AÑO 1908 N. 1778

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

FORMAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO

DE LA

ÚLCERA DEL ESTÓMAGO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

Vicente Urdapilleta

BUENOS AIRES

IMP. NEREO F. DOBLAS, BARTOLOMÉ MITRE 1200

1908

FORMAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO

DE LA

ÚLCERA DEL ESTÓMAGO

AÑO 1908 N. 1778

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

FORMAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO

DE LA

ÚLCERA DEL ESTÓMAGO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

Vicente Urdapilleta

BUENOS AIRES

IMP. NEREO F. DOBLAS, BARTOLOMÉ MITRE 1200

1908

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

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón

Vice-Decano

Dr. D. José Penna

Consejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con lic.)
» » Pedro N. Arata
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Güemes
» » Eliseo Cantón
» » Enrique Basterrica
» » Antonio C. Gandolfo
» » José M. Ramos Mejía
» » Juan A. Boeri (supl.)
» » Baldomero Sommer
» » Gregorio Araoz Alfaro
» » Abel Ayerza
» » José R. Semprun
» » Jaime R. Costa

Secretarios

Dr. D. Ricardo S. Gómez
» » Jonás Larguía

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Jaime R. Costa
Química Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología teórico práctica	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Vacante
Anatomía Descriptiva	» Juan D. Piñero
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	» Horacio G. Piñero (con lic.)
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini (con lic.)
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene Pública y Privada	» Vacante
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología Externa	» Obdulio Hernández
Medicina Operatoria	» Adalberto Ramaugé (con lic.)
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejia
» Médica	» Luis Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología Interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina Legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo (con lic.)
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina (con lic.)
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Vacante
Patología General	» Roberto Wernicke
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito-urinaria	» Perro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos substitutos
Zoología Médica	Dr.	D. J. Grenway
Física Médica	»	Juan José Galiano
Química Médica	»	Vacante
Botánica Médica	»	Vacante
Química biológica	»	Vacante
Histología teórica-práctica	»	Julio G. Fernández
Anatomía Descriptiva	»	Joaquin L. Figueroa
Semiología y ejercicios clínicos	»	Manuel A. Santas
Anatomía Topográfica	»	Vacante
Fisiología General y Humana	»	Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	»	José Badía (en ejerc.)
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	»	Vacante
Materia Médica y Terapéutica	»	Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	»	Leandro Valle (en ejer.)
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wecenslao Tello Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	M. Aberastury
Patología externa	»	Carlos Robertson
» interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Teófilo A. Moret
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Daniel J. Cranwel (en ejer.) Avelino Gutiérrez Francisco Llobet Marcelo Viñas Marcelino Herrera Vegas
» Neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprun
Medicina Legal	»	Domingo S. Cavia Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Patricio Fleming Ricardo Colón Luis Agote
Clínica Osbtétrica	»	Fanor Velarde Enrique A. Pardo Enrique Zárate (en ejer.) Miguel Z. O'Farrel Samuel Gache
Toxicología Experimental	»	Vacante
Clínica Pediátrica	»	Antonio F. Piñero
» Génito-urinaria	»	Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	»	Benjamín T. Solari José T. Borda
Patología General	»	Alois Bachmann

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Cated. titulares
Zoología general, anatomía y fisiología comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica y minerealogía	» Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología razonada	» 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 farmacéutica	» Ricardo Schatz

Asignaturas	Cated. substitutos
Zoología gen., anatomía y fisiología comparada	Vacante
Botánica y mineralogía	Vacante
Química inorgánica aplicada	Vacante
Química orgánica aplicada	Vacante
Farmacognosia y posología razonada	Sr. Juan A. Dominguez
Física farmacéutica	Vacante
Química analítica y toxicológica (primer curso)	Vacante
Técnica farmacéutica	Vacante
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	Vacante
Higiene, legislación y ética farmacéutica	Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	Dr. Enrique A. Pardo (en ejer.

Asignaturas	Cated. substitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Vacante
Parto distócico y Clínica Obstétrica	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomía, Fisiología, Patología	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» Nicasio Etchepareborda

Asignaturas	Cated. substitutos
Anatomía, Fisiología. Patología	Vacante
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

Dr. Wenceslao E. Acevedo

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE

Antes de entrar á tratar el punto que me he propuesto desarrollar en este trabajo, quiero dejar constancia de mi agradecimiento á los profesores de la Escuela por su dedicación y su enseñanza.

Al Dr. Abel Ayerza, á su jefe de Clínicas Dr. Troncoso y el Dr. Viton, adscripto á la Cátedra, mi reconocimiento.

Mi especial agradecimiento al Dr. Wenceslao E. Acevedo, que me acompaña como padrino.

I

Forma Común

La forma común, la forma clásica, es la que se describe como tipo de la úlcera del estómago.

Se acostumbra á dividir su estudio, según su duración, en aguda y crónica. A la primera se dá una evolución de 6 á 8 meses más ó menos y á la segunda una de 5, 10 y 15 años. Los síntomas que presentan son análogos y su intensidad, mayor en el primer caso, constituye el carácter distintivo, de modo que una sola descripción puede comprender á las dos, teniendo en cuenta, sin embargo, la evolución de cada una.

Sin querer hacer un cuadro completo de todos los síntomas de la úlcera del estómago, se puede decir que se caracteriza, en primer lugar por dolor y vómitos. El primero no falta y puede constituir por mucho tiempo el único síntoma apreciable; se localiza en el epigastrio, alrededor del apéndice xifoides ó más ó menos desviado á la derecha, á la izquierda, arriba ó abajo. Varía desde el simple punto doloroso á las más vivas sensaciones de desgarradura, de punzada (como una puñalada, dicen los enfermos) que atraviesa el

cuerpo de adelante hacia atrás y localizándose en dos puntos: uno xifoideo y otro vertebral, á la altura de las últimas dorsales ó primeras lumbares, puede irradiarse en una extensión más ó menos grande; es contínuo ó intermitente, en el primer caso se exaspera en ciertas condiciones y así vemos que aumenta con determinadas comidas, con la carne por ejemplo, ó con las bebidas ácidas, el vino, las especies, etc., las impresiones morales, la apróximación del período menstrual ejercen, del mismo modo, un efecto perjudicial. En cambio, la leche, lo mismo que los alcalinos consiguen calmarlo.

Cuando el dolor es intermitente, se nota su aparición después de las comidas, generalmente á una, dos ó tres horas de la ingestión y en ese momento es cuando se hace más intenso, llegando á veces á tal grado que los enfermos, adoptan para atenuarlo, las posiciones más extravagantes ó tratan de provocar el vómito que también los alivia. La presión exagera el dolor ó lo despierta según el caso.

En segundo lugar, tenemos como síntoma importante, los vómitos que aparecen después de las comidas y son ácidos, produciendo en los dientes una sensación de aspereza. Los que sobrevienen en ayunas son de un líquido claro, muy ácido y suelen ser biliosos.

El quimismo gástrico, alterado, dá en la gran mayoría de los casos una hiperclorhidria que llega á veces á 4 y 5 °/$_{oo}$, en vez de 2, cifra normal, y en todos los casos un aumento de la acidéz total.

En la forma que describo, los hematemesis y la melena no toman un carácter notable; sin embargo suele observarse de cuando en cuando, pequeñas cantidades de sangre en las materias vomitadas ó en las fecales.

Las regurgitaciones ácidas, los erutos y los ardores que preceden, en algunos casos de mucho tiempo atrás á la úlcera, completan el cuadro clínico. Los enfermos dicen que sienten una sensación como si los quemasen interiormente, que vá subiendo poco á poco por el exófago y que en algunas ocasiones llegan á sofocarlos; tragan saliva ó ingieren un poco de agua y el ardor suele pasar para volverse á repetir con intervalos variables.

Dieulafoy habla de un síntoma que he constatado en muchos casos y es el dolor de cabeza, que según él acompañaría como satelite á la úlcera y sería por esto de gran valor en la diferenciación con el cáncer, donde no se observa.

La constipación que acompaña en la gran mayoría de los casos á la úlcera del estómago, podría, hasta cierto punto constituir un síntoma, no solo por la circunstancia apuntada sinó también por lo que, en algunos de úlcera con alternativas de mejoría y agravación puede recogerse al interrogar los enfermos, el siguiente dato: «desde que estoy otra vez enfermo me he puesto seco de vientre, en los períodos de mejoría el vientre se ha movido con regularidad».

Es posible que esa constipación sea primitiva y de ella dependan otros síntomas; así del dolor de cabeza podría hacerse una manifestación de la

toxemia intestinal y de la dispepsia hiperclorhidria — favorable al desarrollo de la úlcera—una manifestación refleja del estado intestinal. — Las mujeres son las que presentan más comunmente la úlcera gástrica y son ellas también en quienes la constipación es un hábito.

En la forma común de úlcera gástrica que he descripto tiene cabida otra, interesante por el modo con que se presenta y que se llamaría forma *crónica recidivante ó alternante*, cuyo distintivo consiste en que los períodos de enfermedad alternan con los de completa salud y este carácter recidivante es lo que la separa de la forma ya descripta.

Los períodos de enfermedad son siempre más cortos que los de salud y no es raro observar en la evolución de algunas úlceras que datan de varios años, tres ó cuatro épocas de excarcebación de pocos meses, separados de otros de acalmia completa conseguidos después de un tratamiento médico bien llevado y que actúa de un modo fácil sobre cada acceso.

La duración es siempre larga y algunas veces se observan úlceras con una evolución de diez y más años, que siguen la marcha recidivante.

Las observaciones II, III y IV, se relacionan con la forma que describo y puede verse en ellas el carácter alternante á que hacía referencia anteriormente. La II, es más bien una recidiva pués el tiempo que media entre uno y otros ataques es muy largo, aunque también es cierto que el enfermo ha tenido ligeras perturbaciones gástricas en ese tiempo.

En las otras, dos los períodos de mejoría y agravación están mejor marcados.

Las observaciones XII y XIII se refieren á dos úlceras recidivantes con dos períodos de excarcebación separados por uno de calma de 1 año en que los síntomas faltan completamente. En estos dos casos hay otro síntoma que delimita la forma que se describe más adelante y es la estenosis pilórica.

El dolor se manifiesta tardiamente, á las 2, 3 y 5 horas después de las comidas, de modo que muchas veces puede indicarse en el día, la hora fija en que aparece. A los 10 ó 15 minutos suele observarse la aparición de una sensación de peso, de plenitud que pasa ó nó, hasta que en tiempo indicado aparecen los verdaderos dolores, lo cual se explica porque es en ese momento cuando la hipersecresión se hace aparente.

Entre el dolor causado por la dispepsia hiperclorhidrica y el de la úlcera del estómago hay ciertas diferencias que permiten reconocerlos; en esta última es más intenso y localizado, en la primera, es calmado con los alcalinos siempre de un modo fácil, mientras que en la úlcera muchas veces tarda en desaparecer ó no desaparece completamente.

II

Forma hemorrágica

Cuando la hemorragia toma en el curso de la evolución de una úlcera del estómago, un carácter preponderante, permite describir esta nueva forma, doblemente interesante porque, aparte de la gravedad inmediata ó mediata que tiene, constituye muchas veces el primer síntoma claro de la úlcera.

Si en un proceso diagnosticado de úlcera del estómago, aparecen hemorragias, según que éstas sean más ó menos abundantes y únicas ó que la evolución ulterior demuestre su repetición, pueden hacerse dos divisiones: *Forma aguda* y *forma crónica*. Si la pérdida sanguínea es muy grande, el enfermo se presenta en un estado sincopal, con pequeñez de pulso, pálido, con movimientos convulsivos de los miembros y de la cara y no pudiéndose sobreponer á ella muere, á consecuencia de esta hemorragia fulminante. Si la pérdida no ha sido tan grande, el enfermo se repone poco á poco y nuevas hemorragias pueden presentarse en el curso de su afección, creando la llamada forma *crónica* por oposición á la anterior que se llama *aguda*.

Las arterias del estómago, provienen del tronco celiaco. La coronaria estomáquica, que parte de él directamente, y la pilórica, rama de la hepática, costean la pequeña curvadura. La gastro-epiploica derecha y la gastro-epiploica izquierda, recorren la gran curvadura. Los vasos cortos, nacidos de la esplénica, también se distribuyen á esa región. Las gastro-epiploicas, son raramente interesadas y se explica por el asiento común de la úlcera; en cambio, la coronaria estomáquica y la pilórica, lo son frecuentemente.

Las grandes hemorragias rápidamente mortales, son á menudo debidas á la ruptura de la esplénica. Cuando el proceso ulcerativo se extiende al pancreas, dá también lugar á hemorragias graves.

La úlcera, en su marcha, destruye las paredes del estómago y con ellas los vasos sanguíneos. Las hemorragias pequeñas, corresponden á la abertura de los vasos superficiales. Estas pérdidas suelen pasar desapercibidas. Las hemorragias de los vasos de la sub-mucosa y de la capa muscular, son abundantes y pueden ser muy graves. A la abertura de una arteria importante, corresponde la hemorragia mortal, á que hacia referencia al principio.

Si la hemorragia es abundante y el vómito se produce enseguida, la sangre vomitada es roja y líquida; en cambio, si el vómito tarda en producirse, el jugo gástrico actúa sobre la sangre, que es arrojada con una coloración negruzca y en parte coagulada. La sangre que pasa al intestino

y es expulsada con las materias fecales, constituye la *melena*.

Conocido el mecanismo de la gastrorragia, voy á tratar de la forma que se denomina *crónica*, pues la otra está por encima de nuestros recursos terapéuticos.

En el curso de una úlcera gástrica, puede presentarse una gastrorragia que no se repite y queda como accidente aislado; esta forma es rara y sólo he podido recoger un caso que vá consignado en la historia V, donde se presentó una hematemesis y al cabo de diez meses, cuando ingresa al hospital, apesar de los síntomas bien definidos de la úlcera, no se ha vuelto á repetir.

Lo que se observa frecuentemente, es que se repite la gastrorragia, con intervalos más ó ménos cortos y que constituyen por esto un peligro inmediato.

