Año 1908 N.º 1816

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

ULCERA SIMPLE DEL ESTÓMAGO

GASTRORRAGIAS Y SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ TORRES ZÁRATE

FARMACÉUTICO

Ex-practicante externo é interno del Hospital Francés

Años 1904—905—906—907

BUENOS AIRES

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

737 — CALLAO — 737

1908

ULCERA SIMPLE DEL ESTÓMAGO

GÁSTRORRAGIAS Y SU TRATAMIENTO

Año 1908 N.º 1816

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

ULCERA SIMPLE DEL ESTOMAGO

GASTRORRAGIAS Y SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ TORRES ZÁRATE

FARMACÉUTICO

Ex practicante externo é interno del Hospital Francés

Años 1904—905—906—907

BUENOS AIRES

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

737 — CALLAO — 737

1908

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. D. JOSÉ PENNA

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA
» » PEDRO LAGLEYZE (con lic.)
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » JUAN A. BOERI (supl.)
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA (con lic.)
» » J. MANUEL IRIZAR

Secretarios

DR. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» JAIME R. COSTA (con lic.)
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ (con lic.)
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE (con lic.)
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES (con lic.)
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE (con lic.)
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» VACANTE
Química Médica	» VACANTE
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Química aplicada á la Medicina	» VACANTE
Histología	» JULIO G. FERNANDEZ » ALOIS BACHMANN
Anatomía Descriptiva	» VACANTE
» »	» VACANTE
Semiología y ejercicios clínicos	» VACANTE
Anatomía Topográfica	» VACANTE
Fisiología General y Humana.	» VACANTE
Anatomía Patológica	» VACANTE
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	» FELIPE JUSTO
Materia Médica y Terapéutica.	» VACANTE
Medicina Operatoria	» VACANTE
Clínica Ginecológica	» VACANTE
» Oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
» Dermat.ª y Sifilográfica	» VACANTE
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON » RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	» VACANTE
Clínica Oftalmologica	» ENRIQUE DEMARÍA
» Epidemiológica	» VACANTE
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS (en ejerc.) » MARCELINO HERRERA VEGAS » JOSÈ ARCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING (en ejerc.) » RICARDO COLÓN » LUIS AGOTE
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO » ENRIQUE ZÁRATE » ALBERTO PERALTA RAMOS » ARTURO ENRIQUEZ
Toxicología Experimental	» VACANTE
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS » MAMERTO ACUÑA
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos extraordinarios
Anatomía Patológica.....		DR. JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	»	ALFREDO LAGARDE
	»	JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Oftalmológica.....	»	TEÓFILO A. MORET (en ejerc.)
Clínica Quirúrgica.....	»	DANIEL J. CRANWELL
	»	AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatog. Sifilográfica.	»	MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	»	JOSÉ A. ESTEVES
	»	JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica.....	»	BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica.....	»	ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal.....	»	DOMINGO S. CAVIA
Física Médica.....	»	JUAN JOSÉ GALIANO

ESCUELA DE FARMACIA

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

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	VACANTE
Botánica y Mineralogía.....	VACANTE
Química inorgánica aplicada..	VACANTE
Química orgánica aplicada....	VACANTE
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ (en ejerc.)
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 farmacéuticas.....	VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica ..... / Parto distócico y Clínica Obstétrica ..... \	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica	» VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología. Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	DR. LEON PEREYRA » N. ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	VACANTE

PADRINO DE TESIS

Dr. LEONIDAS CARREÑO

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

A MIS AMIGOS

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Presento á vuestra consideración y benevolencia este modesto trabajo, como última prueba para optar al título de Dr. en Medicina.

Al hacerlo, no abrigo la menor pretensión de aportar nuevos conocimientos á este largo capítulo de Patología Interna, tan intensa y universalmente estudiado, pero que aún quedan no pocos vacíos y pendiente todavía, la discusión sobre importantes cuestiones.

Así por ejemplo; las gastrorragias absorbe actualmente el pensamiento de muchos médicos y cirujanos, empeñados en una lucha para establecer una norma de conducta más ó menos definitiva en cuanto al tratamiento de las mismas. ¡Y qué distantes están aún de arribar á ella! Mientras que algunos niegan toda utilidad á la intervención quirúrgica, otros la recomiendan calurosamente y sin reservas.

