavaje ó ingestión de alimentos, y la palpación de induraciones dolorosas en el epigastrio.

Estas placas de perigastritis, unidas á las hematemesis, los vómitos y la caquexia, han inducido en error á muchos clínicos que en casos semejantes han diagnosticado cáncer del estómago.

Robin aconseja pensar en una úlcera cuando el tumor del epigastrio sea móvil, mal limitado por la palpación, doloroso espontáneamente y sobre todo á la presión, ó después de la ingestión de alimentos.

La caquexia es consecutiva á los dolores, las hemorragias y los vómitos.

Zahn y Rosenheim han publicado observaciones en las cuales simulaba una anemia perniciosa.

La úlcera puede ser, y es en algunos casos, una puerta de entrada á las infecciones; en efecto, se han visto durante su evolución, manifestarse abscesos del hígado, parotiditis supurada, septicemia, endocarditis ulcerosa, etc.

El ingerto de un cáncer sobre una úlcera ó su cicatriz, es un hecho admitido por todos los autores, excepción hecha de Tripier y Duplant, quienes, basándose en algunos exámenes anatomo-patológicos, niegan que el cáncer sea consecutivo á la úlcera, y admiten, por el contrario, que ésta es posterior á aquél en su aparición, siendo la obliteración de los vasos por el tejido canceroso, la causa de su producción.

Formas clínicas.—Lebert describe siete formas clínicas de la úlcera.

La forma común es la que habitualmente se observa y en la que se hace fácilmente el diagnóstico, por encontrarse reunidos todos los síntomas fundamentales.

La forma hemorrágica la divide en aguda y crónica. La primera sería el caso de una úlcera hasta entonces latente, y que revela su presencia por una enorme hematemesis capaz de producir la muerte. Esta forma es algo muy semejante á lo que Dieulafoy ha descrito con el nombre de *exulceratio simplex*.

La segunda se caracteriza no por la abundancia de las gastrorragias sino por su frecuencia, y aunque no tan grave como la que precede, no deja sin embargo de serlo, pues antes de que el enfermo se reponga de la anemia consecutiva á su hematemesis anterior, sobreviene otra que lo postra nuevamente.

La forma gastrálgica se encuentra de preferencia en las mujeres cloróticas ó histéricas. Se manifiesta por violentas crisis gástricas que se confunden frecuentemente con la gastralgia nerviosa ó el cólico hepátíco, hasta que una hematemesis nos ilustra sobre su verdadera naturaleza.

La forma perforante es una úlcera latente, cuya primera manifestación es una peritonitis general ó parcial, consecutiva á una perforación.

La forma vomitiva, como su nombre lo indica, se caracteriza por la gran intolerancia estomacal.

La forma dispéptica es un escollo con el que tropiezan los más afamados clínicos. En efecto: ¿cómo sospechar la existencia de una úlcera, en un enfermo que presenta unos ligeros síntomas gástricos, una especie de bosquejo de la hiperclorhidria?

En estos casos la dolencia es descuidada por considerarla insignificante, y su diagnóstico exacto sólo es planteado después de una hematemesis, que puede ser mortal.

Por último, la *forma caquéctica* es el período terminal de una úlcera crónica.

Evolución.—La evolución de la úlcera gástrica es de una duración variable. Las úlceras agudas pueden, por la hemorragia ó perforación, matar rápidamente al enfermo, mientras que las crónicas duran años. Entre estos dos términos extremos existen, por supuesto, todos los intermedios.

Pronóstico.—La mortalidad producida por la úlcera es diversamente apreciada por los autores. Leube cree que ella es de 5 %. Según Brinton 23 % mueren por efecto directo de la úlcera y 27 % á consecuencia de las enfermedades á que da lugar, en primer término de las cuales hay que colocar á la tuberculosis. De manera que según este autor curarían solamente un 50 %.

Diagnóstico.—El diagnóstico de la úlcera del es-

tómago es fácil hacerlo, cuando en una persona joven, que ha sufrido anteriormente de su estómago, nos encontramos con los síntomas clásicos de la afección: dolor epigástrico, *en broche,* espontáneo y á la presión, que aumenta después de las comidas y sobre todo después de la ingestión de vino, vinagre ó alimentos muy condimentados, dolor calmado por el vómito, en el cual podemos encontrar, junto á los alimentos, una mayor ó menor cantidad de sangre, mezclado el todo á un líquido estomacal sumamente ácido.

Pero no siempre sucede así, y en algunos casos puede simular el cáncer del estómago. Esta afección se observa en personas de mayor edad y se caracteriza por un tumor epigástrico, anorexia y repugnancia por ciertos alimentos como ser la carne, dolores tardíos y no muy violentos, la coloración obscura de la sangre vomitada, anaclorhidria, tinte amarillo de la piel, caquexia, adenopatía supra-clavicular de Troisier, etc.

Á pesar de todos estos datos diferenciales, muchas veces no se ha hecho diagnóstico, perdurando la duda aun después de la necropsia y análisis histológico.

Las erosiones hemorrágicas de la mucosa gástrica pueden igualmente hacer cometer un error de diagnóstico. Einhorn y Pariser dan como síntomas diferenciales, la aparición más tardía del dolor en

las erosiones; la diferencia de la sensación dolorosa que en estas últimas es de quemadura, y no *en broche,* como en la ùlcera, y la presencia en el líquido de los lavajes, hechos en ayunas, de pequeños trozos de mucosa estomacal.

Mathieu no les da gran importancía á estos síntomas, y aconseja pensar en erosiones hemorrágicas, si se trata de individuos caquécticos, hepáticos, con una lesión cardíaca con tendencia asistólica, ó cualquier enfermedad crónica del pulmón que dificulte la circulación venosa.

El díagnóstico con la histeria gástrica también de be ser establecido, pues esta afección puede simular perfectamente la úlcera del estómago. Se buscarán los estigmas de la histeria, teniendo presente que un histérico puede padecer de una verdadera úlcera, y que, como díce Mathieu, vale más creer en una úlcera que no existe, que dejar pasar desapercibida una úlcera real.

Las neurosis dolorosas del estómago tienen alguna analogía con la úlcera simple. Como caracter diferencial se puede hacer notar la inconstancia, variabilidad é intermitencias con que el dolor se presenta.

Las crisis gástricas del Tabes, pueden hacer pensar por el momento en la úlcera gástrica; la observación del enfermo haría desvanecer tal suposición, pues como sabemos existen entre las crisis, perío-

dos más ó menos largos, durante los cuales las funciones digestivas se hacen con completa regularidad.

No hay que olvidar que un tabético puede tener una úlcera del estómago.

Basándose en la mayor ó menor rapidez con que se produce el dolor, se hace el diagnóstico de la localización de la úlcera.

Así, cuando el dolor se manifiesta inmediatamente después de la deglución, se dice que la úlcera está situada en el cárdias. Cuando la úlcera es pilórica, el dolor tarda más en producirse, y además siendo más frecuente la estrechez espasmódica ú orgánica del píloro, hay dilatación del estómago ó éxtasis.

El dolor es más marcado en la posición de pie si la úlcera es pre-pilórica, siendo el decubito horizontal, la posición más molesta cuando la úlcera ocupa la cara posterior del estómago.

El conocimiento de estos datos, puede contribuir al establecimiento de la localización del ulcus.