La forma crónica, comprende dos tipos clínicos; el primero se caracteriza por grandes gastrorragias á repetición, y el segundo por hemorragias poco abundantes y contínuas. Esta división es la que hacen Mathieu y J. Ch. Roux, en sus notas clínicas y terapéuticas.

Generalmente se describen como *forma hemorrágica*, los casos en que se presentan gastrorragias, ya sean éstas agudas y abundantes, ó pequeñas y contínuas, las dos englobadas, sin tener en cuenta su carácter ni su modo de presentación y se pasan por alto los casos en que la hemorragia se repite con intervalos más ó ménos largos, siendo que la aguda, en gran cantidad y

única, es rara y la forma de observación común es la que se presenta con su carácter de repetición.

Las observaciones VI, VIII y IX, se refieren á tres casos donde las hemorragias toman el carácter á *repetición.*

En el primero, se observan dos hemorragias grandes en 3 tres meses y después de la 1.ª, pequeñas pérdidas sanguíneas, que se producen cada 7 ú 8 días.

En el segundo caso, se trata de un individuo con pasado de úlcera de 4 años, en quien aparece una hematemesis que se repite con intervalos de un mes, dos veces, hasta que es operado.

En la observación IX, se producen tres grandes gastrorragias en 4 meses.

Los dos tipos clínicos á que me he referido, están bien estudiados y sus indicaciones terapéuticas precisadas. El primero, gran gastrorragia á repetición, se caracteriza por la abundancia de la hematemesis;—los enfermos dicen *litros;*—dan lugar á síncope y á todos los fenómenos aparejados á una pérdida sanguínea grande. Generalmente, se puede calcular su cantidad alrededor de 250 gramos. Tienen poca tendencia á reproducirse inmediatamente; pero suele observarse, á veces, que se repite al dia siguiente, aunque en menor cantidad y en forma de coágulos ó de sangre digerida. Otras veces aparece una melena que dura hasta quince días, y después de todo esto, se puede decir que el ataque ha pasado: el enfermo recupera más ó ménos rápidamente la

sangre perdida y los síntomas de la úlcera quedan atenuados por un tiempo variable, observándose en algunos casos que el dolor desaparece hasta por un mes.

¿A qué se debe la poca tendencia que tienen estas hemorragias á repetirse enseguida? Se ha dicho que es debido á la poca tensión que queda después de la pérdida sanguínea, pudiéndose agregar que una causa que hubiera sido insuficiente antes, como ser la formación de un coágulo ó el adosamiento de las paredes del vaso, bastan para impedir la repetición de la hemorragia.

El alivio del dolor, por un tiempo variable, lo he observado en cuatro de los casos que se relatan al final de este trabajo. La explicación de este fenómeno, no se ha hecho todavía. Para algunos autores, se trata de una impresionabilidad menor del enfermo, producida por la postración que trae la hemorragia; otros piensan que se producen coágulos en la úlcera que impiden su contacto con el jugo gástrico; y otros hablan de una disminución de la secresión gástrica y sobre todo del ácido clorhídrico.

La segunda forma, la que se caracteriza por la frecuencia de las pequeñas hemorragias que aparecen en los vómitos ó en las materias fecales, revisten un carácter de gravedad especial, debido á que, en muchas ocasiones, pueden pasar desapercibidas y que las pequeñas gastrorragias continuadas, traen como consecuencia el debilitamiento del enfermo, pérdida de sus fuerzas, enflaquecimiento rápido, predisposición á las en-

fermedades y especialmente á la tuberculosis— como lo he observado en dos casos—y por fin la caquexia y la muerte.

En este segundo grupo clínico, tiene cabida la forma escorbútica, descripta por Lebert.

Las formas hemorrágicas tienen en su sintomatología ciertos distintivos que las separan de las otras. Sin hablar de la gastrorragia, se puede decir que los vómitos alimenticios no toman ese carácter de síntoma frecuente que tiene en la común; además la ectasia gástrica no se observa ó es muy rara.

En la forma hemorrágica crónica de la úlcera gástrica, tiene cabida una, que siendo muy rara, constituye por su evolución larga y sus períodos de salud y enfermedad, una variedad interesante: es la forma *hemorrágica recidivante,* y que se caracteriza por la longitud de los períodos de salud completa, que alternan con los de hemorragia. En estos casos, las hematemesis se presentan revistiendo los mismos caracteres que se ha descripto en la forma á repetición: son abundantes, suelen traer estado sincopal, con pequeñez de pulso, etc.; todo lo cual pasa poco á poco, los síntomas de la úlcera se atenúan y acaban por desaparecer, siendo ésta mejoría duradera en algunos casos, por cinco, siete y quince meses.

Una observación interesante, es la que relata Mathieu y que transcribo en resumen. Ella muestra claramente los períodos de salud completa, perturbados por cuatro gastrorragias abundantes y que cedieron todas á un tratamiento médico.

«.... hace 3 años, después de un período de dolores que sobrevenían á las 2 horas ó 2 horas y 1/2 después de las comidas, tuvo de golpe una hematemesis, perdió el conocimiento y en los cinco días subsiguientes notó sangre en las materias fecales. Quedó muy débil y tuvo que guardar cama por 15 días. Los dolores desaparecieron poco á poco, y después de un tratamiento médico, siente una real mejoría. Este bienestar se acentúa y durante 15 meses el enfermo toma su trabajo y se alimenta bien. Al cabo de ese tiempo vuelve á sentir los síntomas de su enfermedad y tiene otra hematemesis con síncope, pérdida de las fuerzas, etc. Después de este nuevo accidente, vuelve á sentirse bien; sus dolores se calman y después de un tratamiento médico toma nuevamente su trabajo y durante 9 meses se siente perfectamente. Al cabo de ese tiempo, vuelta de los dolores y nueva hematemesis como de 250 grs. Por tres meses sigue un régimen estricto que lo alivia y le permite una alimentación de legumbres, purés, etc. Siete meses después, nueva hematemesis de sangre roja y coágulos. Entre la 3.ª y la 4.ª hematemesis, el enfermo tiene vómitos alimenticios después de ingerir materias grasas».

La observación X es la de un sujeto que después de un año tiene una gran hematemesis que le obligó á someterse á un tratamiento. Sus síntomas se atenúan y durante 10 meses se encuentra bien, toma su trabajo y se alimenta regularmente. Al cabo de ese tiempo vuelve á tener

otra gran hematemesis y después de un tratamiento médico mejora.

Otras veces, las hemorragias no se hacen aparentes por hematemesis, sino por melena, que, por lo demás, tiene en su evolución una marcha también recidivante. Tal es el caso del doctor Cours, de París, en donde las dos hemorragias se observan con un espacio de 8 meses; pero una de ellas se presenta en forma de melena. El enfermo es operado (gastro-enterostomía) y queda curado. Después de 5 años el buen estado ha persistido.

III

Forma estenósica

Toda vez que una úlcera del estómago se desarrolla en la región pilórica ó en sus inmediaciones se encuentra realizada una circunstancia que puede traer en el cuadro de los ulcerosos, síntomas que toman un carácter preponderante en la evolución de la enfermedad y que dan lugar á la separación de esta nueva forma como tipo clínico aparte.

Esta forma se instala lentamente y lo común es observar enfermos con un pasado gástrico antiguo, con síntomas de úlcera averiguados, en los que poco á poco se acentúan los fenómenos que dan relieve á esta nueva separación;—sin embargo, pueden observarse casos en que la estenosis se presenta poco tiempo después de iniciado el proceso, debiéndose entonces, relacionar estas dos manifestaciones clínicas diferentes á cada una de las causas que preside al establecimiento de la estenosis del píloro.

Clínicamente la estenosis pilórica se hace aparente, entre otros síntomas, por la hipersecreción contínua que es la base ó causa principal de los síntomas que delimitan esta forma.

Esta hipersecresión contínua es lo que constituye el síndroma de Reichmann y se caracteriza por la «presencia permanente de líquido en el estómago, por la riqueza más ó menos grande del mismo en ácido clorhídrico y por la hiperclorhidria en el líquido de la comida de prueba». De este síndroma se pueden hacer dos divisiones según que la ectasia alimenticia exista ó nó y describir así el *gran* y *pequeño Reichmann*. El primero se lo encuentra en los procesos crónicos ó de evolución muy larga; mientras que al segundo es frecuente encontrarlo en los procesos relativamente recientes.

Siguiendo con los síntomas que se presentan, se puede decir que en muchos casos se trata de pequeñas variaciones del cuadro común de la úlcera y que á veces el diagnóstico suele presentar serias dificultades.

En primer lugar, el dolor es vivo, localizado en la línea media, á menudo con irradiaciones al hipocondrio derecho y al dorso, con aparición tardía después de las comidas (2 y 3 horas), y aumentando progresivamente se termina de una manera expontánea ó por el vómito.

Los vómitos son frecuentes, se observan alimenticios ó constituídos por un líquido acuoso muy ácido y muy abundante, tanto que muchas veces se pueden contar por litros. Tienen un sabor amargo y mal olor. Cuando hay retención de alimentos suelen encontrarse restos de las comidas de dos ó tres días.

Al exámen del estómago se nota frecuentemen-

te abovedamiento de la región epigástrica, sonoridad anormal muy extendida y el *clapotage* y la sucusión no faltan. Cuando se trata de hacer un lavage se necesitan algunas veces hasta 10 litros de líquido. La acidéz del líquido de secresión es muy elevada y en la comida de prueba se descubre, en la gran mayoría de los casos la hiperclorhidria. A veces puede faltar y entonces el diagnóstico con el cáncer suele presentar grandes dificultades; pero hay un síntoma que no falta y es que el Cloro total, siempre queda aumentado, de modo que los enfermos pueden no ser hiperclorhídricos pero siempre son hiperclorúricos.

A medida que la enfermedad hace progresos, los vómitos contínuos y la denutrición traen aparejados un estado de adelgazamiento muy grande y el enfermo toma un aspecto caquéctico marcado, pseudo-canceroso, que en muchas ocasiones puede hacer vacilar el dignóstico de úlcera gástrica á forma estenósica.

Conocidos los síntomas con que se presenta la forma estenósica se puede entrar á considerar lo que en su expresión más simple es el factor que contribuye con su presencia á caracterizarla.

La estrechéz pilórica en la úlcera gástrica sobreviene de dos modos distintos: es mecánica ó espasmódica. En el primer caso se considera la producida como consecuencia del espesamiento inflamatorio de las paredes del estómago ó de la tumefacción de la mucosa en una úlcera en evolución y situada en la región pilórica, ó la que se produce debido á cicatrices, induración de los bor-

des ó adherencias que contraen las paredes gástricas con los órganos vecinos por medio de neomembranas que las unen al diafragma, al colon, al hígado, etc., todo esto como consecuencia de la marcha crónica de una úlcera gástrica de larga evolución.

Esto por lo que se refiere á la causa que se podría llamar orgánica de la estenosis; en cuanto á la otra, á la espasmódica, se produce á consecuencia de la irritación de la úlcera distante del píloro, por un líquido hiperácido.

De modo que el espasmo esencial, idiopático, sería muy raro y su causa habitual estaría en la úlcera misma, ya sea en evolución, cicatrizada ó en las lesiones erosivas de la mucosa gástrica, ó como consecuencia de fenómenos inflamatorios de peripiloritis, etc.

Es lo que piensa Mathieu cuando dice «hemos observado 6 casos de hipersecreción clorhídrica contínua de los cuales se ha practicado autopsia. En 5 casos se trataba de una úlcera simple en evolución ó de una cicatriz de úlcera que tenía asiento en el píloro ó en su vecindad. Pensamos pués, que en la mayoría de los casos, la forma grave del sindroma de Reichmann resulta de la existencia de una úlcera cuya presencia es á la vez una causa de ectasia y de hipersecresión. En otro caso en que la úlcera estaba situada á 4 ctms. del píloro, curada la úlcera, curó la hipersecresión».

Otros autores son exclusivos en su manera de pensar y Soupault dice que hasta el presente, en

los casos de estenosis pilórica que ha visto, ha encontrado la lesión que la explique y que para evitar errores sería necesario examinar el píloro en la mano y no *in situ*, terminando por decir que hasta ahora está autorizado á rechazar el espasmo esencial.

Se trate de obstrucción mecánica ó de espasmo lo cierto es que el sindroma de Reichmann está subordinado á esa estrechéz y así lo comprueban los numerosos casos publicados entre los que figuran los de Routier, Hartmann y Soupault, Bourget, Chaput y Œtinger, Weir, etc., en todos los cuales se trataba de enfermos con un pasado gástrico antiguo y en quienes la operación ó la autopsia ha permitido encontrar el obstáculo mecánico ó la úlcera productora del espasmo.

En cambio Riedel, Bouveret y Devic piensan en la existencia de un estado mórbido autónomo, caracterizado por la hipersecresión contínua hiperclorhídrica, dependiente de un trastorno funcional de origen nervioso que traería como consecuencia el espasmo que sería entonces, secundario.

Robin admite un espasmo puramente funcional y lo subordina á la hiperestenia gástrica, donde se encontraría, á la vez, exitación secretoria y excitación motríz.

En una estadística de 61 operaciones practicadas por Doyen en casos de estenosis pilórica, se observan: 15 de estenosis verdadera, y 46 veces la contractura del píloro, de las cuales 24 sintomáticas de la úlcera gástrica y 22 de la hiperestenía.

Otra estadística, la de Carle y Fantino dá para 41 casos, 9 veces donde la estenosis debe atribuirse á un espasmo esencial.

Una objeción que se ha hecho al espasmo, ya sea esencial ó sintomático y es que en algunos casos de larga duración, pueda quedar como tal y la región pilórica no sufrir una transformación fibrosa que explicaría la estenosis; apesar de esta teoría hay casos en que el espasmo debe ser admitido para explicar de un modo satisfactorio la modificación favorable y rápida que ejerce el tratamiento médico en algunas de las formas estenósicas y la recrudescencia que se observa en esos mismos casos mejorados.