En la Clínica del Profesor Decoud, he tenido la oportunidad de observar y seguir de cerca los resultados operatorios obtenidos por él, en tres casos de gastrorragias agudas, en el transcurso del año ppdo. Estos éxitos son los que me han inducido á elegir este tema y dedicar preferente atención al síntoma hemorrágico de la úlcera simple y su tratamiento.

Someras consideraciones sobre la historia, etiología, anatomía patológica, patogenia y diagnóstico, me detendrán brevemente,

Antes de abandonar las aulas, séame permitido dejar constancia de mi gratitud y respeto hacia mis maestros, que han sabido con su constancia é inteligencia, hacer del estudiante de ayer, el médico de hoy.

Al Dr. Leónidas Carreño, que me honra al acompañarme en este acto, mi más profundo y sincero reconocimiento.

Debo especial mención al Profesor de Clínica quirúrgica Dr. Diógenes Decoud por la cooperación que me ha prestado en la confección de esta tesis; y á los Dres. Jasinski, Mollard, Laure y Roche, á cuyo lado he adquirido útiles conocimientos.

A los Dres. Joaquín V. González y Francisco Barraza, mi sincera gratitud.

CAPITULO I

DEFINICIÓN

La afección que nos va á ocupar en el presente trabajo, es una ulceración á marcha progresiva, de evolución lenta, limitada, única, múltiple por excepción, por lo común redonda, con tendencia á destruir en profundidad las paredes del estómago, comenzando por la mucosa.

HISTORIA

Todas las afecciones del cuadro nosológico tienen su historia más ó menos bien definida. La úlcera simple del estómago no escapa á esta regla general: también tiene su historia.

A pesar de que algunos autores quieren atribuir la paternidad de su descripción á Rokitansky, cuya memoria data del año 1839, está perfectamente averiguado que es Cruveilhier quien describió ma-

gistralmente esta entidad mórbida en el año 1830, separándola de un modo definitivo de otros procesos ulcerosos de origen inflamatorio y neoplásico, enseñando á distinguirla y diagnosticarla no solo al lado del enfermo, sino también en la mesa de autopsias.

Se le ha denominado úlcera de Rokitansky, úlcera redonda, úlcera perforante, úlcera simple ó de Cruveilhier. Como se ve, la sinonimia es larga, y todas estas denominaciones, hasta cierto punto, tienen su razón de ser.

Vamos á ver que ninguno de estos nombres satisface el verdadero conjunto mórbido de la úlcera, pues todos ellos están basados en una ú otra cualidad que hoy es discutible, ya bajo el punto de vista etiológico ó patogénico.

Así, llamarle úlcera de Rokitansky, es falsear la historia, es ser injusto.

Como no siempre la úlcera es redonda ni perforante, prefiero, como la mayoría de los autores llamarle úlcera simple, que no prejuzga nada sobre su origen—ya que no está bien determinado,—ó úlcera de Cruveilhier, como justo homenaje á su memoria. Llamándole simple, alejamosla de las de otro origen, que tienen evolución, síntomas y hasta terapéutica diferente.

En este orden de ideas, sabemos, como las gastritis agudas de cualquier origen, tóxico ó infecio-

so, pueden dar lugar á ulceraciones más ó menos profundas, del mismo modo que la uremia, la gota, la cirrosis, las afecciones cardíacas en su período de asistolia, principalmente. En el curso de muchas afecciones agudas y crónicas (fiebre tifoidea, apendicitis, carbunclo, sífilis, tuberculosis) el estómago se ulcera.

Un traumatismo, un cuerpo extraño, pueden traer la misma consecuencia, de igual manera que lesiones neoplásicas, como el cáncer. Estas diversas ulceraciones, sin embargo, no tienen la fisonomía especial y característica de la úlcera simple.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Algunos autores han descrito úlceras simples en todo el trayecto del tubo intestinal. Sin embargo, estos hechos son discutibles y han sido puestos en duda; aún admitiendo como cierta la afirmación, estas úlceras no tienen la evolución ni la sintomatología propia y especial de la del estómago.