Tratamiento.—El tratamiento de las úlceras del estómago se divide en médico y quirùrgico. Aquel á su vez varía según que se trate de una úlcera aguda ó crónica.

Tratamiento médico.—El primero de estos, es decir, aquel que se aplíca contra los accidentes agudos, como ser dolores muy vivos, gran intolerancia

estomacal, fenómenos de peritonitis y sobre todo una gastrorragia abundante, es la llamada cura de reposo. Veamos en que consiste.

El enfermo será colocado en el lecho, ordenándosele suprima toda clase de movimientos inùtiles.

La alimentación bucal será completamente prohibida, y con el objeto de calmar la sed, se le dará al enfermo una cucharada de agua cada tantas horas. Mathieu no aconseja los pedazos de hielo, con el mismo objeto, pues cree que el frío puede excitar las contracciones del estómago.

Con el objeto de reemplazar las pérdidas líquidas de la economía, se darán el primero y segundo días enemas de suero de Hayem; uno cada 4 ó 5 cinco horas, y de una cantidad de 200 á 250 gramos cada uno. Si son mal tolerados se le pueden agregar algunas gotas de láudano.

A los dos días, al suero se le pueden añadir uno ó dos huevos, y al tercero y cuarto día, se irá reemplazando el agua, por leche hervida. Esta alimentación por el recto debe ser continuada durante diez días.

Esta alimentación rectal exclusiva se va reemplazando, poco á poco, por el régimen lacteo, de modo que existe un periodo en el cual, la alimentación se hace á la vez por el recto y por la boca.

Durante este tiempo los dolores pueden ser muy fuertes, y con el objeto de calmarlos se puede agre-

gar al enema algunas gotas de láudano, ó lo que es mejor dar morfina en inyecciones hipodérmicas. Este último medicamento tiene el inconveniente de la morfinomanía.

En aplicacción local, sobre la región epigástrica, Leube emplea cataplasmas de harina de lino, bien calientes. Para evitar la aparición de las vesículas, producto de la irritación de la piel, el mismo autor coloca, entre éstas y las cataplasmas, una compresa untada de vaselina.

Otros autores, como Riegel, usan compresas mojadas en agua helada, ó una bolsa de hielo permanente.

Sea cual fuese la influencia hemostática que estos procedimientos puedan tener, lo cierto es, como lo hace notar Penzoldt, que tienen la enorme ventaja de inmobilizar el enfermo.

Esta cura por el reposo es sumamente racional. En efecto, cuando se trata de curar una herida de cualquier parte del cuerpo, se inmoviliza la región, y se la protege contra las causas que pueden irritarla ó infectarla. Aquí también tenemos una herida y el reposo del estómago lo obtenemos, seguramente, no introduciendo alimentos en su interior; además, de esta manera evitamos la irritación de la úlcera que producen el contacto de los alimentos y del jugo gástrico.

Una vez el peligro inmediato conjurado, debe

pénsarse en la mejor manera de alimentar al enfermo.

Cruveilhier fué el primero en adoptar el regimen lácteo exclusivo, y desde entonces no ha dejado de ser usado, pues la leche reune grandes ventajas, que son: poca irritación del estómago, fácil digestión y saturación por su alcalinidad de una gran parte del HCl del jugo gástrico.

El enfermo debe ingerir dos ó tres litros de leche diarios, de una manera metódica, es decir, una cierta cantidad cada tanto tiempo. El intervalo entre toma y toma debe ser regularizado por el mismo enfermo, siendo la guia de éste, el dolor.

Expliquémosnos. Una cantidad de leche introducida en el estómago, neutralizando la causa que produce el dolor, es decir el HCl, suprime el efecto. Pero después de un cierto tiempo la hiperclorhidria vuelve á predominar, y con ella reaparece el dolor. Por lo tanto, debe de administrarse una nueva cantidad de leche cuando el dolor tiende á reaparecer.

La leche debe ser hervida, fría y sin azúcar.

El regimen lácteo exclusivo debe ser continuado mientras sufra el enfermo, y solo después de la desaparición completa del dolor, será reemplazado, y poco á poco, por potages á leche, huevos, etc.

En aquellos casos en que el regimen lácteo no basta para suprimir el dolor, es necesario recurrir á los medicamentos.

Estos obran, disminuyendo la secreción del jugo gástrico, ó neutralizando el fabricado normalmente, ó en fin ejerciendo una acción tópica sobre la úlcera.

Entre los pertenecientes á la primera categoría está la atropina, que aconsejan algunos autores, en la dosis diaria de medio milígramo á un miligramo.

Entre los segundos el más antiguamente usado es el bicarbonato de sodio. Mathieu lo prescribe en altas dosis, y en el momento que el paciente nota que la crisis dolorosa va á tener lugar. Otros autores, entre ellos Robin, no lo usan, acusándolo de estimular la secreción del HCl, de fatigar la mucosa gástrica, de apresurar la gastritis crónica, y de producir en fin timpanismo y trastornos vesicales.

La medicación por el subnitrato de bismuto, pertenece á Fleiner. He aquí su manual operatorio: por la mañana, en ayunas, hace un lavage del estómago, hasta que el líquido que emplea salga absolutamente limpio. Entonces introduce en el estómago unos 20 gramos de subnitrato, suspendidos en 200 gramos de agua destilada; ésta es retirada á los 10 minutos. Para efectuar esta operación el enfermo es colocado en la posición que se cree más conveniente, para que el subnitrato al depositarse, lo haga sobre la superficie de la úlcera. Esta operación se practica al principio todos los días, después cada dos ó tres días.

No siendo sin peligro la introducción de la sonda, muchos autores no hacen uso de ella, y dan á sus enfermos el bismuto simplemente suspendido en agua, haciendo luego que el paciente se acueste sucesivamente sobre el vientre, dorso, y los dos costados, quedando 10 minutos en cada posición.

Algunos autores usan mayores cantidades de sub nitrato; así Dreschfeld da 30 gramos diarios y Cramer Saveliew y Sansoni hasta 300 gramos.

Boas lo reemplaza por el carbonato de bismuto, que no constipa.

El fin que guía á estos médicos al hacer uso de esta medicación, es el formar sobre la úlcera una capa de la sal empleada, con el objeto de evitar su contacto con el jugo gástrico.

El nitrato de plata es la medicación que hoy Boas preconiza.

Dicho autor emplea una solución de 0,20 gramos en 120 gramos de agua destilada, adicionada de algunas gotas de esencia de menta, de la que hace ingerir al enfermo tres cucharadas grandes al día.

Rosenheim hace lavajes con soluciones al 1 por 1000, y pretende, junto con Boas, producir de esta manera una acción cáustica y antiséptica sobre la úlcera, acción que teóricamente no debe admitirse, pues el HCl precipitando el nitrato de plata, hace ineficaz el tratamiento.

Los alemanes emplean mucho la sal de Carlsbad,

que hacen tomar en ayunas. Pretenden que esta sal disminuye la secreción clorhídrica.

Esta no es la opinión de Spitzer y de Mathieu, quienes creen que su principal virtud es la de excitar la motricidad, y apresurar por consiguiente la evacuación estomacal.

Según estos autores debe, pues, ser administrada con prudencia.

El tratamiento médico no debe ser prolongado indefinidamente como lo hacen algunos autores. De esta manera, lo único que se consigue es llevar al enfermo á un estado tal de caquexia, que disminuye mucho las probabilidades de éxito del tratamiento quirúrgico.