El diagnóstico de la estenosis pilórica es fácil y donde aparece la dificultad es cuando se trata de averiguar si esa estrechéz se debe ó nó á una úlcera. Hay un síntoma que puede guiar un diagnóstico vacilante y es la presencia de una hemorragia que decide en favor de úlcera; pero á veces puede ser pequeña y pasar desapercibida y en otros casos sólo descubrir pequeñas cantidades de sangre, por procedimientos delicados, que pueden provenir de pequeñas erosiones de la mucosa gástrica. Se acepta generalmente que la úlcera en evolución es la que dá el síndroma de Reichmann completo, es decir, con ectasia alimenticia unida á la hipersecresión hiperclorhídrica contínua.

La causa de la hipersecresión ha dado también lugar á muchas hipótesis y entre las que tratan de explicarla está la que la subordina á la irritación

contínua que provocan los alimentos sobre la mucosa gástrica. Sin embargo, hay casos en que no existiendo retención alimenticia hay hipersecresión. Otros la explican diciendo que la exitación dolorosa que provoca el líquido hiperácido sobre los filetes nerviosos traería la hipersecresión, tal como sucede en las lesiones de la boca, que se acompañan de sialorrea ó las de la córnea que producen epífora. En apoyo de esta última teoría está la circunstancia de que los alcalinos hacen desaparecer, algunas veces, la hipersecresión neutralizando la acidez del líquido estomacal.

Lo cierto es que hasta ahora no se puede precisar la causa de la hipersecresión y por el momento no se tienen sino teorías más ó ménos bien ideadas.

Las observaciones XII y XIII, se refieren á dos casos de úlcera crónica en donde la estenosis del píloro se instala de un modo lento, trayendo en la sintomatología los caracteres que he señalado á la forma estenósica de la úlcera gástrica.

IV

Formas latente y frustra

Describo en un mismo capítulo estas dos formas, porque tienen en su evolución algunos puntos de contacto, así en algunas ocasiones se nos presenta un enfermo con perturbaciones digestivas ligeras que harían pensar en una dispepsia hiperesténica, cuando en realidad está atacado de úlcera del estómago, que se hace aparente en su período ulterior por síntomas que no dan lugar á duda; en cambio, la división es otras veces más acentuada y entonces se justifica la clasificación por separado, de estas dos formas.

Forma latente.—La úlcera latente del estómago ocupa hoy un lugar bien definido y se sabe perfectamente que este proceso puede evolucionar de un modo tal que no indique su presencia con ninguno de los síntomas que se observan comunmente y hace su aparición de un modo brusco en medio de una salud perfecta, con una peritonitis aguda ó con una gran hematemesis que ponen en peligro la vida en alguas horas ó en pocos días.

Se comprende fácilmente toda la gravedad que

reviste esta forma, tanto más peligrosa, cuanto más latente, pués el enfermo que la lleva no sigue ningún tratamienio, ni está en guardia contra los accidentes que pueden terminar con su existencia de una manera rápida. Si es cierto que los mísmos accidentes pueden producirse en las formas comunes de la úlcera, en este caso son previstos y un tratamiento médico ó quirúrgico puede detenerlos ó curarlos.

El asiento más común de la úlcera latente, es en la cara anterior del estómago, siendo más rara en la región pilórica. La úlcera latente del duodeno sería más común que la gástrica. (Mauclaire).

La situación de la úlcera latente, tiene el peligro que trae aparejada esa localización, pués se sabe que las úlceras de la cara anterior son las que con mayor frecuencia dan lugar á la perforación (85 °/₀ según Debove Renault); circunstancia que se explica, porque esta región está dotada de movimientos poco favorables á las adherencias que protejen la cavidad peritoneal.

Es de observación que la úlcera latente sea más frecuente en las mujeres jóvenes, con apariencia cloro-anémica y es en ellas donde es común encontrar una peritonitis violenta que tiene por orígen una úlcera de la cara anterior del estómago perforada y que, debido á esa circunstancia, los síntomas han estado ausentes ó han sido tan poco acentuados, que no han autorizado á hacer el diagnóstico.

Las dos manifestaciones clínicas que hacen sen-

tar el diagnóstico de úlcera latente son: la perforación y la hematemesis. De la primera, se ha pretendido señalar ciertos caracteres que le corresponderían y se ha dicho que la ausencia de vómitos tendría un gran valor. Sin embargo, la estadística de Struck, sobre 42 casos, no dá sino 13 en donde no se han presentado. Es cierto que un síntoma aislado no puede considerarse como decisivo y junto con otros, como ser el dolor epigástrico inicial, tienen en muchos casos un valor verdadero.

Por lo demás, el aumento de tensión de la pared abdominal, la desaparición de la matitez hepática y esplénica, han sido invocadas como síntomas diferenciales, pero sin fundamento

El error común es tomar una peritonitis por perforación con una oclusión intestinal aguda; en efecto, el cuadro clínico de los dos estados puede equivocar el diagnóstico y hasta los vómitos fecaloides han sido observados en la peritonitis. La peritonitis consecutiva á la apendicitis, nunca es tan brusca y tan intensa en la presentación de los síntomas.

La peritonitis por perforación de la úlcera del estómago, sólo es comparable á la que sucede á la perforación de la úlcera del duodeno.

En cuanto á los caracteres de la hemorragia, son los mismos que se han descripto en otro capítulo, es decir, es abundante, de sangre roja, produce estado sincopal, etc. Lo único que la diferencia es que la hemorragia de la úlcera latente es la manifestación inicial, es el primer sín-

toma del proceso y en las otras formas se observa un pasado gástrico más ó menos largo.

Forma frustra.—La forma frustra de úlcera del estómago, con su sintomatologia indefinida, hacen tener en suspenso un diagnóstico que puede ser de importancia capital, si se piensa que generalmente son las úlceras de la cara anterior y las próximas al cardias las que presentan un cuadro clínico incompleto y son estas mismas úlceras las que dan el mayor porcentaje á la peritonitis por perforación.

En general, se trata de úlceras á una evolución larga, con tendencia á la recidiva, observándose en algunos casos, períodos de salud completa, alternando con otros donde los síntomas se hacen aparentes.

En la úlcera frustra, los síntomas están atenuados, transformados ó ausentes por épocas; así uno de los más comunes y que no falta, como es el dolor, se manifiesta poco vivo, después de las comidas. Otras veces, más que dolor, es una sensación de quemadura, de tironeamiento que se produce en el período digestivo y dura todo el tiempo que tarda éste. No hay vómitos ni hematemesis; la hiperclorhidria es constante. En algunos casos suele observarse el espasmo del exófago que persiste, apesar de los sondajes continuados. Se ha pensado que este fenómeno nervioso sería un representante en el cardias de lo que sucede en el píloro con las úlceras de esa región ó inmediatas á ella, dado lo frecuente que

es observar la forma frustra con espasmo producido por úlceras de la región del cardias.

La observación XIV se refiere á un sujeto que seis días antes de su hematemesis le había aparecido un dolor violento en la región epigástrica y que es muy afirmativo cuando dice que nunca había sufrido de su estómago hasta la época de su consulta.

V

Úlcera y Cáncer

No es precisamente una forma clínica pues se trata del ingerto, ó más bien dicho de la degeneración cancerosa de la úlcera gástrica y es á esta nueva lesión sobreagregada que se deben los síntomas distintos que aparecen en el curso de un proceso ulceroso, no pudiéndose decir que se presenten manifestaciones precisas que nos indiquen el momento donde termina la úlcera y donde comienza el cáncer. Son presunciones más ó menos bien fundadas y síntomas muchas veces índefinidos los que nos servirán para sospechar la degeneración cancerosa de una úlcera en evolución.

Se admite desde mucho tiempo atrás la degeneración cancerosa de la úlcera del estómago y desde Cruveilhier hasta nuestros días se ha estudiado este punto de una manera precisa siendo admitido por todos los autores, salvo uno que otro como Duplant que ha negado en absoluto esa evolución y atribuye la concomitancia de la úlcera con el cáncer á un proceso distinto del admitido generalmente, suponiendo que en esos

se trata de cánceres ulcerados y no de úlceras cancerizadas. Demás está decir que muchos han sido los que se han levantado contra semejante opinión, pués no es con hipótesis más ó ménos bien ideadas que se destruye una adquisición que data de tanto tiempo, sinó con hechos precisos y claros que, por lo demás, no se presentan al formular esta teoría.

Lo importante de la forma que trato en este capítulo es poder descubrir que la úlcera está en vías de una degeneración cancerosa y no diagnosticar el cáncer una vez constituído. Las dificultades que encierra esta proposición son grandes y sin embargo es la única que puede tener consecuencias prácticas, pués un cáncer ingertado en una úlcera tiene una evolución rápida (de 5 á 15 meses) y constituye para algunos autores la enfermedad más grave que se presenta en el estómago, de modo pués que su diagnóstico no tiene sinó un interés científico y personal para el clínico que lo formula.

Las úlceras que más comunmente dan lugar á la degeneración cancerosa son las de la región filórica, hecho que se trata de esplicar diciendo que son las que más sufren la irritación causada por los alimentos y las más influenciadas por el espasmo del píloro. En cuanto á la frecuencia, están las estadísticas de los autores y entre los cuales puede citarse á Lebert, que estima en 9 o/o los casos de cáncer desarrollado sobre una úlcera.

Para Rosenhein sería de 6 o/o.

Doyen piensa que estas cifras están por debajo de las verdaderas y atribuye esto á que en muchos casos la lesión maligna ha invadido la úlcera totalmente y no se la puede descubrir en la autopsia, pudiéndosela, solamente, suponer estudiando el pasado gástrico del enfermo. Este mismo autor dice al hablar del tratamiento, que el porvenir de la cirugía no está en la ablación del cáncer sino en la cura de las afecciones no cancerosas que todas, sin excepción, pueden dar lugar á la degeneración maligna y cita en su apoyo varios cánceres desarrollados en sugetos jóvenes y debidos á la degeneración de una úlcera gástrica.

En 157 casos de cáncer del estómago W. P. Mayo constata un pasado ulceroso en 60 o/o.

Mayo Robson dice 59.3 o/o de los cánceres dan antecedentes de úlcera.

Ultimamente Ssapesko y Jedlicka, basados en estadísticas de Maydl admiten que en 90 o/o de los casos el carcinoma es consecutivo á la úlcera.

El Dr. Decoud en un trabajo reciente presentado al 3er Congreso Médico Latino Americano de Montevideo (1907) se muestra partidario de la evolución cancerosa de ciertas úlceras y dice que las contradicciones de las estadísticas anteriores no son sinó aparentes, pues «la úlcera del estómago curable en la juventud, constituye por el contrario en la edad avanzada una enfermedad que no cede al tratamiento, que tiende á la evolución crónica y que si por el mismo proceso no determina un accidente fatal, ofrece des-

pués, un medio propicio para el nacimiento de una neoplosia», y más adelante, agrega, «que los cancerosos del píloro y de la curvadura menor presentan casi siempre en su pasado patológico relativamente reciente los síntomas de la úlcera con hiperclorhidria».

Si bien es cierto que el ingerto canceroso aparece con más frecuencia en los ulcerosos de edad avanzada, hay caso en que la degeneración puede sobrevenir en cualquier época del proceso ulceroso en sujetos jóvenes y que todas las formas pueden presentarlo.

En la evolución de una úlcera que degenera en cáncer, se deben separar los síntomas que corresponden al primer período, es decir, al ulceroso y los que traducen la existencia del tumor maligno. Entre estos dos hay una faz intercalada que permite, en ciertos casos, poder despistar el principio de esa generación que es lo que realmente tiene importancia, como he tenido ocasión de expresarlo al principio de este capítulo.

El ingerto puede hacerse de varios modos tomando cada uno de ellos caracteres especiales en su manera de presentación. Así, puede verse que en algunas ocasiones se trata de un sujeto jóven, en quien se diagnostica una úlcera con una marcha que se podría llamar común y que después de un tratamiento médico bien seguido, cura. A esta curación sigue un período muchas veces largo de 10 á 20 años, al cabo de los cuales vuelven los síntomas de la primera enfermedad, se piensa entonces en una úlcera recidivada pero es

un cáncer que se desarrolla y que sigue una marcha rápida.

Otras veces, y es el caso más común, la úlcera no cura, sigue una evolución con alternativa de mejoría y agravación hasta que en uno de los períodos de exacerbación el tratamiento médico que se había mostrado eficáz no dá resultados y aparecen síntomas de la degeneración cancerosa. En algunos casos, la úlcera del estómago diagnosticada, sigue su curso normal, el enfermo tiene alternativas de salud y enfermedad hasta que un día se descubren metástasis de un cáncer que ni se sospechaba y ese cáncer se ha desarrollado en la úlcera que toma desde ese momento un vuelo rápido y que termina el proceso en algunos meses.

La úlcera latente suele dar lugar al ingerto canceroso y naturalmente, sólo en la autopsia se descubre el verdadero orígen de ese cáncer que se tomaba por primitivo.

Volviendo á los períodos que comprende la evolución del proceso se puede decir que el primero, el que corresponde á la faz ulcerosa puede darlo cualquier forma de úlcera y por lo tanto no me ocuparé. En cambio el segundo, es decir la faz concerosa presenta ciertas particularidades que es necesario conocer.

En primer lugar el estado general del sujeto llama la atención: la anemia es profunda, la pérdida de fuerza y el adelgazamiento es muy marcado, la palidez del principio hace lugar á un tinte amarillo pajiza, la piel seca deja hacer plie-

gues y la caquexia aparece. La constatación de una plegmatia ó la aparición de glangios en la región supra clavicular, autorizan á pensar de un modo cierto en la existencia de un carcinomia ingertado en una úlcera.

La existencia de un tumor ó de una induración epigástrica en un estado dispéptico, con dolor, vómitos, hematemesis y adelgazamiento que se sospecha ó diagnostica de úlcera gástrica, puede en muchos casos hacer sentar el diagnóstico de cáncer del estómago desarrollado sobre una úlcera. Sin embargo, como dice Dieulafoy, es á ese síntoma que en muchas ocasiones se deben los errores y mientras en un enfermo no se había constatado tumor en la región epegástrica, se vacilaba, se dudaba de la existencia del cáncer y se pensaba más bien en una úlcera.