Lo que no es dudoso y está corroborado por la clínica y estudios anátomo-patológicos, es que esta lesión es un triste privilegio de las regiones que están en contacto, bañadas, por así decirlo, por el jugo gástrico ácido, comprendiendo el estómago, parte inferior del exófago y la primera porción del duodeno. En todos estos puntos se presenta bajo

el mismo aspecto, indudablemente producidas por el mismo mecanismo.

Todas las estadísticas dan como sitio predilecto de la úlcera simple, la pared posterior, y en orden relativo de frecuencia, la pequeña curvadura, la región pilórica, la pared anterior, la gran curvadura y el cardias en último lugar.

Por lo general es única; á veces es múltiple; se han contado hasta cinco, unas en plena actividad y evolución ó bien algunas en este estado y otras en su período de cicatrización, conjuntamente, que corresponderian á úlceras más antiguas.

Ordinariamente es redonda, de cuya cualidad se ha deducido su nombre; pero no siempre es así; como hemos dicho, pues, se han observado y no con poca frecuencia, formas oblongas, serpiginosas, quizá derivadas de la primera por un trabajo de reparación, ó, lo que es difícil afirmar, á la confluencia ó reunión de varias úlceras.

Los bordes son lisos ó irregulares y festonados, sin hacer relieve ó formando una pequeña callosidad, especialmente cuando se inicia el trabajo de reparación; por lo común, no hay signos de fenómenos inflamatorios, notándose rara vez una pequeña vascularización.

La forma total en profundidad se presenta como si hubiera sido hecha por un saca-bocados, infundibuliforme, de manera que el diámetro del fondo es menor que el de los bordes.

El fondo, limpio unas veces, sucio y grisáceo otras, está constituido, según sea menor ó mayor el proceso ulceroso, por la sub-mucosa, por la musculosa ó serosa, en la que, por poco que haya alcanzado la alteración, presenta evidentes signos de inflamación, determinando adherencias con los órganos vecinos que vienen á ser, de este modo, el fondo de la ulceración.

Su diámetro varía de uno á cinco centímetros; pero estas dimensiones no tienen la precisión que los números le asignan; la pérdida de substancia adquiere muchas veces una extensión más considerable ó permanece más pequeña, sin que por esto se modifique en nada la esencia de los síntomas.

Las autopsias y operaciones practicadas nos muestran á la úlcera en diversos períodos de su evolución. Es común verla marchar hacia la cicatrización, proceso felizmente frecuente que termina por la sanación, aunque puede contraer adherencias con los órganos vecinos.

La cicatriz que resulta tiene el aspecto de una depresión estrellada, blanquecina, á fondo duro, ó de bridas que, retrayéndose, son susceptibles de provocar cambios en la forma del órgano ó modificar la dirección de sus contracciones y sus relaciones orificiales.

Así, la cicatriz vecina al píloro ó á su nivel, le retraen poco á poco, estenosándole: se declara un

proceso de hipertrofia de las paredes del órgano, que lucha contra una resistencia y termina por dilatarlo, ocasionando fenómenos de ectasia con todas sus consecuencias.

A veces la cicatrización no se hace, las adherencias son insuficientes, el proceso destructor avanza. Las consecuencias no tardan en hacerse sentir con toda su terrible gravedad, porque la perforación se produce y el contenido gástrico se derrama en la cavidad peritoneal, provocando, si no se interviene oportunamente, una peritonitis mortal ó una peritonitis enquistada. Sucede con frecuencia que la comunicación del estómago, después de perforado, se hace con el órgano que está en relación; en este caso el contenido gástrico se vacía en la cavidad pleural, en los bronquios, en el pericardio, en el intestino, formando fístulas bi-mucosas, ó hacia fuera, por la pared abdominal. Graves complicaciones que llevan al enfermo á fines imprevistos.

La superficie de la cicatriz está desprovista de epitelio. A pequeña distancia de ella, las diferentes túnicas están bien conservadas y guardan sus relaciones. Algunas glándulas se han hecho quísticas, otras contienen amas de pigmentos; la musculosa igualmente infiltrada de granulaciones pigmentadas. En la sub-mucosa algunos vasos están obliterados, pequeñas arterias ateromatosas, várices en algunas venas.