El Dr. Caride Massini (6) cree que si después de dos meses de un tratamiento médico riguroso no se observa mejoría, debe procederse quirúrgicamente.

Tratamiento quirúrgico.—En aquellos casos en los cuales el tratamiento médico resulta completamente ineficaz, debe recurrirse al tratamiento quirúrgico, que en estos últimos años ha tomado un rápido desarrollo.

Su indicación principal se dirige contra los fuertes dolores y abundantes vómitos, resultantes de una estenosis del píloro, sea ésta espasmódica, cicatricial ó producida por la perigastritis.

La operación que da mejores resultados es la gastroenterostomía, imaginada por Nicoladoni y practicada por primera vez por Wölfler en 1881.

En aquellos casos de estrechez orgánica del píloro, es fácil comprender que restableciéndose el curso normal de los alimentos, desaparezcan los síntomas á que da lugar el éxtasis de ellos en el estómago. Pero el mecanismo por el cual esta operación hace desaparecer una úlcera gástrica en plena evolución, es tema más discutido.

He aquí una manera de interpretar los hechos: la gastro-enterostomia procura reposo al estómago por el rápido pasaje de los alimentos al intestino y evita la irritación que éstos, y sobre todo el jugo gástrico, producen sobre la úlcera. Además, según la opinión mencionada de Robin, Mathieu, Brouardel (7) y otros autores, el ulcus necesita como condición indispensable para establecerse y luego perdurar, la existencia de una gastrosucorrea con hiperclorhidria, gastrosucorrea que es curada como lo ha demostrado Doyen (8) por la operación de Wölfler, y como es lógico, desapareciendo la causa desaparece el efecto.

Esta brillante operación puede ser practicada según tres procedimientos: 1) gastro-enterostomía anterior; 2) gastro-enterostomía posterior llamada de Von Hacker aunque Courvoisier fué quien la practicó por primera vez, y 3) gastro-duodenostomía de Jaboulay.

Pasaré por alto estos dos últimos dedicándole algunas líneas á la técnica operatoria del primero.

En esta operación las anastómosis viscerales pueden hacerse según tres métodos diferentes: a) gastro-enterostomía por el procedimiento de suturas; b) gastro-enterostomía con botón, y c) gastro-enterostomía sin abertura inmediata de las vísceras.

Este último debido á Souligoux es realmente ingenioso pero poco usado.

El segundo fué imaginado por Murphy en 1892 y gozó durante unos años de una gran voga.

El de suturas, que es el más usado hoy día, es el que describiremos.

Primitivamente Wölfler incindía la piel paralelamente á la arcada costal, en una extensiọn de 12 centímetros; pero más tarde adoptó la incisión en línea media, que sin tener los inconvenientes que antiguamente se le atribuían (predisposición á las eventraciones), facilita la inspección del campo operatorio.

Una vez abierta la cavidad abdominal se procede á buscar el ansa á anastomosar.

Algunos operadores, como Lücke, tomaban la primera ansa que se les presentaba. Este procedimiento tiene grandes inconvenientes, pues el enfermo muere de inanición, en aquellos casos en que el ansa intestinal escogida se halla muy distante del duodeno. Obalinski, procediendo de esta manera, ligó el estómago con el ciego.

Una vez en posesión, por cualquiera de los pro-

cedimientos conócidos, de la ansa intestinal conveniente, es decir, el yeyuno á 30 ó 40 centímetros del píloro, se la aisla de las demás, lo mismo que al estómago, si es posible, y se coloca debajo de ellos compresas asépticas, que tienen por objeto proteger al peritoneo de las materias contenidas en estas vísceras.

Se coloca entonces sobre el ansa intestinal, y distantes entonces 15 centímetros una de otra dos pinzas de ramas guarnecidas de caoutchouc. La parte del estómago sobre la que se va á operar puede ser aislada ó por dos pinzas curvas ó por el clamp de ramas paralelas de Guinard (9).

Colocado el intestino paralelamente á la gran curvadura del estómago, y de tal modo que la ansa aferente esté á su izquierda y la eferente á la derecha, se procede á hacer una sutura sero-serosa, larga de unos 10 centímetros, y situada á medio centímetro de la curvadura, pasando en el intestino cerca de su inserción mesentérica. Un segundo surget sero-seroso, colocado medio centímetro adelante del primero y paralelamente, une las dos vísceras según una superficie y no según una línea. El hilo de seda con que se han hecho estas suturas debe ser largo, y el sobrante con sus agujas enhebradas se deposita sobre las compresas.

Á medio centímetro de la segunda sutura se incinde entonces el estómago é intestino, en una ex-

tensión de 5 centímetros, á bisturí, como lo hacen algunos operadores, ó á termocauterio, como Doyen, y por medio de un *surget* continuo se sutura esta doble herida, intestinal y gástrica. Algunos operadores hacen este *surget* sero-muscular solamente; otros comprenden además la mucosa.

Terminada esta sutura, se toman nuevamente las primeras agujas, y se continúan las suturas sero-serosas, contorneando la ancha comunicación que se ha establecido entre el estómago y el intestino.

Hecho todo esto se reintegran los órganos en la cavidad abdominal y se sutura la piel.

Al hacer la sutura, recomendamos colocar el intestino de modo que el ansa aferente estuviera colocada á la izquierda del estómago, y la eferente á su derecha. La razón de esta disposición es el conseguir que en el nuevo píloro los movimientos peristálticos se hagan en el mismo sentido que en el estómago, es decir, de izquierda á derecha.

Como cuidados post-operatorios se debe poner al enfermo durante 24 horas á dieta absoluta, administrándosele con el objeto de calmar la sed y levantar las fuerzas, enemas de agua simple, é hipodermoclisis de suero de Hayen.

Con el mismo fin que la operación de Wölfler, se han ideado y ejecutado otras, como ser la pílorectomia, piloroplastia y dilatación del píloro, que en sus resultados inmediatos y lejanos no igualan á la gastro-enterostomía, por lo que ésta es preferida.

En aquellos casos de úlcera hemorrágica aguda en los cuales la repetición y abundancia de las hematemesis hacen temer una muerte rápida, se debe igualmente intervenir. Después de hecha la incisión cutánea, al ejemplo de Delagénière se abre ampliamente el estómago según su gran eje, con las precauciones necesarias para que los líquidos estomacales no caígan al peritoneo. Se reconoce entonces de visu y por la palpación el sitio de la úlcera, la que es extirpada, haciendo una gastrectomia parcial atípica.

Antes de cerrar el vientre, Guinard aconseja hacer una gastro-enterostomia, por si hubiera pasado desapercibida alguna úlcera, y para evitar la formación de una nueva.

Hay otra complicación de la úlcera simple, la biloculación del estómago, que necesita de la cirugía cuando existen fenómenos de desnutrición, ó signos de estrechez.

Dos procedimientos pueden emplearse contra ella: la gastroplastia, operación semejante á la piloroplastia, y el establecimiento de una anastomosis entre las dos bolsas estomacales, operación imaginada por Wölfler quien la denominó gastro-anastomosis.

Tricomi acepta estas operaciones sólo cuando la bolsa cardiaca es muy pequeña. En los casos en que esta bolsa es bastante grande, practica una

gastro-enterostomia en el punto más declive de esta bolsa superior.