Son muchas y muy interesantes las observaciones publicadas á ese respecto. En todas ellas se puede ver que la operación decidida, ha revelado la presencia de una úlcera con bordes indurados ó de adherencias del estómago con los órganos vecinos que daban al exámen clínico base suficiente para pensar en un tumor maligno cuando no se trataba sino de consecuencias de la úlcera como son las lesiones de perigastritis, espesamiento de la serosa ó la existencia de falsas membranas.

La observación de Terrier es muy demostrativa. Se trataba de una mujer de 62 años, adelgazada, agotada por las gastrorrogias. En el epigastrio se constataba la existencia de un tumor

del tamaño de un huevo de gallina. Hecho el diagnóstico de cáncer se decidió la operación y se pudo ver que el tumor ocupaba la pequeña curvadura, adhería á la pared abdominal y al hígado. Las adherencias fueron desprendidas y se pudo constatar á lo largo de la gran curvadura grandes ganglios linfáticos, lo cual obligó á renunciar á la resección. La operada curó completamente y un año más tarde continuaba gozando de una salud excelente. El tumor había desaparecido. Se trataba evidentemente de una úlcera y no un cáncer como se había pensado.

Billroth y Wlassner citan casos en que la marcha clínica de la enfermedad hacía pensar en cáncer cuando en realidad se trataba de úlcera.

En 1894. Terrier presenta á la Sociedad de Cirugía de Paris la historia de dos sujetos en quienes la existencia de tumores inflamatorios habían hecho pensar en tumores malignos.

Kolatschewky cita un caso operado por él en el que practicó una pilorectomia creyendo que se trataba de un cáncer. Se comprobó la existencia de un tumor del tamaño de una manzana constituído por ganglios y espesamiento de la serosa producido por una úlcera cicatrizada.

Landerer tiene observados tres casos donde practicada la laparatomia por cáncer, pudo constatar adherencias y espesamiento que simulaban clínicamente un tumor maligno.

En el cáncer que sucede á una úlcera, las hematemesis pueden presentarse de cierto modo que hagan pensar en esa transformación. Así, cuando

se hacen más raras, menos abundantes, más mezcladas á los alimentos y con una semejanza mayor á la borra de café hay el derecho de agregar este síntoma á otros que puedan conducir al diagnóstico del ingerto maligno. Otras veces la hemorragia se traduce por melena poco abundante ó en forma de una diarrea negra que dura dos ó tres días y desaparece por un tiempo más ó ménos largo para volver á presentarse con caracteres análogos.

El dolor puede tomar un caracter distinto al de la úlcera, y hacerse más difuso, irradiado hacia los hipocondrios, los alimentos no tienen influencia en su producción, es intenso y los enfermos lo comparan á sensaciones parecidas á las quemaduras. El dolor de la úlcera simple suele ser también muy intenso pero no es comparable á las crisis que duran en algunos casos hasta 3 y 4 días sin un momento de alivio de la úlcera que degenera en cáncer; y esto se explica si se piensa que al dolor producido por la úlcera se agrega el causado por las infiltraciones ganglionares de los nervios del plexo celiaco.

La palpación de la región epigástrica despierta el dolor irradiado hácia atrás, al abdomen ó á los espacios intercostales. Cuando hay punto doloroso en la región dorsal, la presión en ese punto suele provocar el del epigastrio. En algunos casos, además del dolor suele observarse una hiperestesia cutanea.

Los vómitos tienen un caracter muy variable en su presentación. Se observan generalmente mu-

cosos que sobrevienen en ayunas ó durante el día. En los vómitos alimenticios se descubren fragmentos de alimentos sin digerir. El olor que tienen se debe á la fermentación butírica ó á la insuficiencia en la digestión de las materias albuminoideas. No calman el dolor y suelen ser muy abundantes y muy seguidos. Cuando la lesión maligna está avanzada se moderan y sobrevienen por crisis.

A los síntomas anteriores se pueden agregar otros que, si bien es cierto ninguno de ellos es patognomónico, su reunión puede en algunos casos poner sobre la pista de un diagnóstico que tiene gran dificultad, pués como dice Mathieu «la faz de úlcera desborda sobre la faz de cáncer».

El quimismo gástrico no se modifica sinó tardiamente y se observa que la hiperclorhidria hace lugar á la hipoclorhidria. Muchas veces la hiperclorhidria persiste hasta el final del proceso (Rosenhein, Eisenlohr, Thiersch). Las secresiones comunmente quedan exageradas por todo el tiempo.

Cuando se diagnostica un cáncer del estómago y en el quimismo se descubre la hiperclorhidria hay fundamento para pensar que ese tumor maligno se ha desarrollado sobre una úlcera.

En la sangre se descubre una anemia marcada y sobre todo una disminución del valor globular.

La leucocitosis mononuclar ha sido constatada muchas veces. En la orina se ha señalado la indicanuria y una disminución del ázoe.

Todos estos síntomas que denotan el ingerto canceroso podrían llamarse tardíos pues su pre-

sentación se debe al tumor maligno que evoluciona y como he tenido ocasión de manifestarlo, su diagnóstico tiene muy pocas consecuencias prácticas pues en estas condiciones la marcha es rápida y el desenlace conocido.

En cambio, si en el curso de una úlcera gástrica, de larga evolución, que ha beneficiado el tratamiento médico en varias ocasiones, llega un momento en que resiste á toda medicación y que sus síntomas, sin sufrir una evolución que denote todavía la existencia de un tumor maligno, persisten y no se modifican apesar de una terapeutica bien llevada, debe hacer pensar al médico, en una posible degeneración maligna de la úlcera y aconsejar una intervención quirúrgica que puede ser seguida de un éxito completo, terminando con un proceso que aparte de producir con su presencia un peligro constante que encierra el de la degeneración maligna que en esta ocasión se ha prevenido. Tal es el caso relatado por Sabatié en que se pudo descubrir una degeneración maligna en su período inicial. Se trataba de una mujer que operada por una úlcera de larga duración y que presentaba el sindroma pilórico se constató lo siguiente: el píloro no era adherente y tenía un aspecto normal. La palpación demostró una especie de empastamiento blando que se atribuyó á una contractura y luego á un espasmo del píloro. Se iba á cerrar el vientre cuando el cirujano notó algunas manchas del tamaño de una lenteja que parecían gotitas de grasa. Se hizo una pilorectomia y la pieza abierta an-

chamente dejó ver una úlcera al rededor de la cual se notaron pequeños núcleos que el examen microscópico permitió reconocer como de naturaleza cancerosa.

Por lo que se ha dicho puede verse que son grandes las dificultades que encierra un diagnóstico que sorprenda la úlcera en la primera etapa de su transformación cancerosa como medio de tener probabilidades de curación. Por otra parte el tratamiento quirúrgico, que se impone en una úlcera rebelde á los agentes terapeúticos comunmente empleados, es también el indicado en el caso de un ingerto canceroso al principio y es debido á esta circunstancia favorable que atenúa hasta cierto punto, las consecuencias de la falta de un diagnóstico, que los enfermos retiran los beneficios de una operación decidida en esas condiciones.

VI

Recidivas post-operatorias

La recidiva post-operatoria de la úlcera del estómago es un hecho perfectamente establecido por la observación de muchos autores de las cuales extractaré algunas, que ponen en claro este nuevo factor que se agrega y que debe constituir una limitación á los cirujanos que como Kocher se declaran partidarios sin restricciones de la intervención en la úlcera gástrica, á tal punto que en el Congreso Internacional de Bruselas ha dicho «la úlcera pertenece nó á los médicos sinó á los cirujanos».

Sin entrar á considerar las indicaciones operatorias de la úlcera, se puede decir que esta proposición es un tanto exagerada, teniendo en cuenta lo que demuestra la observación clínica y si se consideran los casos de curación real que dá el tratamiento médico, así como los que después de una operación se nos presentan como recidivas post-operatorias.

Mickulicz ha publicado varios casos en donde ha tenido que intervenir por recidivas de úlceras operadas.

Dreydorff cita el caso de una mujer que sufría de úlcera del estómago, hacía mucho tiempo y que operada quedó bien por 3 meses, al cabo de los cuales los síntomas de la úlcera se volvieron á presentar.

Heindenhain ha tenido que intervenir dos veces en un mismo sujeto que llevaba úlceras gástricas.

En 1897, Quenu presentó á la Sociedad de Cirujía el caso de un enfermo á quien había practicado una gastro-enterostomía por una estenosis benigna del píloro. Durante 18 meses el enfermo gozó de una salud perfecta y después de ese tiempo tuvo regurgitaciones ácidas y vómitos cuya frecuencia indicó una nueva operación que practicada por él mismo Quenu pudo descubrir sobre el ansa del yeyuno anastomosada una úlcera profunda que adhería á la pared abdominal.

Kocher presentó al Congreso Alemán de Cirujía de 1902 un caso análogo al anterior. Se trataba de una úlcera desarrollada en el ansa del intestino fijada al estómago.

Mayo Robson operó un enfermo por una úlcera de larga data y al mes de la operación, cuando todo parecía que iba á aseguir un curso normal, apareció una hematemosis fulminante. En la autopsia se pudo comprobar la existencia de una úlcera del estómago en parte cicatrizada, que había producido la abertura de un gran vaso. El mismo autor perdió un enfermo á los tres meses de operado por una úlcera en quien se había producido una peritonitis por perforación.

Von Eiselsberg ha publicado el caso de un en-

fermo pilorectomisado por un cirujano, un año antes, que había quedado bien después de la operación, cuando sobrevino bruscamente una perforación mortal. En la autopsia se encontró una úlcera perforada de la cara anterior del estómago. El mismo autor con Billroth han relatado el caso de una recidiva después de una pilorectomia. Se presentó una gran hematemesis producida por la abertura de la arteria pancreático duodenal.

Los casos publicados por Czerny se refieren á recidivas de las hemorragias después de la gastro-enterostomia.

Esta larga citación que he hecho dá idea clara de las recidivas en las úlceras operadas ya sea por la gastro-enterostomia, la excisión de la úlcera ó de la pilorectomia y á pesar de que es muy difícil hacer una estadística de los casos que recidivan puede decirse que es más común de lo que se la supone.

En los casos que he observado la he encontrado 4 veces; pero muchos de los operados que aparecen como curados en los primeros tiempos se pierden de vista y esto impide una relación ni siquiera aproximada de las recidivas operatorias.

La observación XVI pertenece á un individuo en quien se diagnóstica una úlcera gástrica de la región pilórica, es operado y se le dá de alta sin ninguno de los síntomas que decidieron la operación. A los 4 meses y 1/2 siente otra vez dolor y vómitos que le obligan á entrar de nuevo al servicio, donde la úlcera evoluciona con una sintomatología conocida.

La observación XV es la de un individuo con un pasado de úlcera de 2 años que fué operado en Diciembre de 1901 en San Roque. Pasa un período de dos años y siete meses en que su estado fué excelente, aumentó de peso, sus dolores y regurgitaciones ácidas desaparecieron. Al cabo de ese tiempo vuelve á sentir dolores en el epigástrio con irradiaciones á la columna vertebral y vómitos, todo un cuadro semejante al que le obligó á operarse hace dos años y medio.

El caso de la observación XVII es un sujeto con pasado de úlcera de 3 años que operado siente una ligera mejoría pero que á los 2 meses los síntomas se hacen de nuevo aparentes, sigue por espacio de 2 años con alternativas y al cabo de ese tiempo ingresa al servicio.

La observación XVIII pertenece á un sujeto de 45 años que operado en febrero de 1907 después de un pasado de úlcera de 5 años, quedó bien por espacio de 10 meses y que hoy se presenta con dolor en el epigástrio, donde se palpa un tumor irregular del tamaño de una mandarina y con vómitos después de la ingestión de leche ó caldo que es lo único que toma.

En los casos que he citado al principio de este capítulo y en los que he tenido ocasión de observar se puede hacer una división de la marcha clínica del proceso de la úlcera recidivada y decir que el cuadro se presenta de dos maneras distintas. Unas veces se trata de una simple mejoría de los síntomas que indicaron la operación y que en un espacio de tiempo muy corto (2, 3 ó 4 meses) se hacen apa-

rentes de nuevo, generalmente atenuados de intensidad y, en otros casos se trata de una curación que dura un tiempo más ó menos largo pero que siempre alcanza á uno, dos ó tres años, al cabo los cuales la úlcera vuelve á hacerse aparente.

VII

Tratamiento

En un proceso ulceroso se debe tener en cuenta dos elementos: el funcional y el orgánico. El primero es pasible del tratamiento médico, el segundo del quirúrgico. Sin embargo, la división que antecede no es siempre tan neta en la práctica como en la teoría y muchas veces el elemento funcional impone la intervención del cirujano como medio de curación y otras, en cambio, donde el elemento orgánico avanzado en su evolución y exponiendo á los graves peligros de las complicaciones de una úlcera no indica la intervención quirúrgica, pues la manifestación funcional falta ó está de tal modo transformada que no deja ni sospechar lo extenso de las lesiones que han pasado desapercibidas.

En úlcera del estómago como en cualquier otro proceso patológico donde se trata de limitar la intervención que corresponde al médico y al cirujano, se tropieza con dificultades que nacen del mismo ardor con que encaran la cuestión unos y otros.

Para dar una idea de lo que he dicho se pue-

de citar la estadística de Leube que para 424 úlceras en las que se ha instituido el tratamien- médico dá 74.1 °/₀ curadas y 21.9 °/₀ mejoradas. De modo pues, que si nos basásemos en esta estadística no habría lugar á vacilaciones y la úlcera pertenecería al tratamiento médico, Schulz tiene también una estadística favorable al tratamiento médico pero no tan elevada como la anterior.

En cambio hay cirujanos como Kocher que son exclusivos en su manera de pensar y dicen que el tratamiento de la úlcera pertenece por entero á la cirugía.