CAPÍTULO II

ETIOLOGÍA

La etiología, así como la patogenia, no es aún bien conocida.

Todas las gastritis pueden figurar en este parágrafo; el alcohol, los alimentos irritantes, los polvos absorvidos en ciertas profesiones, las bebidas muy calientes y, para no enumerar más, todo lo que pueda ser motivo de irritación para la mucosa estomacal.

Lógico parece admitir que las contusiones y traumatismos sobre la región gástrica lleguen á determinar este proceso, pero ulceraciones de esta clase cicatrizan en breve tiempo.

Los autores han buscado de establecer una relación entre ciertas profesiones é industrias y la aparición de la úlcera simple, especialmente aquellas que ejercen una presión constante ó una irradia-

ción de calor, fuerte y sostenida al nivel del epigastrio; por esta razón, sería común observar úlceras simples en las planchadoras, cocineras, maquinístas, zapateros, etc.

La miseria, las privaciones, una alimentación indigesta y todas aquellas circustancias que concurran al debilitamiento general del organismo, como se observa en la clorosis y en la anemia, favorecen el desarrollo de esta enfermedad; así se explicaría, en parte al menos, su mayor frecuencia en la mujer. Las caquexias figuran en la misma línea.

Además de estas causas, se le atribuye rol importante á todas las afecciones que ejercen una acción deprimente sobre el estado general y sobre todo el sistema nervioso. La neurastenia, las neurosis en cualquiera de sus formas, el *surmenage* físico ó moral son causas que pueden entretener ó agravarla.

Un hecho indiscutible y que la observación ha corroborado, es el papel preponderante que ejercen en el desarrollo de la úlcera simple, la edad y el sexo.

Ninguna edad esta eximida, ninguna le es indiferente, pero se nota su frecuencia entre 20 á 40 años, más en la juventud que en la vejez.

La influencia del sexo es positiva, pudiendo observarse una proporción como de 2 á 1 entre la mujer y el hombre.

PATOGENIA

Son numerosas las teorías que se han disputado el privilegio de querer explicar de un modo exclusivo el proceso que preside la formación de la úlcera. Veremos en el curso de esta exposición que, aunque muchas ingeniosas, son deleznables, porque no se encuadran dentro de todos los hechos y están reñidos con la observación clínica y experimental, las más.

Rokitansky admitía, y más tarde Rindfleisch y Key, *perturbaciones de la circulación local del estómago*, atribuyendo á la ectasia venosa el rol preponderante y único en la patogenia de la úlcera. Según esta teoría, la ectasia determinaría una deficiente nutrición de la mucosa con pérdida de las capas superficiales que, atacadas más tarde por el jugo gástrico, le convertirían en úlcera por el hecho de que el órgano ofrecía un *locus minoris resistenciæ*.

Esta interpretación no puede ser sostenida, pues varios autores, entre ellos Müller, han obtenido erosiones del estómago en los conejos mediante la ligadura de la vena porta, sin que se hayan transformado en verdaderas úlceras.

Por otra parte, estas erosiones son comunes en las enfermedades del pulmòn, del corazón, del hígado, que determinan fenómenos de ectasia; las gastritis crónicas y agudas dan también erosiones

hemorrágicas, sin que se las vea transformarse en verdaderas úlceras, como debiera suceder si la teoría fuera exacta.

El descubrimiento de embolias y trombosis en los estudios anátomo-patológicos hechos de la úlcera, han inducido á concebir que ésta resultaría de *perturbaciones de la circulación arterial.*

Al estudiar la anatomía patológica hemos visto que estas lesiones eran raras. El estudio histológico de la circulación arterial del estómago nos enseña además que existe una rica red vascular anastomótica poco propicia á los infartos, como lo son las arteriolas terminales de algunos órganos.

Bœttcher ha encontrado microorganismos sobre los bordes y fondo de algunas úlceras y ha fundado sobre este hecho *la teoría infecciosa.* Estos microbios provendrían de enfermedades anteriores ó serían llevados por la alimentación; permanecerían al estado latente hasta que una ocasión desfavorable se presente para el estómago; entonces, adquiriendo mayor virulencia, se fijarían y se desarrollarían.