En aquellos casos de perforación del estómago, inmediatamente después de planteado el diagnóstico se debe intervenir. La herida de los tegumentos debe ser grande de manera á facilitar la inspección.

Una vez encontrada la perforación, se la cerrará invirtiendo sus bordes en el estómago con puntos de sutura, colocados según el procedimiento de Lembert.

Luego se practica la *toilette* del peritoneo y se coloca un drenage conveniente.

Las estadísticas demuestran, que cuanto menor es el tiempo transcurrido entre la perforación y la operación, mayores son las probabilidades de éxito.

ÚLCERA SIFILÍTICA DEL ESTÓMAGO

La sífilis es una afección tan antigua como la humanidad, puesto que 2637 antes de Jesucristo, Hoang-ty (10), médico chino, la conocía é indicaba como tratamiento el mercurio.

Es de suponer que sus manifestaciones de entonces serían las mismas que en la actualidad conocemos, solo se explica el silencio de los médicos antiguos sobre su localización gástrica, por su ignorancia sobre este punto, y no por la ausencia de esta complicación, que seguramente habrá sido más frecuente de lo que es hoy día, en aquellos diversos períodos en que la sífilis adquirió una violencia inusitada, sobre todo á fines del siglo XV, epidemia de la que Fracastor nos ha legado tan lúgubre cuadro.

Según creemos fué Andral quien en 1834, y por primera vez, publicó una observación de úlcera sifilítica del estómago. Desde entonces otros diversos autores han relatado algunos hechos clínicos y anátomo-patológicos, no muy numerosos, pero que sin ninguna duda afirman su existencia.

He aquí la observación de Andral (11):

«Es objeto de esta historia una mujer de 29 años de edad, cuyo padre murió á consecuencia de una afección orgánica del estómago, casada á la edad de 17 años, y que en los cinco primeros de su matrimonio tuvo cuatro hijos. Hacían tres años que había contraído una blenorragia que se suprimió por el uso de la posión astringente, conocida con el nombre de poción de Chopart, después de tratada en el estado agudo con las bebidas demulcentes, los baños y algunas inyecciones calientes.

«Se suprimió el flujo, y la enferma no presentaba ningún síntoma ni general ni local por el que pudiese sospecharse la existencia del virus sifilítico; aseguraba que nunca había disfrutado de una salud tan floreciente; tan sólo de cuando en cuando se manifestaban en los grandes labios algunos granos, que desaparecían inmediatamente con el uso de los baños y lociones de aguas de malvas. Sin embargo, nos llamó la atención su frecuente reaparición, y examinándolos cuidadosamente nos pareció que ofrecían un aspecto herpético. Se prescribió á la enferma el uso de caldos refrigerantes; tomó 20 baños de Baregès, y desde esta época no volvieron á aparecer los granos. Por espacio de dos años continuamos viendo á esta enferma con mucha frecuencia, y podemos atestiguar que su salud no se alteró un instante. Al cabo de este tiempo sufrió vivas emociones morales, padeciendo en su vida doméstica

disgustos de toda especie. Desde entonces empezó á perder su robustez; se le puso el rostro pálido y de un aspecto aplomado y lívido, declarándose en seguida síntomas muy graves por parte de las vías digestivas: perdió el apetito y los alimentos que se introducían en su estómago ocasionaban una sensación dolorosa que refería la enferma á la parte inferior del apéndice xifoides, siendo algunas veces arrojados pocas horas después de su ingestión. Tocando cuidadosamente la región epigástrica no se reconocía ningún tumor, pero había mucha sensibilidad; tenía la enferma eruptos violentos; la lengua estaba habitualmente blanquecina; las cámaras eran naturales; el pulso rara vez presentaba frecuencia; la piel estaba árida y las reglas se verificaban según costumbre todos los meses, pero con mucho menos abundancia. Todo parecía anunciar la existencia de una gastritis crónica, y ningún síntoma inducía á sospechar que estuviera enfermo el hígado. Se aplicaron con mucha frecuencia al epigastrio sanguijuelas que repetidas veces parecieron disminuir la sensibilidad del estómago; se cubrió esta región con fomentos emolientes; se ensayaron el emplasto emetizado y los vegigatorios ambulantes en el epigastrio, y se aplicó un cauterio al brazo. El hielo en el mismo epigastrio suspendió con frecuencia los vómitos: siendo expelidas inmediatamente todas las preparaciones; las opiadas se que-

daban al interior: hubo de limitarse la enferma á tomar bebidas emolientes.

«A pesar de todos los esfuerzos del arte hacía la enfermedad grandes progresos. Cuatro meses después de la aparición de los primeros síntomas eran diarios los vómitos, y arrojaba la paciente en gran parte toda clase de alimentos, sólido ó líquido, poco después de introducirlo en el estómago, siendo la leche de burra la única bebida que podía aun ingerir.

«Ya desesperábamos de poder suspender por más tiempo el curso de esta deplorable afección, cuando un día se quejó la enferma de calor incómodo en la garganta y dificultad al tragar. Inspeccionando estas partes descubrimos en la pared posterior de la faringe una úlcera pequeña y redondeada cuyo aspecto se aproximaba bastante al de las sifilíticas, no existiendo ningún otro síntoma venéreo. Entonces sospechamos si sería posible admitir que la afección del estómago que iba á arrebatar á la enferma fuese debido á un vicio sifilítico. Por poca probabilidad que tuviese esta idea, la adoptamos como única áncora de salvación que quedaba á la paciente, reflexionando además que cualquiera que fuese su estado, los inconvenientes de un tratamiento antivenereo dirigido con prudencia no podían equipararse con las ventajas que resultarían si se aplicaba oportunamente.

« Así pues aconsejamos el uso de las píldoras mercuriales, en las que entraba un octavo de grano del deuto-cloruro de mercurio. Hicimos empezar por una píldora tomada por la tarde y las aumentamos una á una hasta el número de seis solamente, mitad por la mañana y mitad por la tarde. Por la mañana prescribimos algunos vasos de agua de cebada con leche que no siempre eran expelidos: este tratamiento se continuó por espacio de cuarenta días. Al principio no hubo ninguna mejoría sensible, pero también es cierto que el mercurio introducido en el estómago no agravaba los antiguos accidentes gástricos ni empeoraban el estado de la enferma. Hacia el vigésimoquinto día se hicieron menos frecuentes los vómitos, parecía que la enferma digería algo mejor, se restablecieron algo las fuerzas y era menos aplomado el colorido de la cara. Desde el trigésimo día no pudo dudarse del alivio, siendo sobre todo conocido por la rareza de los vómitos. Alentados por este suceso asociamos al referido tratamiento el uso de las fricciones, dándolas primero cada cuarto día, y en seguida cada tercero, con una dracma de ungüento mercurial doble, en las extremidades inferiores. Desde la duodécima fricción llegó á ser desconocido el estado de la enferma. Cesaron los vómitos, pudieron introducirse sin dolor en el estómago los alimentos, y el epigastrio se puso blando é indolente, la piel perdió su aridez, recobró su fres-

cura el rostro y bien pronto se encontró la paciente en todo el lleno de su salud. »

Á continuación publica la observación que sigue y que le es común con el Dr. Marc:

« Un actor de uno de los teatros de París había padecido muchas veces de la enfermedad sifilítica: blenorragia, úlceras, entumecimiento de los ganglios inguinales, hinchazón de las diversas partes del periostio, dolores osteócopos y pústulas cutáneas; nunca se había sujetado á un tratamiento continuado. Cuando consultó á M. Marc se hallaba en el estado más deplorable: la cara muy pálida y expresando el dolor, las mejillas hundidas, muy flaco, y con tal debilidad, que apenas podía andar por su habitación, y le era imposible bajar la escalera de su casa; tos seca y frecuente con ronquera y dolores ligeros en la laringe; la respiración corta y precipitada, la lengua un poco roja, anorexia, dolor en el epigastrio, vómitos frecuentes, cámaras naturales, dolores muy vivos y profundos en los miembros y entumecimiento doloroso hacia la parte media de la cara interna de la tibia, que parecía depender de una hinchazón del periostio.