Hacer un parangón entre el tratamiento médico y el quirúrgico no es posible, pués los dos se complementan y donde uno termina el otro toma su punto de arranque.—Así pués, es necesario no ser exclusivos y tratar de ajustarse á las indicaciones precisadas por la observación bien llevada para poder hacer obra útil.

Tratamiento médico.

El tratamiento médico puede dirigirse al período pre-úlceroso y se llama entonces *profiláctico* ó puede ser encaminado á tratar los fenómenos de la úlcera ya declarada.

Tratamiento profiláctico.

El tratamiento del período pre-ulceroso toma una importancia considerable, pues toda dispepsia hiperesténica puede conducir á la úlcera y es im-

poniendo un régimen serio á esa dispepsia que se previene una enfermedad grave.

Atenuados los síntomas de la dispepsia, el régimen será sostenido por largo tiempo y la medicación que se instituya se mantendrá, aunque más atenuada, por un tiempo también largo.—Solo al cabo de varios meses de mejoría completa y no interrumpida el enfermo podrá tomar su régimen ordinario, excluyendo el alcohol, las especias, evitando el cansancio físico é intelectual pués en muchos casos se ha visto individuos curados en apariencia de su dispepsia hiperesténica, en quienes han aparecido de golpe, los síntomas de la úlcera.

En el régimen alimenticio será suprimida la carne, el vino, el café, las aguas minerales gaseosas. Serán permitidas las sopas, pescados, huevos, purés de verduras, caldo de harina ó cereales, pasteles secos, leche. El pan será reemplazado por galleta ó bizcochos. Como bebidas: agua filtrada, agua d'Evian ó infusiones anodinas (hojas de naranjo ó tilo).

Como medicamentos se usarán los absorbentes anti-ácidos que usados á grandes dosis disminuyen la hiperacidéz y que obran como tópico sobre la mucosa gastrica cuando se emplean en pequeñas cantidades.

La siguiente combinación llena la indicación anterior:

Fosfato de cal.		0.50 ctgs.
Creta preparada.	aa	0.30 »
Carbonato de magnesia. . . .		
Subnitrato de bismuto. . . .		0.20 »

para un paquete á tomar después de las comidas en un poco de agua ó de líquido caliente.

Hay conveniencia en usar los medicamentos en forma de paquetes porque de ese modo su acción se hace en una superficie grande la mucosa.

Cuando los dolores se hacen aparentes durante la digestión podrá usarse la fórmula siguiente:

Ergotina Bongean	3	grs.
Agua dest.	4	»

Disuélvase y agréguese gota á gota á

Tintura veratrum.		
» belladona.	aa	5 gr.
» opio.		

6 gotas antes de comer.

Contra las crisis dolorosas se ordenará el reposo gástrico y se aplicarán compresas calientes ó empapadas en el líquido siguiente:

Bálsamo de Fioravanti	100	gr.
Cloroformo.	10	»
Láudano de Rousseau.	20	»

Al mismo tiempo se prescribirá en los paquetes alcalinas 0.02 de codeina ó 0.002 de morfina.

El Bicarbonato de soda tiene una acción neutralizante sobre la hiperacidez y puede darse á grandes dosis 10, 20 y más gramos por día; pero se reprocha sus efectos efímeros, pués actua de un modo químico inmediato mientras que el fosfato de cal, la creta, el carbonato de magnesia etc.,

actuan neutralizando la acidéz y como tópicos de la mucosa.

Cuando á la hiperestenia se agrega la hipersecresión contínua y se descubren síntomas de dilatación es necesario practicar lavajes del estómago para dar lugar á que los medicamentos puedan actuar sobre la mucosa, pues de otra manera el líquido se interpone é impide el contacto.

Tratamiento de la úlcera confirmada.

Cuando se trata de una úlcera declarada la higiene tiene una gran importancia. Se evitarán todo cansancio físico é intelectual, las impresiones morales, no deberá hacerse excesos de ninguna clase y seguirse una vida metódica y regular.

El reposo gástrico relativo se obtiene por medio de la dieta láctea.

Cuando se trata de un caso grave donde las hematemesis ó vómitos toman un carácter preponderante debe ordenarse el reposo en el lecho. La dieta debe ser completa y durará 1, 2 ó 3 días para obtener de ese modo el reposo gástrico absoluto. Aquí tienen su indicación los enemas de agua para oponerse á la deshidratación del organismo. Se harán dos por día de 500 c. c. cada uno, inyectando despacio para que sean retenidos.

Las inyecciones sub-cutáneas de suero tienen en estos casos una indicación de primer orden.

Los enemas alimenticios se prescriben cuando la dieta debe prolongarse; se podrán hacer:

Huevos n.° 2, leche 250 gr., láudano de Syde-

nham V gotas.—A esta fórmula se puede agregar dos cucharadas de sopa de peptona líquida.

Robin prescribe:

huevos.....	1 á 3	
peptona líquida.....	40 á 50	gr.
soluc. de glucosa.....	1.00	»
sal marina.....	1.50	»
pepsina.....	0.50	»
láudano.....	III	—
caldo fresco.....	250	»

Poco á poco se instituirá el régimen lácteo dando primero 50 á 100 grs. de leche helada cortada con agua y se aumentará á 500 grs. el día siguiente:

Durante dos semanas, más ó menos, el régimen lácteo será sostenido dando 2 á 3 litros por día repartidos en tomas de 250 grs. La leche podrá tomarse fria ó caliente, agregándole una cucharada de agua de cal.

Si al cabo de ese tiempo los síntomas de la úlcera no se han hecho aparentes podrá permitirse huevos pasados por agua, sopas, cremas, purés, pescado y en caso contrario continuar con el régimen lácteo.

Más adelante y si el estómago soporta, á la alimentación anterior se agregará pequeñas cantidades de carne picada y solo cuando los síntomas hayan desaparecido por largo tiempo podrá volverse al régimen habitual, excluyendo las conservas, la caza, el lechón, las especies, el vino y el café.

Como medicamentos se dan los alcalinos. El bicarbonato de soda obra de un modo inmediato saturando el exceso de ácido clorhidrico. Puede darse á altas dosis (10, 20 y más grs. por día). Se ha dicho, en su contra que el desprendimien-to de ácido carbónico á que daría lugar podría ser un obstáculo á la cicatrización de la úlcera por la distensión que produciría.

Hayem piensa que alcalinizando el medio se provoca la secresión y se agrava consecutivamente la hiperclorhidria. Para evitar el primer inconveniente se asocia al bicarbonato, la magnesia calcinada, el bismuto, la creta, que absorben y saturan sin dar lugar á desprendimiento gaseoso. Se prescribe en paquetes conteniendo de cada uno 0.50 ctg., dosis que se puede hacer variar en sus componentes según predomine la constipacion ó la diarrea.

Otra fórmula que llena la indicación es la siguiente:

Bicarbonato de soda.		1.50 grs.
Hidrato de magnesia.		0.80 ctg.
Subnitrato de bismuto.	aa	0.40 »
Lactosa		
Creta		

para un paquete que se tomará después de las comidas.

El fosfato de cal, la creta y el bismuto pueden asociarse para modificar el estado secretorio y combatir la hiperacidéz.

Fosfato de cal. . . . . } aa 0'50 á 1 gr.
Creta. . . . . }
Subnitrato de bismuto. . . . 0.80 ctg.

para un paquete á tomar después de las comidas.

El Subnitrato de bismuto á la dosís de 5 á 10 grs. por día en las comidas obra como tópico y como absorbente.

Hayem dá el sulfato de soda como antiácido:

Sulfato de soda. . . . . 3 grs. }
Bicarbonato » . . . . . 2 » } para un litro
Cloruro de sodio. . . . . 1 gr. }

250 grs. en ayunas tomado en 3 veces, tibio. Lo mismo puede usarse el agua de Vichy con 4 ó 6 grs. de Sulfato de soda tomada en la misma forma.

Bourget emplea la solución siguiente á tomar 100 grs. después de las comidas:

Bicarbonato de soda. . . . . 10 grs.
Fosfato » » . . . . . 4 »
Sulfato » » . . . . . 4 »

para un litro de agua.

Mathieu usa el lavaje del estómago seguido del gavaje con polvo de carne según el método de Debove que obra como alimento que deja poco residuo y como neutralizante del ácido clorhídrico.

La medicación directa sobre la úlcera se ha hecho con las siguientes preparaciones:

Nitrato de plata..... 0.20 ctg.
Agua destilada..... 120 grs.

3 cucharadas por día

Otra:

Yodoformo pulverizado.....
Sulfato de quinina..... } aa 0.10 ctg.

para una píldora, á tomar 4 por día.

Bourget preconiza el percloruro de hierro. En medio de un lavaje del estómago agrega 100 grs. de la solución al 1 °/₀ y repite la operación 3 á 4 veces por día.

Cuando el dolor aparece en la sintomatología se puede agregar á los alcalinos la morfina (0.002), codeina (0.02 ct.) ó polvos de opio (0.02 cg.) por dosis.

La cocaína y la morfina en poción, lo mismo que el beleño, cáñamo, etc.

Extr. de beleño..... 0,10 cg.
» hidro-alcohólico de cáñamo ind. 0,50 »
Subnitrato de bismuto..... 5 grs.
Poción gomosa..... 150 grs.

No pasar de 5 cucharadas en las 24 horas.

Las compresas sobre el estómago empapadas en el líquido siguiente:

Bal. de Fiaravanti..... 100 grs.
Cloroformo..... 10 »
Láudano de Rousseau.... 20 »
Extrac. de belladona..... 4 »

Ayudan á calmar el dolor.

Contra los vómitos podemos recurrir al agua de cal, láudano, picrotoxina, etc.

(Robin)

Picrotoxina.....	0,05 cg.
Alcohol.....	c. s. para disolver
Cl. de morfina.....	0,05 cg.
Sulf. neut. de atropina.. .	001 cg.
Ergotina Bangean.....	1 gr.
Agua dest. laurel cerezo..	12 gr.

Tomar 5 á 6 gotas, 5 ó 10 minutos antes de las comidas.

Últimamente Leven ha recomendado contra los vómitos, la aplicación de un pequeño vesicatorio en la región epigástrica.

Cuando se trata de hematemesis se pueden distinguir dos casos: la pérdida de sangre es abundante y sobreviene bruscamente ó es pequeña y continuada.

En el primer caso las estadísticas han demostrado que el tratamiento médico dá mejores resultados y se explica, pués una operación en esas condiciones y que tiene por objeto encontrar el vaso que sangra es tarea que da pocas probabilidades de éxito, tan es así que las observaciones á este respecto son contadas, citándose las de Roux, Michailow y Mikulicz. Las estadísticas de Terrier y Hartmann dan un 70 °/₀ en contra y Marión cita para 7 casos, 4 desfavorables.

En presencia de una hematemesis abundante se debe colocar el enfermo en el reposo más absoluto, excluir el estómago por medio de una dieta

completa y colocar una bolsa de hielo en la región epigástrica.

Las inyecciones de ergotina, adrenalina ó hidrastinina están indicadas.

Las observaciones de Carnot han demostrado la acción del cloruro de cal sobre las hematemesis de la úlcera del estómago, donde actúa aumentando la coagulabilidad de la sangre.

La poción siguiente dada á la dosis de 1 cucharada por hora, tiene una influencia favorable contra la gastrorragia.

Cloruro de cal.....	4 grs.
Jarabe de opio.....	30 »
Agua de menta.....	150 »

Los enemas alimenticios y las hipodermoclisis completan el tratamiento de las grandes gastronagías.

Cuando se trata de pequeñas hemorragias repetidas que anemían el enfermo y lo conducen á un estado de extrema denutrición, el tratamiento quirúrgico está indicado.

Tratamiento quirúrgico.

La mortalidad por úlcera del estómago es diversamente apreciada por los autores. Debove y Renaut dan un 50 °/₀; Gerhadt la calcula en 28 °/₀ descompuesta así: 3 á 5 °/₀ por hemorragia; 13 °/₀ por la perforación; 10 °/₀ por estenosis pilórica. Muller en 120 casos da una mortalidad

por hemorragia de 14 °/₀; Mikulicz señala una mortalidad de 25 á 30 °/₀ de los casos.

De modo que es sobre ese 30 °/₀ en que el tratamiento médico se ha mostrado sin efectos que la cirugía debe intervenir.

Apesar de lo que significa la proposición anterior por lo que se pide al cirujano su intervención en los casos en que el estado de denutrición y decaimiento orgánico del enfermo son elementos en contra del éxito operatorio, la mortalidad ha ido descendiendo á medida que la técnica y los procedimientos quirúrgicos se han perfeccionado. En 1894 se señalaba 26 °/₀ de mortalidad operatoria. En 1897 Mikulicz da 16 °/₀ y el mismo autor la estima hoy en 7.5 °/₀. Para Czerny sería de 4.8 °/₀.

Entre nosotros el Dr. Cranwell, en su estadística general de 1906-1907 señala 4 casos de úlcera gástrica operados por él, donde la curación ha sido completa y duradera.

Si es cierto que la úlcera del estómago, aun cuando sus síntomas ofrezcan poca gravedad, puede en un cierto período ser origen de graves complicaciones capaces de traer la muerte, no por eso el tratamiento quirúrgico puede proponerse como medio preventivo pues de las complicaciones—las más frecuentes son las hematemesis fulminantes y la perforación y solo forman un total de 16 á 18 °/₀ que no autoriza una intervención en todos los casos.

De modo pues, que las formas graves ó complicadas son las que se deben tener en cuenta al

proponerse el tratamiento quirúrgico. Lo que hace la gravedad de una úlcera es el carácter preponderante que toma uno ó varios de sus síntomas como ser el dolor, los vómitos ó las hemorragias.

La larga duración del proceso que tráe en los individuos un estado miserable de decadencia que les impide toda clase de trabajos y que solo dá alivio en los periodos de mejoría que puede proporcionarles un tratamiento médico bien llevado, tambien constituye una indicación para la intervención quirúrgica.