Sin negar este hecho, es posible y más lógico admitir que la invasión microbiana sea más bien que primitiva, secundaria.

Las experiencias emprendidas á fin de producir úlceras por infección, han sido negativas y de escaso valor probatorio y convincente, pues tan solo se han obtenido simples erosiones y equimosis.

Si consultamos el pasado patológico de los sujetos portadores de úlcera, notamos la poca frecuencia de las enfermedades infecciosas. Nada prueba, entonces, que esta afección sea de origen infeccioso.

El simple análisis de estas teorías nos permite apreciar su inconsistencia y aseverar que se ha tenido en vista un solo lado de la cuestión, que se ha buscado una sola causa, sin reparar que hay otra que nunca falta, me refiero á la *hipersecreción ácida*, en la patogenia de esta afección.

En efecto, lo dijimos en otra oportunidad, la úlcera simple tiene su localización predilecta en las regiones sometidas á la acción directa del jugo gástrico, y esta constatación anatómica, hoy por hoy, parece ser una causa indispensable de su existencia y de su evolución.

En condiciones normales, la mucosa del estómago, á pesar de algunas variaciones en cantidad y cualidad del jugo gástrico, no es digerida por éste. Está protegida por múltiples factores que son constantes al estado fisiológico: el carácter periódico de la secreción, la integridad de la circulación que determina una activa nutrición de los tejidos y como dice Ranvier por la capa de muco que forma el producto secretorio de las glándulas caliciformes de la mucosa.

Esta protección cesa ó disminuye si la secreción

se torna más activa ó más prolongada, porque se realizan, en este caso, condiciones favorables á la auto-digestión de la mucosa. Ocurre igual cosa cuando la nutrición es deficiente, cuando una causa cualquiera ha venido á disminuir ó anular su resistencia, como es de observación diaria en las autopsias ver á la mucosa ablandada, digerida, destruida si se quiere.

La observación demuestra que, en la inmensa mayoría de los casos, la úlcera se acompaña de hiperclorhídria ó de hipersecreción, de donde M. Riegel concluye diciendo que la úlcera es secundaria. Este hecho es aceptado por casi todos los autores de una manera definitiva.

Sin embargo, no ha faltado quien diga y afirme lo contrario, mostrando hechos negativos.

Así M. M. Ritter é Hirsch, han visto la úlcera sin hiperclorhidria y muy al contrario, con hipoclorhidria. Ewald ha encontrado casos de úlcera sin exceso de secreción.

Si todas estas observaciones negativas fueran tan numerosas como las positivas, no habría discusión y no sería legítimo atribuir á la hipersecreción ácida un rol indispensable en la patogenia de la úlcera, sino que bien podría considerarse como un fenómeno banal y accidental. Pero todo demuestra que estos hechos negativos no constituyen la regla sino la excepción, y podrían interpretarse di-

ciendo que el exceso de secreción, sufre interrupciones más ó menos largas, espacio de tiempo suficiente para que una úlcera se cicatrice, pudiendo producirse otra, cuando las mismas causas se repitan. Sirva este hecho para reivindicar la bondad de la teoría que venimos defendiendo, á la crítica que le hace Dieulafoy para devalorizarla, si se me permite la expresión, cuando dice: «...cómo conciliar esta hipótesis con este otro hecho que, con un mismo estómago, dos úlceras puedan evolucionar simultáneamente, en sentido inverso, la una progresando gracias á la acción del jugo gástrico y la otra cicatrizando á pesar de este mismo agente?»

Además, los repetidos vómitos, la debilidad excesiva del enfermo, la insuficiente nutrición ó anemia consecutiva á las hemorragias, permitirían explicar las interrupciones mencionadas, siendo aún posible interrupciones espontáneas como al estado fisiológico.

Hay más todavía; las exploraciones hechas en el mismo enfermo, parecen haber sido en número insuficiente, y por último, ¿el diagnóstico de úlcera habrá sido verdadero?