« Según el conjunto de síntomas que acabamos de enumerar parecía hallarse atacado este sujeto de una doble flegmasia crónica del estómago y de los bronquios, y aún había mucha probabilidad de que existiesen en él tubérculos pulmonares, ó á lo me-

nos era muy temido su desarrollo. Auscultamos el pecho con M. Marc, y ni este medio ni la percusión nos descubrió ninguna lesión orgánica del aparato respiratorio. Por mucho tiempo se había sometido al enfermo á todas las variedades del tratamiento antiflogístico sin obtener ninguna ventaja. En tal estado, dudaba M. Marc si sería la afección una tisis venérea, y después de haber deliberado con nosotros empezó el uso de las fricciones mercuriales, que se continuaron por cierto tiempo combinadas con el uso interior de la tisana de zarzaparrilla. Poco á poco se restablecieron las fuerzas, la cara tomó un aspecto más natural y se presentó algo de gordura; desaparecieron los fenómenos morbosos alarmantes que se referían al estómago y á los pulmones, y al cabo de tres meses de un tratamiento en que obró el mercurio con bastante energía para producir la salivación, se restableció completamente la salud. »

En la *Semaine Medicale* del 1.º de octubre de 1890 encontramos la siguiente observación de Rosanow (12):

« Un soldado presentaba desde ocho años atrás todos los síntomas de la úlcera del estómago: dolores en el epigastrio, vómitos, hematemesis y diarrea. Durante dos meses todos los medios de tratamiento quedan impotentes. En fin. el hecho de que los dolores gástricos sobrevenían particularmente

de noche y acompañados de dolores terebrantes en las piernas, hace suponer á M. Rosanow la existencia de una diatesis sifilítica, á pesar del resultado negativo de todas las informaciones tomadas á este respecto sobre los antecedentes del enfermo. En consecuencia el enfermo fué sometido durante 47 días á un tratamiento antisifilítico, consistente en el empleo de fricciones mercuriales, del calomel y del ioduro de potasio. La curación fué rápida.»

En enero de 1898, Fournier (13) comunicó á la Academia de Medicina de París dos observaciones.

La primera se relaciona á una mujer que él había curado treinta años antes de una rupia sifilítica del dorso. Diez años después «ella me hace llamar y yo la encuentro moribunda; á su lado había una palangana llena de sangre; desde hacían tres meses vomitaba sangre á pesar de toda la terapéutica usada en semejantes casos. Yo le prescribí el ioduro de potasio; se produjo un verdadero golpe teatral, este medicamento habiendo dado el resultado que da siempre en la sífilis «pur sang». Seis á siete años después, ví entrar á mi gabinete un verdadero espectro, y era esta mujer. Volvía de Italia donde habían reaparecido sus hematemesis. Ella había pedido el ioduro de potasio, pero los médicos no habían querido administrárselo, diciendo que «sería su muerte». Yo sin embargo, lo prescribí y he asistido á una verdadera resurrección.»

La segunda se refiere á un ruso curado en dos ocasiones de fuertes hematemesis por el ioduro de potasio.

Además de estas observaciones existen otras muchas en la literatura médica extranjera como ser las de Dubuc, Galliard, Gendrín, Dujardin-Beaumetz, Hayem, Hiller y la sumamente ilustrativa de Dieulafoy.

Los hechos anatomo-patológicos son más numemerosos que las observaciones clínicas.

Murchison relata el caso de un enfermo que murió cinco años después de contraer la sífilis, á consecuencia de hematemesis repetidas. En la autopsia se encontró además de un hígado manifiestamente sifilítico, una úlcera del estómago, superficial y no midiendo más que una línea y media.

Fauvel (14) presenta á la sociedad anatómica en el año 1858 un estómago cuyas paredes estaban hipertrofiadas, sobre todo en la región pilórica, y cuya mucosa estaba ulcerada en diversos puntos. Esta pieza había sido recogida sobre una antigua sifilítica que presentaba exóstosis en las tibias.

Lancereaux, en su tratado sobre la sífilis, publica la observación siguiente:

«En un hombre de sesenta y seis años, muerto en el Hôtel-Dieu, en el mes de septiembre de 1863, yo he constatado en la autopsia un conjúuto de lesiones viscerales manifiestamente sifilíticas y al

mismo tiempo una alteración del estómago que me pareció debía ser relacionada á la sífilis, tanto más cuanto que el hígado era abollonado, deprimido y deformado por bridas y cicatrices, que los riñones estaban cerosos y que existía una periorquitis derecha. Los ganglios ilíacos y la mayor parte de los ganglios pre-vertebrales estaban además tumefactos y manifiestamente alterados. El estómago, de dimensiones normales, presentaba, á dos centímetros del píloro, sobre la pequeña curvadura y en una extensión de 3 centímetros una ulceración que casi había destruído por entero su pared; pelotones grasosos ligeramente adherentes y pegados detrás de esta ulceración impedían en parte la perforación. Los bordes de la ulceración eran grisáceos, fibrosos, indurados, tallados en bisel á expensas de la mucosa; no existían ganglios indurados en la vecindad. Estos caracteres y las numerosas alteraciones viscerales que acompañan aquí la alteración del estómago parecen poner fuera de duda la influencia de la sífilis sobre esta alteración.»

Klebs (15) relata que un individuo portador de ulceraciones y cicatrices de la piel, faringe, epiglotis y de gomas del pulmón y del hígado, encontró en la cara posterior del estómago, cerca de la pequeña curvadura, una úlcera redondeada, de tamaño de una pieza de un franco, comparable á las ulceraciones sifilíticas de la base de la lengua. El fondo

de la úlcera estaba constituído por las túnicas submucosas espesadas, y del lado del peritoneo se encontraba una placa lisa, dura y saliente. Al corte podía convencerse que se trataba de una infiltración gomosa de las túnicas externas con degeneración caseosa del lado de las membranas internas. En diversas regiones del intestino existían gomas ulcerados.

Observaciones análogas han sido publicadas por otros autores, como ser: Chiari (16), Virchow, Leudet, Fioupe, Frerichs, Drozda, Weichselbaum, Cesaris-Demel, Aristow, Birch-Hirschfeld, Flexner, Zavadzki, Luxembourg y Wagner.

La más interesante es la de Cornil (17) que insertaré aquí por ser el goma la lesión inicial de la úlcera.