Analizando por separado cada una de las indicaciones á que me he referido se puede decir que el dolor alcanza, en algunos casos, tal intensidad que los enfermos no vacilan ante una intervención. Sin embargo es raro que este síntoma por sí solo constituya la indicación y lo más frecuente es ver que son los vómitos y las gastrorragias los que la imponen.

Los vómitos repetidos y que resisten al tratamiento médico comprometen en alto grado la nutrición. Los sujetos pueden presentar después de cierto tiempo los signos de inanición que imponen el tratamiento quirúrgico.

Las hemorragias repetidas, sean pequeñas ó grandes y que anemian en un grado extremo á los enfermos crean un estado del que no se podrá salir sinó por medio de una intervención.

En cuanto á la peritonitis por perforación, todos los autores estan de acuerdo en la necesidad de intervenir lo más pronto posible. Goldstüker señala un 71 °/₀ de curaciones en los ope-

rados en las primeras doce horas y 46 °/₀ en los que se interviene más tarde, de modo que la intervención debe ser propuesta desde que se siente el diagnóstico de la perforación.

En la estenosis pilórica que acompaña á la úlcera, cualquiera que sea el mecanismo de su producción, la gastro-enterostomia constituye el modo de tratamiento más eficaz en la gran mayoría de los casos. Los dolores desaparecen lo mismo que los vómitos y las hematemesís ó cuando menos se nota una mejoría del enfermo.

En muchas ocasiones el médico puede vacilar ante la indicación del momento en que se debe proponer el tratamiento quirúrgico pero es necesario tener en cuenta que debe «practicarse cuando los enfermos se encuentran aún en buen estado, sin esperar á que una hemorragia, una perforación ó una estenosis infranqueable del píloro comprometan seriamente la vida del enfermo» (Cranwell).

Para terminar diré que la operación de elección, toda vez que se proponga el tratamiento quirúrgica es la gastro-enterostomía, cuyos resultados han sido muy bien estudiados por Hartmann y Soupault. La hiperacidéz disminuye en la gran mayoría de los casos (en 18, Carle y Fantino la han visto desaparecer en 17) y es raro que persista indefinidamente. Los dolores, vómitos y hematemesis desaparecen. El aumento de fuerzas es progresivo y la anemia se disipa poco á poco.

Cuando hay ectasia gástrica, disminuye de los 15 días al mes y es muy raro observar casos en que persiste.

OBSERVACIONES

I

FORMA CRÓNICA

Serv. del Prof. Ayerza.—Sala 4, H. de Clínicas. J. P., francés, de 46 años, casado, aparador.—N.° 24.—Entrada: Octubre 11/905.—Salida: Nov. 3/905.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Bebedor de esencias y aperitivos.

Enfermedad actual.—Empezó hace 5 á 6 años con inapetencia y vómitos. Por la mañana arrojaba un líquido salado y agrio. En ese mismo tiempo le apareció un dolor en la región epigástrica que le disminuía con la ingestión de alimentos y acababa por desaparecer, para presentarse á las 2 hs. ó 2 hs. 1/2 después. En ese estado pasó largo tiempo y durante 4 años ha tenido numerosas alternativas de mejoría y agravación, con intervalos muy cortos. Ha tenido vómitos, dolor en el epigastrio, que no le ha impedido el trabajo. Ha sido siempre muy constipado y frecuentemente ha sufrido de dolor de cabeza.

Hace ocho meses que guardó cama por 15 días,

pués los vómitos eran frecuentes y tenía un dolor en el epigástrio muy intenso que sólo se calmaba con el vómito. Esta recrudescencia le obligó á guardar cama dos veces más y la última vez notó una coloración negra de las materias vomitadas. Desde entónces empezó á enflaquecer notablemente. Tiene poco apetito y la leche no le alivia casi nada. Soporta con más facilidad el caldo.

Estado actual.—Bien conformado, regular desarrollo muscular y escaso panículo adiposo. Tórax simétrico.—Diámetro normales.—Piel blanca. —Fácies demacrada.—A la palpación del epigastrio se nota dolor intenso, sobre todo en el apéndice xifoides.—No se palpa nada anormal.—Nada de particular en los demás órganos.

Tratamiento.—Paquetes de saturación, subnitrato de bismuto. Régimen lácteo.

Los vómitos desaparecieron y los dolores disminuyeron poco á poco. Alta mejorado con 4 kilos de aumento en el peso. En 18 de Julio de 1906 vuelve al servicio porque después de 3 meses de su salida en que se sintió bien, vuelve á notar ardor en la región epigástrica, que al poco tiempo se transforma en dolor con irradiaciones á la columna vertebral, que se exacerba de noche y le impide el sueño. Duele contínuamente, un poco después de las comidas. Así continúa por espacio de 5 á 6 meses, tomando leche, caldo y huevos, hasta que hace un mes tiene vómitos; el primero bilioso y los otros teñidos de una coloración parduzca. Durante ocho días

seguidos tiene vómitos contínuos después de las comidas. Desde hace 30 dias ha disminuido de 5 á 6 kilos. Tiene muy poco apetito. Desde que ha vuelto á sentirse enfermo, se ha hecho constipado, teniendo que recurrir á enemas para mover el vientre. Ha tenido melena.

En vista de la larga curación de este proceso y del resultado efímero del tratamiento médico, se decide la intervención quirúrgica.

El 27 de Julio es operado. Laparatomía supraumbical. Al nivel de la curvadura menor se encuentra un punto indurado al que está adherido el epiplón gastro-hepático. Al explorar ese punto se descubre una perforación de 2 ctms. de diámetro, por donde sale líquido estomacal. La induración se prolonga sobre la cara posterior del estómago. Se sutura con seda, cubriendo la perforación con el epiplón gastro-hepático. Incindido el meso colon transverso para hacer un gastro-enterostomía posterior, se encuentra la pared posterior del estómago indurada, por lo que se hace una gastro-enteroanastomosis anterior con suturas. Se deja un drenaje de gasa.

El 31 de Julio muere el enfermo y en la autopsia se descubren 4 úlceras, una de las cuales está situada en la cara anterior, á la izquierda de la sutura con el intestino y las otras tres, más pequeñas que la anterior, en la cara posterior y que interesan sólo la mucosa, son redondeadas y de casi 1 ctm. de diámetro.—Hay peritonitis aguda.

II

FORMA CRÓNICA RECIDIVADA

Servc. del Prof. Ayerza.—Sala 4.—H. Clínicas. —C. de M., italiano, 50 años, soltero, comerciante.—Entrada: Oct. 10/906.—Salida· Oct. 13/906.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: A los 13 años malaria. —No tiene hábitos alcohólicos.—No hay sífilis.— Blenorragia á los 25 años.

Enfermedad actual.—Tiene un pasado gástrico muy antiguo. A los 22 años comenzó á sentir fuertes ardores al principio y más tarde dolores en la región epigástrica exacerbados por la comida. Los alimentos le provocaban ó le aumentaban el dolor poco á poco, hasta que á la hora y media ó dos después de haber comido se hacía insoportable y le provocaba el vómito. Este dolor no se irradiaba. Al mismo tiempo tenía pirosis y era muy constipado.

Este estado le duró 5 ó 6 meses, al cabo de los cuales y después de haber seguido un tratamiento, los síntomas fueron cediendo de un modo lento, pero contínuo, hasta que su mejoría fué tal que se *consideró curado*. Abandonó el régimen y empezó á comer de todo.

Desde entónces hasta hace 3 meses, no ha tenido sino muy ligeras perturbaciones y por muy poco tiempo; y recién en la época indicada vuel-

ve á sentir los síntomas de la primera vez. A los ardores intensos, se le agregan verdaderos dolores que se propagan del apéndice xifóides hácia la columna vertebral; empiezan á las 2 hs. ó 2 1/2 hs. después de las comidas y se continúan á una sensación de peso que aparece casi enseguida de la ingestión. Hace 3 meses que tiene vómitos alimenticios á las 3 ó 4 horas de haber comido, que se le repiten con intervalos de diez ó quince días. El primer vómito fué teñido con sangre. Ha tenido melena.

El decúbito dorsal le es desfavorable y la posición sentada ó inclinado hácia adelante le producen alivio en el dolor. El apetito conservado, De tres meses á esta parte está á régimen lácteo. Siempre ha sido constipado y sólo en este último período ha tenido diarrea (hasta 5 y 6 deposiciones diarias). Su estado general excelente hasta hace 3 meses; ha decaído de un modo notable y ha visto bajar su peso de 68 k. á 54.

Estado actual. — Demacrado; poco desarrollo muscular; poco panículo adiposo; piel blanca y mucosas pálidas.—*Abdomen:* depresible y ligeramente doloroso á la presión, sobre todo en la región epigástrica; numerosos ganglios en la región inguinal; no hay sucusión ni *clapotage*; no se palpa tumor alguno; los demás órganos normales.

Tratamiento.—Alcalino.—Régimen lácteo.—*Octubre 26:* Operación.—Gastro-enterostomía posterior, con botón de Murphy.—El 16 de Noviembre arroja el botón y se le dá de alta curado.

III

FORMA CRÓNICA RECIDIVANTE

TUBERCULOSIS PULMONAR

Servicio del Prof. Ayerza.—Sala 4, Hospital de Clínicas.—A. B., italiano, 30 años, soltero, agricultor.—Entrada: Junio 27/906.—Salida: Agosto 13/906.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: A los 10 años tuvo en la región malar derecha una pústula maligna.—A los 11 años otra pústula igual á la anterior.—Es bebedor.—No hay sífilis ni paludismo.

Enfermedad actual.—Se sintió enfermo al principio del mes de Agosto de 1905; tuvo caimiento general; dolor en el epigastrio y algunos vómitos, por lo que se vió obligado á dejar su trabajo; después de 1 1/2 mes vuelve á él con más bríos y perfectamente sano. A los seis meses se siente otra vez enfermo: tiene un fuerte resfrío, cefaleas y dolor en la región epigástrica, en forma de puntada que lo atraviesa de adelante atrás. Al mismo tiempo tiene ardor en el estómago, como si le quemasen interiormente. Por estos síntomas se vé obligado á entrar al Hospital San Roque, donde es sometido á régimen lácteo. El dolor, en esa época, era intenso y le aparecía como á las dos horas de haber comido y lo sentía en la región epigástrica, con irradiaciones hácia la región dorsal y lumbar. Gracias al trata-

miento instituído, sus síntomas van mejorando poco á poco y durante cuatro meses y medio se siente bien. El 15 de Junio vuelve á sentir otra vez el dolor, con los mismos caracteres anteriores y tiene un vómito á las 3 horas de haber ingerido los alimentos, que le alivia notablemente sus dolores. Sigue en ese estado durante siete días, al cabo de los cuales se decide á entrar al H. de Clínicas, donde llega con dolor y ardor intensos, á tal punto que le obliga á plegarse en dos ó á quedar en decúbito ventral que le proporciona un relativo bienestar. No ha tenido hematemesis ni melena. Su vientre ha funcionado bien antes de su enfermedad. Hace un mes tuvo diarrea durante 15 días y ahora está muy constipado. Ha perdido 7 kilos.

Estado actual.—Corta talla; regularmente conformado, escaso desarrollo muscular; muy poco panículo adiposo; bastante enflaquecido; piel blanca, pálida; mucosas mal coloreadas.—*Tórax* pequeño, simétrico.—*Abdomen* algo retraido, poco depresible, algo doloroso á la palpación.

Pulmones.—Derecho, matitez en las fosas supra é infra espinosas por detrás; ligero aumento de las vibraciones toráxicas; respiración soplante; expiración prolongada; no hay rales ni frotes; hácia abajo normal; base movible; pulmón izquierdo normal.

Estómago.—La región correspondiente, dolorosa á la palpación, especialmente alrededor del apéndice xifoides; no está dilatado; no hay *clapotage* ni sucusión.

Tratamiento. — Régimen lácteo; alcalinos; (cocaina 0.03; mentol 0.05; agua 100; jarabe 20).— Agua de cal; subnitrato de bismuto.

Durante su estadía, ha tenido varios vómitos alimenticios y hematemesis. Los dolores y ardores continúan, aunque un poco más atenuados. Se propone el tratamiento quirúrgico, pero el enfermo es dado de alta el 13 de Agosto.

IV

FORMA CRÓNICA RECIDIVADA

Serv. del Prof. Ayerza.—Sala 4.—H. de Clínicas.—C. M., francés; 26 años, soltero, peluquero. —Entrada: Oct. 28/904.—Salida: Dic. 12/904.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Sarampión, tos convulsa. No hay sífilis ni paludismo; no es bebedor.

Enfermedad actual.—Hace 3 años sintió de golpe un dolor en el epigastrio, hácia la izquierda, que le correspondía á la misma altura en la columna vertebral. Este dolor se hizo intermitente y le aparecía como á las 2 horas de haber comido. Tuvo que abandonar el trabajo y guardó cama durante un mes y medio. Al cabo de ese tiempo el dolor empezó á atenuarse hasta que desapareció completamente al tercer ó cuarto mes. Desde entonces, ha seguido bien durante dos años, habiéndole quedado, sin embargo, un

poco de pesadéz, después de las comidas; pero no tiene dolores ni vómitos.

Hace un año que vuelve á aparecer el dolor; es intenso, comienza en el epigastrio y se irradia á la columna vertebral; es expontáneo, contínuo; aumenta con todo lo que ingiere que no sea leche: ésta le calma por un tiempo que varía entre 2 horas y 2 horas y media; al cabo de ese tiempo vuelve á presentarse y entonces sólo se alivia con el vómito.

Por la mañana arroja un liquido claro, muy agrio, que le deja ardiendo la garganta y le produce una sensación de aspereza en los dientes. Sigue así por espacio de dos meses más ó menos, al cabo de los cuales sus dolores y vómitos se hacen más raros, acabando por desaparecer. Durante nueve meses, se siente muy aliviado y vuelve á su trabajo.

Después de ese tiempo, el dolor se presenta de nuevo y es expontáneo, transfixiante y se exaspera á las 2 ó 3 horas de la ingestión. Tiene vómitos, que le alivian bastante. Nunca ha tenido hematemesis ni melena.