¿Como obran la hiperacidez ó hipersecreción para producir la úlcera? Es lo que vamos á tratar de resolver.

Evidentemente que estos factores no son suficientes por sí solos para producir la úlcera. Otra

causa debe haber en juego, la que no hay que buscarla sino en una alteración de la mucosa gástrica, cualquiera que sea su mecanismo patogénico, colocándose así en condiciones favorables á la autodigestión.

Este estado de debilidad y de inferioridad defensiva, digamos así, en que se coloca la mucosa, permite al jugo gástrico hiperácido ejercer su acción corrosiva, convirtiendo en úlcera la pequeña pérdida de sustancia que habría podido cicatrizar en caso contrario.

¿Es decir que la hipersecreción ácida no sería suficiente, hasta cierto punto, para explicar la patogemia de la úlcera? De ninguna manera. El segundo elemento patogénico que se necesita—alteración de la pared gástrica—es suministrado en la gran mayoría de los casos, por la perturbación misma de la secreción.

¿Acaso no nos enseña la fisiología que la actividad del trabajo celular va acompañada con una mayor actividad circulatoria, produciendo un estado congestivo? La actividad exagerada de las glándulas del estómago, también se acompaña de un estado congestivo de la mucosa, produciéndose descamaciones epiteliales, erosiones que serían los puntos vulnerables á la acción digestiva del jugo gástrico ácido.

Estas dos condiciones patogénicas nos permiten

comprender por qué en los enfermos atacados de úlcera, el proceso reparador no se realiza muchas veces, ó se hace lentamente con el concurso de un tratamiento racional que modifica estos dos factores, mientras que es de regla la cicatrización por primera intención, en operaciones practicadas sobre un estómago sano.

Como consecuencia de la precedente exposición, podemos sentar como ciertas las siguientes proposiciones, que gozan de la opinión de casi todos los autores contemporáneos y la sanción de la observación clínica y experimental:

1.ª La úlcera simple se desarrolla en sujetos que tienen un pasado gástrico, más ó menos largo, que ha preparado el terreno, ya por causas locales ó por causas generales, que disminuyen ó alteran la actividad de los cambios nutritivos de las células.

2.ª La úlcera se acompaña siempre, á lo menos al iniciarse el proceso, de hiperclorhidria ó de hipersecreción.

3.ª Estos dos factores disminuyen cuando la úlcera evoluciona hacia la sanación.

4.ª Por un tratamiento racional que modifique ó disminuya la hiperacidez y la hipersecreción, se consigue la sanación.

CAPITULO III

SÍNTOMAS

En la forma común y habitual se observa que casi todos los sujetos que padecen de úlcera simple, tienen un pasado gástrico más ó menos largo, más ó menos ruidoso, que no determina sino el cuadro sintomático de una dispepsia, especialmente de la forma hipersténica. Si inquirimos á un ulceroso, veremos que se ha quejado de modificaciones en el apetito, el que puede estar aumentado ó disminuído; de tensión dolorosa, de pesadez ó de sensación de opresión epigástrica, motivos que le obligan á ser más frugal en las comidas, al mismo tiempo que deja de lado algunos alimentos por el temor de ver aparecer las mismas molestias.

La elección de los alimentos se hace cada dia más difícil, recurriéndose á menudo á las sustancias líquidas ó á aquellas que la experiencia enseña de ser más digeribles.

Las funciones intestinales se cumplen difícilmente teniendo necesidad de recurrirse con frecuencia á medios artificiales para combatir la constipación pertinaz; rejurgitaciones ácidas, flatulencia, balonamiento de vientre, son fenómenos constantes.

Los vómitos son frecuentes y se presentan irregularmente, antes ó después de las comidas. Están constituídos por sustancias alimenticias en grado variable de digestión, ó por sustancias líquidas, ácidas, espesas, recubiertas ó mezcladas de gran cantidad de muco, que el enfermo arroja por las mañanas (pituitas).

Todo este cortejo de síntomas—le llamaremos podrómicos ó preparatorios—precede de lejos á la aparición de otros de mayor bulto, más dramáticos, que caracterizan esta enfermedad y que, por la frecuencia en presentarse, tienen un valor de primer orden para el diagnóstico.