« Hace cuatro años yo hice en la Charité, en el servicio de M. Woillez, la autopsia de una mujer que presentaba, al mismo tiempo que un goma del hígado, gomas del estómago. La mucosa estomacal mostraba, á lo largo de la pequeña curvadura y en la vecindad del píloro, el relieve de tumores aplastados, mamelonados, uno teniendo 5 centímetros de diámetro. otro 3 y el último 2 centímetros; la mucosa estaba conservada, pero adelgazada y adherente á su nivel. Sobre una sección perpendicular á su superficie, el tejido sub-mucoso espesado é indurado ofrecía un espesor de 8 á 12 milímetros: este

relieve del tejido conjuntivo sub-mucoso se distinguía perfectamente de la capa musculosa situada debajo. El píloro estaba estrechado; ganglios hipertrofiados é indurados rodeaban la pequeña curvadura estomacal; existía, además, una cicatriz blanca, dura y radiada en la superficie peritoneal del estómago. Al examen microscópico, la capa glandular del estómago, al nivel de estos pequeños tumores, se mostraba herizada de pequeñas saliencias vellosas ó papilares debidas al brotamiento hipertrófico del tejido conjuntivo que rodeaba las glándulas. Éstas estaban separadas por tejido conjuntivo espesado y fibroso. Su canal excretor estaba estrechado, obliterado á veces por el tejido conjuntivo aunque los fondos de sacos de las glándulas fueran casi normales. Éstos se presentaban, en efecto, á 1 milímetro ó milímetro y medio de la superficie de la mucosa, bajo la forma de aglomeraciones de secciones circulares, teniendo el diámetro normal de los fondos de saco terminales de las glándulas. Estas glándulas contenían algunas células de epitelio cúbico y pequeño, no formando un revestimiento completo si no es en las dilataciones terminales que eran completamente tapizadas por células cilíndricas, cuya gran extremidad correspondía á la pared y cuya extremidad más estrecha correspondía á la luz de la glándula que contenía un líquido mucoso.

«El tejido conjuntivo sub-mucoso, que constituía todo el relieve de la neoformación, era denso, apretado, ahojado, recorrido por vasos sanguíneos permeables á la sangre. Estaba formado de haces de tejido conjuntivo entre los cuales había numerosas células embrionarias, redondas y pequeñas, ó un poco alargadas. Estas células eran á veces dispuestas en pequeños grupos.

«Las capas musculosas muy espesadas del estómago estaban compuestas de haces de fibras lisas separadas por bandas de tejido fibroso, conteniendo muchas células embrionarias. El tejido conjuntivo sub-peritoneal presentaba una neoformación de células análogas.

«Se trataba, pues, en este caso, de gomas del estómago, aplastados, mamelonados, situados bajo la capa glandular de la mucosa, y cuya naturaleza era confirmada todavía por la presencia de un goma hepático.»

La *frecuencia* de la úlcera sifilítica del estómago es diversamente admitida. Engel opina que en 10 por 100 de los casos, la úlcera es precedida de sífilis. Lang va más allá y cree que la proporción es de 20 por 100. Galliard, refiriéndose á estas cifras, dice: «Yo he leído varias centenas de observaciones de úlcera gástrica, preocupándome sobre todo de las circunstancias etiológicas, sin encontrar más de una decena de veces la sífilis.»

Sus *síntomas* son exactamente iguales á los de la enfermedad de Cruveilhier, de modo que clínicamente es imposible hacer un *diagnóstico*, el cual sólo puede ser sospechado cuando existan antecedentes específicos ó coexistencia de lesiones sifilíticas en alguna región ú órgano de la economía, en especial en el resto del tractus intestinal (boca, faringe, recto).

Anatómicamente, el diagnóstico puede hacerse sin temor de equivocarse, sólo en aquellos casos en los cuales, como en el de Klebs, se constate una infiltración gomosa del fondo de la úlcera.

La *lesión anatómica*, es decir, la forma según la cual la sífilis la determina, es la formación en las túnicas del estómago de gomas, cuya necrobiosis, producida por la obliteración de sus vasos, consecutiva á la infiltración gomosa de las paredes de éstos, da lugar á una pérdida de substancia, origen de la úlcera, que progresa y se hace mayor bajo la acción digestiva del jugo gástrico.

Esta interpretación es muy admisible, si se considera que el goma es la lesión predominante del período terciario, período durante el cual se manifiesta la úlcera específica.

El único *tratamiento* es el específico, que, aquí como en todas las lesiones de origen sifilítico, es seguido de rápidos y espléndidos resultados.

OBSERVACIÓN Nº. 1

SERVICIO DEL DR. ABEL AYERZA

Hospital de Clinicas—Sala IV.

T. H. argentino, 27 años, soltero, marino.

A. H. Sin importancia.

A. I. Muy débil cuando niño. A los 15 años guardó cama 40 días, por una dolencia que fué diagnosticada fiebre de crecimiento. Hacen tres años tuvo tres ulceraciones en la cara interna del prepucio. Poco más de un mes después, y precedida de infartos ganglinares en las ingles y cuello, apareció la roseola acompañada de cefalalgia nocturna, caída de pelo y dolores en las tibias. Tomó unas 80 ó 100 píldoras de Dupuytren, y habiendo desaparecido los síntomas arriba mencionados, abandonó todo tratamiento.

De los 23 á los 25 años fué alcoholista, y presentó en esa época los síntomas del alcoholismo crónico; pesadillas terroríficas, calambres nocturnos, frecuentes pituitas, etc. Conjuntamente con

el abandono de la bebida, (hacen dos años), desaparecieron estos síntomas.

Su enfermedad actual data de tres meses, y comenzó con una anorexia tan considerable que, según el enfermo, se pasaba hasta dos y tres días, con mate solamente. Cuando comía, unos días hacía la digestión con facilidad, otros le sobrevenía, como media hora después, un dolor al epigastrio, sin irradiaciones, de variable intensidad, y que duraba una hora más ó menos. Este dolor era más violento cuando ingería carne, alimentos muy condimentados, ó ácidos. La leche no le hacía sufrir tanto. Dice el enfermo que la presión, el ejercicio y la ingestión de nuevos alimentos aumentaban su dolor, y que sólo encontraba un alivio cuando se acostaba, siendo el decubito dorsal la menos dolorosa de las posiciones.

Algunas veces, cuando el dolor estaba en su apogeo, vomitaba, acto que disminuía ó hacía desaparecer el dolor inmediatamente. Los vómitos eran alimenticios, muy ácidos, y en una ó dos ocasiones mezclados á un poco de sangre roja. Las materias fecales de vez en cuando tenían un color negro muy intenso.

En los últimos tiempos el dolor y los vómitos se hicieron más frecuentes, por lo que se puso en tratamiento en el Hospital Militar, y no encontrando curación á su dolencia es que ingresa al servicio del Dr. Ayerza.

Estado actual: individuo bien conformado; regular desarrollo muscular y panículo adiposo.

La inspección no revela nada de particular.

El examen metódico del aparato respiratorio y circulatorio, no nos permite descubrir nada de anormal.

La palpación del abdómen nos da una zona muy dolorosa, limitada al epigastrio. La presión hace repercutir este dolor al nivel de la 12.ª vértebra dorsal, más ó menos. No hay dilatación ni éxtasis estomacal. No se palpa tumor ni induración.

Hígado y bazo de dimensiones normales. Reflejos normales igualmente.

Es constipado. En la orina nada de particular.