Estado actual.—Pálido; poco panículo adiposo; dolor localizado en la región epigastrica; no hay sucusión ni *clapotage:* no se palpa tumor alguno.

Nada de anormal en los demás órganos.

Tratamiento.—Sometido á régimen lácteo, y tratamiento alcalino, mejora poco á poco y el 12 de Diciembre es dado de alta con 3 kilos de aumento en el peso.

V

FORMA HEMORRÁGICA AISLADA.—TUBERCULOSIS PULMONAR

Serv. del Prof. Ayerza.—Sala 4.—H. de Clínicas J. E., argentino, casado, 35 años, isleño.—Entrada: Oct. 12/904.—Salida: Nov. 25/904.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Blenorragia; chancro blando; alcoholismo; sueños terroríficos; calambres; temblor.

Enfermedad actual.—Empezó hace 20 meses, con ardor en el estómago. Se le llenaba la boca de un líquido ácido. Al poco tiempo le apareció dolor en el epigastrio, á las 3 horas de las comidas; vomitaba y su dolor desaparecía. Así pasó 4 meses. Una mañana, sintiéndose mareado, quiso vomitar y perdió el conocimiento; cuando volvió en sí, vomitó sangre coagulada y roja en gran cantidad (cerca de dos litros). Se sintió muy débil; tuvo escalofríos y temblores. Después de esta hemorragia, sus dolores cedieron un poco y se sintió relativamente bien, Pudo volver á su trabajo.

Diez meses después de esto, siente dolores en el estómago antes de comer; que la leche, el caldo, ó el bicarbonato de soda, le aliviaban. Aparecen como á las 2 ó 3 horas después y cesan cuando vomita. El vómito siempre ha sido expontáneo.

El dolor se hace cada vez más intenso y se localiza alrededor del apéndice xifóides;—se irradia hacia atrás.—Después de las comidas, tiene sensación de peso y oleaje en el estómago. Conservaba su apetito, pero no comia por temor. Se hace muy constipado y sólo mueve el vientre con enemas cada 4 ó 5 días. Desde su primera hematemesis no ha vuelto á vomitar sangre, ni la ha notado en sus materias fecales.

Estado actual. — Buena conformación, pálido, adelgazado. Nada anormal en el abdomen, sólo acusa dolor en el epigastrio. Sucusión y *clapotage*. —*Pulmones:* izquierdo, matitéz supra é infra-clavicular; aumento de vibraciones; inspiración entrecortada; expiración soplante; el resto normal.

Nada de particular en los demás órganos.—Tratamiento: régimen lacteo; alcalinos.

VI

FORMA HEMORRÁGICA Á REPETICIÓN

Serv. del Prof. Ayerza.—Sala 4.—H. de Clínicas.—V. F., italiano, 45 años, casado, zapatero. —Entrada: Mayo 2/906.—Salida: Mayo 9/906.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Blenorragia á los 23 años. No ha tenido ninguna otra enfermedad. No es alcoholista.

Enfermedad actual.—Empezó hace 7 á 8 meses con dolor en el epigastrio, que se propagaba á

la columna vertebral, á la misma altura. Se hacé más intenso después de las comidas y le dura 15 minutos á media hora. Cada 4 ó 5 días el dolor se exacerba, al punto de hacerse insoportable. Así continuó por espacio de 3 meses hasta que un día, á las 3 horas de la comida. tiene un vómito alimenticio, que continúa, repitiéndose cada 8 á 10 días y por espacio de dos meses, cuando aparece su primera hematemesis abundante (llena dos palanganas, según el enfermo) de sangre oscura, que se repite cada 7 ú 8 días, aunque en menor cantidad que la primera. Veinte días antes de entrar al servicio tiene otra hematemesis muy abundante, que le debilita mucho.

Los vómitos alimenticios ó las hematemesis, han traido siempre alivio á sus dolores, que en ese momento tomaban una gran intensidad.

Desde que apareció su primera hematemesis, se puso á régimen lácteo, que es lo único que soporta.

Se hace muy constipado, pasando á veces 10 días sin mover el vientre. Ha notado, pero raramente, coloración obscura de sus materias fecales.

Ha disminuido mucho de peso y se siente tan débil que teme caerse cuando se levanta de la cama.

Estado actual.—Sujeto muy pálido; muy anémico; mucosas pálidas; gran demacración.

Corazón.—Tonos debilitados; pulso 110, depresible; muy poca tensión.

Pulmones.—Normales.

Aparato digestivo.—Lengua saburral; poco apetito; vómitos alimenticios; tiene ardor y dolor en el estómago.

Abdomen. — Región epigástrica muy deprimida y dolorosa; no se palpa tumor alguno. Después de 7 días de estadía en la sala se pasa á cirugía.

Como su estado inspira sérios temores, es puesto en observación, bajo un tratamiento médico. Tiene vómitos alimenticios y fuertes dolores de estómago. Sigue en ese estado y el 25 de Mayo muere.

La autopsia permitió descubrir en la pequeña curvadura dos úlceras, cuyos bordes se tocan, irregulares y cortados perpendicularmente á la pared. Son del tamaño de una moneda de 20 centavos, falta en ellas la mucosa y se halla completamente al descubierto la capa muscular. El diagnóstico anatómico fué: inanición; atrofia morena del corazón; endocarditis crónica; degeneración grasa del hígado; úlcera simple del estómago; nefritis intersticial.

VII

FORMA HEMORRÁGICA

Serv. del Prof. Ayerza.—Sala 4.—H. de Clínicas. —L. S., ruso, 51 años, soltero, carpintero.—Entrada: 1° Julio de 1904.—Salida: Agosto 7/904.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Paludismo. No es bebedor.

Enfermedad actual.—Empezó su enfermedad hace un año y medio por dolores y ardores después de las comidas. Sólo soportaba la leche. El dolor era fijo en la región epigástrica y le aparecía á las 3 horas de la ingestión. Hacen 4 meses que se ha empeorado, sintiendo á los 10 minutos de comer una sensación de peso que se transforma en dolor al poco tiempo; es muy agudo á tal punto que le obliga á agacharse para atenuarlo. Ha sido siempre muy constipado. Su alimentación se ha reducido durante su enfermedad á leche y caldo.

Hacen 4 días tuvo una gran hematemesis que le hizo perder el conocimiento. Los días siguientes notó una coloración negruzca en sus materias fecales. Hoy se siente muy débil y dice que ha perdido 16 kilos en 10 meses. Ha tenido vómitos pero muy raros.

Estado actual. — Demacrado, pálido. Mucosas mal coloreadas.

Abdomen.—Nada anormal á la inspección. No es doloroso ni se palpa tumor alguno.

Los demás órganos normales,

Tiene poco apetito y se siente sin fuerzas.

Tratamiento.—Alcalinos. Alimentación rectal al principio y régimen lácteo después.

Al mes y seis días de estar en el servicio y se le dá de alta mejorado con dos kilos de aumento.

VIII

FORMA HEMORRÁGICA Á REPETICIÓN

Serv. del Prof. Ayerza.—Sala 4.—H. de Clínicas. —S. H., ruso, 38 años, casado, chacarero.—Entrada: 15 de Septiembre de 1904.—Salida: 28 de Septiembre de 1904.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Sarampión, Viruela, Fiebre tifoidea á los 13 años. Alcoholismo; tomaba hasta dos litros de caña por día. Pituitas, sueños terroríficos, temblor, calambres. Hacen 2 años que no toma más alcohol.

Enfermedad actual.—Empezó hacen 4 años, época en que bebía exageradamente, por dolor intenso en la región epigástrica que se irradiaba á la columna vertebral y al hipocondrio derecho. Adoptaba para atenuarlo posiciones extravagantes ó ingería un poco de leche.

Hacen dos meses tuvo una hematemesis profusa que le alivió el dolor por espacio de un mes. Al cabo de ese tiempo vuelve á sufrir y tiene otra hematemesis que también fué grande y le alivia los dolores. Siete días antes de entrar al Hospital nueva hematemesis con iguales caracteres que los anteriores.

Estado actual.—Bien constituído, adelgazado y anémico, poco panículo adiposo. En el abdómen región epigástrica, se palpa un tumor sin límites netos y doloroso á la presión.

Tiene apetito pero no come porque le hace mal. Ha tenido melena.

Tratamiento.—Ha estado tres días en reposo gástrico. Se le dá un poco de leche y tiene hematemesis. Alimentación rectal. Paquetes de saturación bismuto.

Octubre 21.—Operación (gastro enterestomia). Operador, Dr. Corbellini. El 24 de Noviembre se le dá de alta curado.

IX

FORMA HEMORRÁGICA Á REPETICIÓN

Serv. del Prof. Ayerza.—Sala 4.—H. de Clínicas.—J. C., español, casado, zapatero.—Entrada: Julio 26/904.—Salida: Julio 29/904.

Antecedentes hereditarios:

Antecedentes personales: Sarampión. Chancro blando.

Enfermedad actual.—Empezó hace dos años por un ardor en la región epigástrica, que aparecía como á las dos horas de haber comido y duraba hasta 3 horas. Lo sentía irradiado hacia la columa vertebral, como si lo atravesase un puñal (según el enfermo). Tenía entonces regurgitaciones, pero no vomitaba expontáneamente; él los provocaba para aliviar el dolor. Era muy constipado, habiendo notado muchas veces mucosidades.

El 22 de Abril ingresa á este hospital, sala 9, donde permanece en asistencia más de dos meses. Durante su estadía tuvo un vómito de sangre que llenó dos palanganas: era oscura, no aereada, con coágulos. El 13 de Junio otra hematesis igual á la anterior. Después de estas dos gastrorragias, aparece sangre en las materias fecales. El dolor aumenta de intensidad y se presenta enseguida de ingerir los alimentos. No vomita expontáneamente, él provoca sus vómitos.

Hace un mes salió del hospital y en los primeros días comió un poco de carne; los últimos 15 días no ha tomado sino leche.

El 25 de Julio á la noche nueva hematemesis con iguales caracteres que los anteriores (una palangana).

El 29 de Julio ingresa á la sala IV, donde llega con dolor constante muy intenso, paroxístico. No tiene vómitos. Está muy constipado; mueve el vientre cada 5 ó 6 días. Apetito conservado. Ha perdido 15 kilos durante su enfermedad; 10 kilos en este último mes.

Estado actual.—Buena conformidad; poco desarrollo muscular; piel blanca y pálida; mucosas pálidas.

Abdomen.—Retraído; no se palpa tumor alguno; dolor en la región epigástrica.—*Pulso* poco tenso, frecuente (98 por minuto) regular depresible.

Tratamiento.—Reposo gástrico absoluto; retiene los enemas de agua á 38°.

Pasa á cirugía.

X

FORMA HEMORRÁGICA RECIDIVANTE

Serv. del Prof. Ayerza.—Sala 4.—H. de Clínicas.—C. M., francés, 47 años, zapatero, soltero. —Entrada: Mayo 10/907.—Salida: Julio 15/907.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Fiebre tifoidea.—No es bebedor.

Enfermedad actual. — Empezó hace dos años con regurgitaciones ácidas, dolor en el epigastrio y vómitos. Siguió así por espacio de un año y al cabo de ese tiempo tuvo una hematemesis muy grande. Arrojó sangre oscura y sin coágulos. En los 5 ó 6 días subsiguientes, notó coloración negruzca en las materias fecales. Esta hemorragia le alivió los síntomas de su enfermedad y después de ella notó que su dolor desapareció poco á poco, lo mismo que sus vómitos pudiéndose alimentar bien y volver á su trabajo. Pasó así hasta que dos meses antes de su entrada, vuelve á tener una nueva hematemesis con los mismos caracteres que la primera: es abundante, lo debilita mucho y le trae alivio á sus dolores.

Últimamente se ha sometido á régimen lácteo, que soporta muy bien. No tiene dolores ni vómitos, ni hematemesis. Ha adelgazado bastante. Es muy constipado.

Estado actual.—Anémico; buena conformación; poco panículo adiposo; mucosas pálidas; nada de

particular en el abdomen; no hay dolor expontáneo ni á la presión; no tiene hematemesis ni melena; buen apetito.

Tratamiento.—Se le cambia el régimen lácteo exclusivo y el enfermo toma huevos, papas. Se le dá un poco de pescado y gallina, que soporta perfectamente. Agua de Bourget (bic. de soda 10; fosfato de Na. 4; sulfato de Na. 4, para un litro de agua).—Julio 15, alta; mejorado con 2 kilos de aumento.

XI

FORMA Á PEQUEÑAS HEMORRAGIAS CONTINUAS

Serv. del Prof. Ayerza.—Sala 4.—H. Clínicas.—E. V., 29 años, soltero, fraguador, argentino.—Entrada: Octubre 23/906.—Salida: Dic. 20/906.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Sífilis hacen 7 años. Blenorragia. No hay malaria, ni reumatismo. No es alcoholista. Muy fumador.

Enfermedad actual.—Empezó hacen 19 meses con sensación de peso en el epigastrio, ardor y pirosis después de las comidas. Tenía arcadas pero no vomitaba. La carne le hacía mucho mal. Durante siete meses continuó en ese estado y al cabo de los cuales tuvo vómitos que se le producían á las 2 horas más ó ménos de haber comido, eran alimenticios y teñidos con sangre. En esa época tuvo dolor en el epigastrio con irradia-

ciones á la columna vertebral y hacia la parte anterior del torax. En varias ocasiones notó una coloración negruzca en sus materias fecales. La posición sentado le era favorable; el decúbito dorsal le despertaba el dolor. Su alimentación se redujo á leche únicamente pués no soportaba nada sólido en el estómago.

Ha sido y es muy constipado. Mueve el vientre cada 3 ó 4 días con enemas.

Ha enflaquecido notablemente y su peso de 84 kilos ha bajado á 61.

Estado actual.—Hombre bien conformado, enflaquecido, tinte pálido. Su piel laxa deja hacer pliegues. Mucosas pálidas.

Nada de particular en los demás órganos.

Como su estado no mejora apesar del tratamiento instituido y sus vómitos teñidos en sangre se repiten á espacio muy cortos, se decide la operación.

El 31 de Diciembre se practica la gastro-enterostemia posterior con boton de Murphy que á los 26 días arroja, dándosele de alta sin ninguno de los síntomas que indicaron la operación.

XII

FORMA CRÓNICA RECIDIVANTE. — ESTENOSIS PILÓRICA

Serv. del Prof. Ayerza.—Sala 4.—H. de Clínicas.—R. S., español, 42 años, casado, empleado.—Entrada: Agosto 6/906.—Salida: 16/906.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Sarampión. A los 20 años influenza. A los 30 blenorragia complicada. No hay sífiles ni paludismo. Hemorroides. A los 39 años operado de fístula del ano.

Enfermedad actual.—Su enfermedad empezó hace unos 10 años por dolor en forma de puntada aguda que se propagaba hacia el raquis, y que obligaba al enfermo á encorvarse hacia adelante. El dolor se manifiesta después de 2 á 3 horas de las comidas. Consulta un médico que le receta unos paquetes de bismuto, creta, bicarbonato de soda y magnesia con los cuales desaparecen sus dolores y por *espacio de un año* queda perfectamente. Cambia su régimen alimenticio (leche y huevos) por una alimentación variada. Después del tiempo indicado vuelve á sentir dolores, tiene vómitos, unas veces antes de comer y otras bastaba que ingiriese algo para que el vómito apareciera casi inmediatamente ó á las 2 ó 3 horas de la ingestión, produciéndole siempre alivio instantáneo á su dolor.

Arrojaba los alimentos tal cual los había ingerido (según el enfermo). Sigue en ese estado durante 6 meses, época en que tiene alternativa de mejoría y agravación, hasta que después de ese período tiene fuertes dolores, ardores y vómitos más abundantes y frecuentes haciéndose á grandes bocanadas. No ha tenido hematemesis ni melena. Ha sido constipado desde jóven. En ciertas ocasiones ha tenido diarrea que le duraba poco tiempo. Ha sufrido de dolor de cabeza frecuente-

mente. Conserva el apetito. Hoy se encuentra bastante debilitado.

Estado actual. — Sumamente demacrado. Piel blanca, pálida, poco elástica.

Abdómen.—Excavado, indoloro en toda su extensión. En la región epigástrica é hipocondrio derecho hay cierta resistencia pero no hay dolor. Estómago dilatado llega cerca del ombligo; hay *clapotage* y sucusión.

Nada de particular en los demás órganos.

Exámen del vómito

Acido	clorhídrico	tiene
»	láctico	no tiene
»	bútrico	» »

Acidez total	2.3440 °/₀₀
H. Cl. libre	2.460 °/₀₀
Cliro total	4.015 °/₀₀
Cl. mineral	1.460 °/₀₀
Cl. orgánico	0.095 °/₀₀

Se aconsejaba el tratamiento quirúrgico y el 16 de Agosto pasa á *Cirugía* para ser operado.

XIII

FORMA CRÓNICA RECIDIVADA.—ESTENOSIS DEL PÍLORO

Serv. del Prof. Ayerza.—Sala 4.—H. de Clínicas.—P. B., argentino, 40 años, soltero, almace-

nero.—Entrada: Agosto 15/903.—Salida: Septiembre 13/903.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Ha sido sano.—Es un poco bebedor.

Enfermedad actual.—Sufre del estómago hace dos años. En 30 de Julio de 1902 estuvo en el servicio, porque sentía un dolor fijo en el epigastrio; tenía vómitos que se le producían como á las dos horas de haber comido y se encontraba muy débil; pues su alimentación era escasa. Después de un tratamiento bien seguido, pudo abandonar el hospital y *durante un año* se encontró perfectamente bien.

Hace un mes que vuelve á sentirse enfermo. Le aparecen ardores á la media hora de las comidas, acompañados de regurgitaciones ácidas que le producen aspereza en los dientes. Más adelante tiene arcadas y vómitos ácidos. Los vómitos le producen alivio en sus dolores: son abundantes y generalmente constituídos por un líquido claro, muy agrio y sin restos alimenticios. Cuando cambia de posición, siente oleaje en el estómago. Tiene vómitos nocturnos, con iguales caracteres que los anteriores. Desde hace veinte dias ha perdido el apetito y se ha enflaquecido bastante. Tiene continuamente dolor de cabeza y es muy constipado.

Estado actual.—Bien conformado; piel blanca pálida; mucosas mal coloreadas; enflaquecido.

Estómago dilatado; hace salida en la región epigástrica; hay sucusión y *clapotage*.

Nada anormal en los demás órganos.

Tratamiento. — Dieta láctea; alcalinos; poción calmante, contra los dolores.

Septiembre 13: alta, mejorado.

XIV

FORMA LATENTE

Serv. del Prof. Ayerza.—Sala 4.—H. de Clínicas.—D. G., español, casado, 51 años, quintero. —Entrada: 16 Mayo 1907.—Salida: 22 Mayo 1907.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Siempre ha sido sano. Bebedor de vino en poca cantidad.

Enfermedad actual.—Hace doce días sintió de golpe un dolor violento en el epigastrio, por debajo del apéndice xifoides. Este dolor es persistente y se exaspera por la presión; las comidas lo mismo: le producen un aumento en su intensidad. Es tan intenso que, según el enfermo, tiene la sensación de que lo atraviesan con un puñal. La posición de sentado ó parado, le es desfavorable; el decúbito dorsal lo alivia un poco.

Como su estado no sufre variación alguna, decide venir á Buenos Aires (vive en la campaña), donde se asiste en su casa; pero con igual resultado. Antes, por el contrario, le aparecen vómitos y seis días antes de su entrada al servicio, tiene una gran hematemesis de «sangre negra», que se le repite con igual abundancia á los tres

días. Viendo que los medicamentos que ha tomado no lo han aliviado, decide ingresar al servicio de la sala 4ª.

Después de los dos vómitos que ha tenido, y especialmente después de las hematemesis, se siente muy débil; le faltan las fuerzas. Ha tenido melena.

Dice que nunca ha sufrido del estómago.

Estado actual.—Piel blanca, pálida; un poco enflaquecido; anemia.

Abdomen.—Paredes elásticas; dolor en el epigastrio á la palpación; no se palpa tumor alguno; ardor y pirosis; su vientre ha funcionado bien antes de esta enfermedad; ahora está constipado; conserva el apetito; los demás órganos normales.

Tratamiento.—Dieta absoluta; suero artificial; régimen lácteo.—Se propone una intervención, pero no acepta y pide el alta.

XV

RECIDIVA OPERATORIA

Servicio del Prof. Ayerza.—Sala 4.—H. de Clínicas.—M. F., italiano, 40 años, viudo, quintero. —Entrada: julio 22 de 1904.—Salida: julio 29 de 1904.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: No ha sido bebedor; no hay sífilis ni paludismo.

Hacen 4 años que sintió dolor en el epigastrio,

constante, no irradiado y que no se modificaba con los alimentos. Como á los dos meses tuvo arcadas y vómitos de un líquido claro y muy ácido. Tuvo ardores que se aliviaban después del vómito. Nunca ha tenido hematemesis ni melena.

Conservaba su apetito; pero no comía porque le hacía mucho mal. En ese estado, hacen *dos años y siete meses* fué operado y á los tres meses y medio expulsó un boton de Murphy. Desde entonces se sintió perfectamente. Sus dolores, lo mismo que las regurgitaciones ácidas y los vómitos desaparecieron y empezó á aumentar de peso.

Enfermedad actual.—Hacen 3 meses siente dolor constante en el epigastrio, que aumenta ligeramente con la ingestión, es irradiado al hombro izquierdo y á la columna vertebral. Al dolor siguieron los vómitos que aparecieron á la hora de la ingestión. Tenía además arcadas y arrojaba un líquido claro y muy ácido. No ha vomitado sangre; ni ha tenido melena. Desde hace un mes está muy constipado, ha movido pocas veces el vientre en ese tiempo. No tiene apetito. Dice que en 3 meses ha adelgazado 10 kilos. Su alimentación ha sido leche únicamente y por lo general la vomita coagulada, á la hora de haberla tomado.

Estado actual. — Bien conformado, adelgazado, poco desarrollo muscular. Piel blanca y pálida.

Abdomen.—Cicatríz en la línea media en la región epigástrica. Dolor localizado por debajo del apéndice xifoides. No se palpa tumor. Vómitos diarios.

Tratamiento. — Régimen lácteo. Alcalinos, bis-

muto. *29 de Julio*, se pasa á Cirujía á los fines de la operación que se juzgue oportuna.

XVI

RECIDIVA OPERATORIA

Servicio del Prof. Ayerza.—Sala 4, H. de Clínicas.—A. C., italiano, 27 años, soltero, calderero.—Entrada: febrero 18 de 1905.—Salida: febrero 20 de 1905.

Antecedentes hereditarios: Sin impotancia.

Antecedentes personales: Escarlatina. Blenorragia. No es alcoholista.

El 4 de octubre de 1904 entró al servicio donde se hizo el diagnóstico de «úlcera del estómago, región pilórica» y el 17 del mismo mes se pasó á la sala de cirujía para la intervención quirúrgica que se aconsejó. Se hizo una gastro-enterostomia anterior y el enfermo salió de alta curado.

Enfermedad actual.—Hacen de 6 ó 7 días que le apareció un dolor agudo en la región epigástrica, irradiado hacia el flanco izquierdo, contínuo y que se exaspera con las comidas. Antes de entrar por segunda vez ha tomado opio, cocaina y usado de la revulsión en la región epigástrica pero su dolor no ha disminuido. Conserva el apetito. Ha movido su vientre con regularidad y ha notado sangre en las materias fecales.

Dados los antecedentes de su entrada anterior

y el diagnóstico confirmado se pasa á cirujía para la intervención que se juzgue necesario.

XVII

RECIDIVA OPERATORIA

Serv. del Prof. Ayerza.—Sala 4.—H. de Clinicas.—G. M., español, 49 años, soltero, cochero. —Entrada: 13 Marzo 1906. — Salida: 30 Marzo de 1906.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: A los 20 años blenorragia, chancro blando. No hay alcoholismo.

Enfermedad actual.—Hace 5 años que empezó su enfermedad por dolor en el epigastrio, que se hacía más fuerte después de las comidas y cada vez era más intenso. A los dos meses le aparecen vómitos que se producen como á la hora y media de las comidas y que traen una disminución de su peso cada vez más notable. A los 3 años es operado y queda más aliviado; sin embargo, la curación no es completa. Los ardores, aunque disminuidos, no desaparecieron y á los *dos meses* de operado recobran la misma intensidad del principio; vuelven los vómitos alimenticios, con intermitencias, pues á veces pasa 4 y 5 días sin ellos.

Los ardores son continuos y los tiene aún en ayunas, comienzan en el epigastrio y se irradían hacia el hipocondrio izquierdo.

Desde el principio de su enfermedad, se hace constipado. Ha sufrido de cefaleas.

Sigue en ese estado durante dos años, con numerosas alternativas de mejoría y agravación, hasta que en estos últimos tiempos el dolor en el epigastrio, los vómitos y los ardores, se hacen tan intensos, que le obligan á ingresar al hospital.

Estado actual.—Bien conformado; piel blanca y pálida; mucosas pálidas.

Abdomen: depresible é indoloso. En la región epigástrica, línea media, se observa una cicatriz como de 10 ctm. La palpación de la región del estómago, no revela nada anormal.

Órganos: normales.

Tratamiento.—Alcalinos; régimen lácteo. No ha tenido vómitos ni gastralgias.

Marzo 30.—Se aconseja una intervención.

XVIII

RECIDIVA POST-OPERATORIA

Serv. del Prof. Ayerza. — Consultorio externo. —H. de Clínicas. — Marzo 10 de 1908.—R. B., italiano, 45 años, casado, chacarero.

Antececentes personales: Después de un pasado gástrico de 5 á 6 años, en que tenía dolor fijo en la región epigástrica y vómitos que sobrevenían á las dos horas más ó menos de la ingestión de los alimentos, es operado en este hospi-

tal, en febrero de 1907. Después de la intervención, se sintió perfectamente, pudiendo volver á su trabajo y alimentarse bien. Comia de todo, pero no abusaba de la carne.

Enfermedad actual.—Desde hace 2 á 3 meses, vuelve á sentir dolor fijo en el epigastrio y tiene vómitos que se le producen á las 2 ó 3 horas de la ingestión de la leche ó caldo, que es á lo que ha reducido su alimentación. En este último tiempo se ha puesto muy constipado. Después de la operación su vientre se movía con regularidad.

Estado actual.—Hombre bien constituído, enflaquecido; piel blanca y pálida; mucosas mal coloradas.

En el *abdomen* se nota á la palpación, en la región epigástrica, un tumor como una mandarina de grande, duro é irregular, un poco desviado hácia la derecha. Hay dolor á la presión que se irradía al vientre y á los hipocondrios. No soporta nada en el estómago y los vómitos se producen siempre después de la ingestión.

Se aconseja una operación.

VICENTE URDAPILLETA.

Marzo de 1908.

Proposiciones Accesorias

La presencia de mínimas cantidades de sangre en las materias fecales, reveladas por procedimientos muy sensibles de examen, tiene gran importancia en el diagnóstico de los procesos ulcerosos del estómago.

El régimen alimenticio é higiénico es la base del tratamiento médico de la úlcera gástrica simple.

Quimismo gástrico en la úlcera del estómago.

Buenos Aires, Marzo 18 de 1908.

Nómbrase al señor Consejero, doctor Gregorio Araoz Alfaro, al profesor titular, doctor Ignacio Allende y al profesor suplente, doctor Alvis Bachman, para que constituidos en Comisión Revisora, dictaminen respecto de la presente tésis, de acuerdo con el art. 4.° de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN.

R. S. Gómez
Secretario.

Buenos Aires, Marzo 31 de 1908.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta N.° 1778 del libro respectivo, entréguese al interesado de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN.

R. S. Gómez
Secretario.