En estos tres meses de enfermedad ha perdido cinco kilos de peso.

El diagnóstico de la úlcera del estómago, se hizo después de la eliminación de los estados mórbidos con que puede ser confundida. Así el Tabes lo fué, por ser intermitentes las crisis gástricas que produce, y por la ausencia de los demás síntomas de la enfermedad de Duchenne.

En la litiasis biliar los cólicos no son tan frecuentes como las crisis dolorosas de la úlcera, y no son influenciados por la ingestión de alimentos. Además hay ictericia y decoloración de las heces, síntomas que no han existido en este caso.

La histeria fué igualmente eliminada por la au-

sencia total de sus estigmas, y lo mismo el cáncer.

En posesión del diagnóstico de úlcera del estómago, se abandonó la hipotesis de su origen tuberculoso por la ausencia de Bacilosis en los demás órganos, y se pensó en su origen sifilítico por la existencia de antecedentes, y la insignificancia del tratamiento á que se había sometido.

De acuerdo con lo anterior se le hizo una inyección diaria de bi-ioduro de mercurio (cada inyección contenía cuatro miligramos de la sal).

Después de las dos primeras, el enfermo cesó de sufrir, y comenzó á alimentarse con un poco de carne y verduras, sin experimentar la más mínima molestia.

A los diez días de tratamiento y á consecuencia de la ingestion de vinagre (en ensalada) reapareció el dolor que fué muy moderado y cesó rápidamente.

Después de 25 inyecciones, ingería cualquier clase de alimentos, haciendo perfectamente bien la digestión.

Su peso ha aumentado de 4 kilos.

Se le prescribe el iodoro de potasio y se le da de alta completamente curado.

OBSERVACIÓN NÚM. 2

SERVICÍO DEL DOCTOR ABEL AYERZA

Hospital de Clínicas:—Sala IV.

J. A. Español, 29 años, casado, jornalero.

A. H. Buenos.

A. I. Muy sano hasta hacen 5 años, fecha en que tuvo un chancro, seguidos de los síntomas secundarios de la sífilis. No se hizo tratamiento. No es alcoholista.

Hacen dos años y medio que está enfermo. Comenzó su afección con anoréxia y abultamiento del estómago después de las comidas. Este era el asiento de una sensación de peso muy incómoda. Eruptaba frecuentemento. Hacen unos ocho meses que se le manifesfó por primera vez un dolor, que localiza al epigastrio, y que correspondía á la columna vertebral. Este dolor, bastante agudo, no se irradiaba, y duraba dos horas más ó menos. Posteriormente este dolor se hizo muy frecuente, y aparecía de 10 minutos á media ho-

ra después de las comidas, variando su intensidad con la calidad de los alimentos ingeridos, siendo la leche quien lo producía en menor grado. Ha vomitado muy rara vez y nunca ha tenido hematemesis. Por lo general constipado, tenía con relativa frecuencia diarreas profusas, muy negras y sumamente fétidas.

Coincidiendo con la aparición de su dolor estomacal, es decir hacen 8 meses, comenzó á sufrir de la garganta. El Dr. Obejero que lo examinó en estos días, hizo el diagnóstico de úlceras sifilíticas de la faringe.

A pesar del régimen lacteo y de los diversos medicamentos que le ordenaron los médicos que lo asistieron, su enfermedad siguió progresando, razón por la cual ingresa en este servicio.

Estado actual. Individuo bien conformado con poco desarrollo muscular y escaso panículo adiposo.

Su cara indica sufrimiento. La inspección del cuerpo nada de particular.

Los pulmones y el corazón funcionan normalmente.

Por la palpación se despierta un dolor epigástrico y no se constata ni tumor ni induración.

Estómago, hígado y bazo de dimensiones normales.

Reflejos fisiológicos. Es constipado y en la orina no se halla nada de anormal.

No sabe precisar cuántos kilos de peso ha perdido aún cuando nota que está bastante delgado.

De los tres síntomas cardinales de la úlcera en este enfermo, faltan las hematemesis. Pero, aparte de que ésta no existe en todos los casos, tenemos en cambio esas diarreas muy negras y sumamente fétidas, es decir melœnas, que la reemplazan.

Por las mismas razones que en la observación anterior fueron eliminados el tabes, cáncer, histeria y la bacilosis y se diagnosticó úlcera del estómago, cuya naturaleza específica fué sospechada, por la resistencia que la afección había opuesto á los tratamientos instituídos, los antecedentes del enfermo, la ausencia total de tratamiento, y la presencia en su faringe de úlceras sifilíticas.

En consecuencia se le ordena el bi-ioduro de mercurio en inyecciones, de las que se le hace una serie de treinta y tres.

Desde las primeras inyecciones notó mejoría, y comenzó á alimentarse con carne sin sentir ningún dolor.

Las heces recobraron la consistencia y el color normal.

Ha ganado dos kilos de peso.

Se le prescribe el ioduro de potasio y se le da de alta.

OBSERVACIÓN Nº. 3

SANATORIUM DEL DR. P. CARIDE MASSINI

F. R., argentino, 46 años, casado, estanciero.

A. H. Sin importancia.

A. I. Cuando niño, ha sido siempre sano. A los 27 años tuvo una blenorragia, de la que curó bien.

Se casó á los 30 años y tuvo varios hijos sanos; cuatro años después adquirió un chancro en el miembro seguido poco después de roseola y caída de pelo.

La enfermedad actual empezó con pérdidas de orinas y pocos días después retención, lo que le obligó á sondarse: estos sondages hechos por él mismo, sin ninguna regla de asepsia, le produjeron una violenta cistítis purulenta, con descamación del epitelio de la vegiga. y en consecuencia absorción urinosa, caracterizada por violentos chuchos á las tardes, y elevación nocturna de la temperatura hasta 41°. Como estos síntomas se pro-

longan durante dos meses á pesar del tratamiento médico, resuelve venir á Buenos Aires é ingresa en el Sanatorium el día 25 de Septiembre de 1896.

Estado actual: Individuo bien constituído; estado general muy malo: ha enflaquecido como treinta kilos y su aspecto es el de un caquéctico.

Sensibilidad: normal en todo el tronco y miembros superiores; disminuída en los miembros inferiores; no hay dolores expontáneos.

Motilidad: la estación de pie es imposible, camina apoyado con mucha dificultad; sin embargo en la cama los movimientos activos de las piernas se hacen bien.

Reflejos: están todos conservados á excepción del rotuliano, y de la planta del pie, que faltan en absoluto.

En los aparatos respiratorios, circulatorio y digestivo nada se nota de anormal.

Aparato urinario: hay incontinencia cuando la vejiga está llena y después de orinar, la sonda extrae alrededor de 150 gramos de orina conteniendo gran cantidad de pus.

Diagnóstico: ¿Goma de la médula?

Tratamiento: Sonda permanente; lavaje de la vejiga con solución de nitrato de plata al 1 por 1000. Fricciones mercuriales de seis gramos, y cinco gramos de ioduro de potasio por día.

Octubre 26 de 1896. Como no hay pus en la orina se saca la sonda; á la noche escalofrío y elevación de temperatura á 39°, obligando á reponer la sonda permanente por otros quince días.

Diciembre 1° de 1896. Alta, curado.

El día 3 de Junio de 1899 ingresa nuevamente al Sanatorium, después de haber estado en tratamiento con un especialista del estómago, quien le había diagnosticado un cáncer de esa víscera.

Su enfermedad había comenzado un año antes con caimiento, sueño, malestar y anorexia. Después de comer tenía una sensación de peso al estómago, y eruptaba frecuentemente. A los dos ó tres meses se manifestaron los vómitos, que se producían á las cuatro ó cinco horas después de las comidas.

Los vómitos se componían de restos alimenticios mezclados con sangre, de una coloración obscura, semejante á borra de vino según la expresión del enfermo.

El dolor al estómago poco intenso desaparecía con los vómitos.

Estos fueron haciéndose tan frecuentes que en Julio de 1899, vomitaba todo lo que comía en un plazo no mayor de media hora; siempre eran teñidos de sangre.

El Dr. Caride Massini en vista de los antece-

dentes del enfermo, diagnostica úlcera sifilítica del estómago, y como tratamiento le hace día por medio una inyección conteniendo cuatro miligramos de bi-ioduro de mercurio.

El enfermo, que no podía alimentarse, pues todo lo vomitaba, empieza á comer después de la tercer inyección.

El 18 de Agosto, seis días después de empezar el tratamiento pesa 72 kilos y 200 gramos. El 18 de Septiembre, es decir, un mes después, durante el cual se le hicieron 15 inyecciones, pesa 75 kilos con 200 gramos. Siete días después su peso alcanza á 76 kilos.

Sale de alta entonces sin ninguno de los síntomas que lo obligaron á ingresar en la clínica.

Últimamente hemos visto al enfermo quien de tiempo en tiempo se hace dar una serie de inyecciones de mercurio; sigue perfectamente bien, funcionando sin ningún trastorno su aparato digestivo.

OBSERVACIÓN Nº. 4

SANATORIUM DEL DR. CARIDE MASSINI

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

A. H., sin importancia.

A. I., muy sano cuando niño.

Hacen diez años tuvo una llaga en el miembro con infarto ganglionar; á los tres meses roseola, caída de pelo y cefalalgias intensas. No se hizo tratamiento.

Hacen tres años empezó á sentir puntadas en el estómago después de comer, que lo obligaban á vomitar; era un dolor lancinante que le pasaba á la espalda. Algunas veces los vómitos eran con sangre.

Durante estos tres años ha estado bajo tratamiento médico: régimen lácteo, medicación alcalina, etc. Ha estado en diversos hospitales y últimamente varios meses en una de las salas del Hospital de Clínicas.

Como el tratamiento médico ha sido impotente para aliviarlo, piensa en la posibilidad de un tra-

tamiento quirúrgico, y con ese objeto ingresa en el Sanatorium el día 18 de Octubre de 1898.

Estado actual: individuo demacrado, camina con dificultad; está muy delgado, pesando sólo 51 kilos; el aspecto de su piel denota una anemia profunda.

La palpación del abdómen determina un dolor en el epigastrio; no hay tumor apreciable; hígado normal.

Los síntomas funcionales están caracterizados por vómitos, produciéndose á la hora de haber comido, y por causa del dolor pungitivo, que no se calma hasta haber desocupado el estómago.

Hay extreñimiento pertinaz.

Tratamiento:

Fricciones de ungüento mercurial doble de 6 grs.; enemas de gramo y medio de ioduro de potasio, tres veces al día; régimen lacteo.

Octubre 25.—Los dolores del estómago han desaparecido igualmente que los vómitos; pesa 52 kilos; se le da pescado y pollo.

Octubre 28.—Peso 52 kilos y 300 gramos. Alta en vía de curación para seguir el mismo tratamiento.

El enfermo ha venido á pesarse con regularidad cada mes, notando un aumento progresivo en el peso; que ha alcanzado 14 kilos en un año de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

(1) *A. Robín.*—Les maladies de L'Estomac, 1901.

(2) *A. Mathieu.*—Traité des maladies de L'Estomac, 1901.

(3) *L. Bouveret.*—Traité des maladies de L'Estomac, 1893.

(4) *C. Gandy.*—La nécrose hémorrhagique des toxémies et l'ulcère simple, 1899.

(5) *G. Dieulafoy.*—Pathologie interne, 1898.

(6) *P. Caride Massini.*—Revista de la Sociedad médica argentina del mes de Marzo, 1901.

(7) *P. Brouardel.*—Traité de médicine, t. 4.°, 1897.

(8) *Terrier, Hartmann.*—Chirurgie de L'Estomac, 1899.

(9) *Le Dentu, Delbet.*—Traité de Chirurgie, tomo 7.°, 1899.

(10) *E. Lancereaux.*—Traité de la Syphilis, 1873.

(11) *G. Andral.*—Clínica médica, traducción de G. Usera y F. Mendez Alvaro, t. 4.° 1842.

(12) *P. Rosanow.*—Semaine médicale; Octubre 1.° de 1890.

(13) *G. Dieulafoy.*-Clinique médicale. 1897 y 1898.

(14) *Langlebert.*—Traité pratique de la syphilis, 1890.

(15) *Ch. Mauriac.*—Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire.

(16) *H. Chiari.*—Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1893.

17) *V. Cornil.*—Leçons sur la syphilis, 1879.

CONCLUSIONES

1° Los hechos clínicos y anatómicos publicados por diversos autores, y las observaciones que preceden, demuestran que existe la úlcera sifilítica del estómago.

2° Que no es tan rara como se supone.

3° Que sus síntomas son los de la úlcera simple, y que en vida sólo el tratamiento antisifílico, con resultado satisfactorio, nos permite hacer un diagnóstico exacto de su naturaleza específica.

4° Que en todo individuo ulceroso, con antecedentes sifilíticos, es necesario instituir el tratamiento mercurial.

5° Que siendo la sífilis negada muchas veces por una mal entendida vergüenza, ó por ser realmente ignorada, se debe tentar el tratamiento mixto en todo ulceroso.

LORENZO MOSS.

Buenos Aires, Agosto 9 de 1901.

Nómbrase á los señores, Académico Dr. José Penna; Profesor titular, Dr. Abel Ayerza y Profesor suplente, Dr. Ignacio Allende, para que constituídos en comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.—*J. R. Fernández, Zenón Aguilar.*

Buenos Aires, Agosto 16 de 1901.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno, Sr. Lorenzo Moss:

«En la Facultad á 16 de Agosto de 1901, re-«unida la Comisión que subscribe encargada de «dictaminar respecto de la admisibilidad de la te-«sis del ex-alumno Sr. Lorenzo Moss, que versa «sobre «Úlcera sifilítica del estómago», resolvie-«ron admitirla. Con lo que terminó el acto.—«(Firmado) *José Penna*, *A. Ayerza*, *J. Allende*, «*Carlos Robertson*, Pro-secretario.»

Zenón Aguilar.

Buenos Aires, Agosto 16 de 1901.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por secretaría, el día en que haya de ser sostenida.—*J. R. Fernández, Zenón Aguilar.*

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

En la clase menesterosa, el tratamiento de elección de la úlcera simple del estómago, debe ser el quirúrgico.

II

El procedimiento del Dr. Ayerza, para el diagnóstico del pneumo-torax abierto, es fácil y sencillo.

III

El tratamiento por el Ictiol, de las ciáticas, como de otras neuralgias, puede competir con los habitualmente usados.