Estos síntomas son el dolor, el vómito y la gastrorragia.

Dolor.—Nunca falta. Se presenta, por el hecho mismo de ser una sensación subjetiva, con caracteres muy variables, é importa á fin de determinar bien su valor, estudiar todas sus modalidades.

La manifestación subjetiva de este fenómeno doloroso, puede ser espasmódica, urente ó punzante. Se localiza algunas veces en un punto fijo, limitado del epigastrio ó se acompaña de sensaciones idén-

ticas en una región opuesta que corresponde al raquis; ó bien se irradia hacia abajo, á la región media del abdomen, ó hacia arriba, en dirección al externón, región cardíaca y aún á los brazos.

El dolor de úlcera es exasperado por la presión y la palpación del estómago; es despertado y aumentado por la ingestión de alimentos sólidos, más todavía si éstos están muy fríos ó muy calientes. La ingestión de la leche no ocasiona molestias, por el contrario, desaparecen las que ya atormentaban.

Hay una dependencia constante entre el dolor de úlcera y las comidas: A los pocos momentos de ingerido un alimento, comienza el dolor á aparecer, va aumentando poco á poco hasta que dos ó tres horas después, en que la secreción gástrica es mayor, se hace intenso é insoportable. El enfermo le compara á una puñalada que le atraviesa de delante atrás la región alta del abdomen; se revuelca en la cama, cambia sin cesar de actitud hasta que encuentra la que más le conviene, la que más le alivia. Pero los sufrimientos no cesan sino cuando el estómago vacía su contenido en los intestinos, ó lo que es más frecuente, cuando lo arroja por medio de un vómito espontáneo ó provocado.

En resumen,—en este caso todas las opiniones están de acuerdo,—para que el dolor sea tenido como propio de úlcera, es menester que reuna las siguientes condiciones:

1.º Localización en un punto fijo, limitado del epigastrio, por debajo del apéndice xifoides sobre todo hacia la izquierda de la línea media.

2.º Debe tener su irradiación especialmente hacia atrás, sobre los apófisis espinosos, en un punto diametralmente opuesto.

3.º Ser paroxístico é intenso.

4.º Aparecer pocos momentos después de la ingestión de las comidas; ir aumentando poco á poco hasta hacerse intolerable dos ó tres horas después.

5.º Calmarse ó cesar del todo con el vómito espontáneo ó provocado.

6.º Una leve presión en el epigastrio debe exacerbarlo y ponerlo de manifiesto.

Vómito.—Aparece, por lo general, *en el apogeo del dolor,* es decir dos ó tres horas después de las comidas, é indica su inminente terminación.

Con los vómitos son expulsados variables cantidades de alimentos en estado diferente de digestión que, analizados, así como el contenido gástrico, revelan en la pluralidad de los casos, un exceso de secreción como así mismo un aumento en la producción de ácido clorhídrico; cuyo tenor es á veces de 4 y 5 por mil.

Este carácter, que no es absoluto por razones que hemos tenido la oportunidad de exponer al respecto, tratando de la patogenia, es un signo que puede

utilizarse para el diagnóstico diferencial entre úlcera y cáncer del estómago, donde los resultados son inversos.

Este cuadro sintomático no se desarrolla siempre en la forma que dejo narrado. Las manifestaciones que califican esta afección, aunque en sí misma necesite una larga evolución y laboriosa gestación, no tienen, desde el principio, el carácter de la exteriorización, es decir, no siempre son visibles y accesibles á la clínica.

Así, la úlcera puede evolucionar al estado *latente*, sin signos ruidosos que llamen la atención del médico ó del paciente, ó bien con ligeros esbozos, con simples perturbaciones digestivas. Es súbitamente, de una manera casi brusca, quizá en medio de un aparente estado de salud perfecta, que se presentan las crueles sorpresas, que se desarrolla un cuadro sintomático que se precipita hasta alcanzar la más alarmante gravedad: violentos hematémesis, peritonitis por perforación, accidentes que ponen en serio seligra la vida.

DIAGNÓSTICO

Los síntomas descriptos, sin excluir la gastrorragia que tiene, si se quiere, mayor valor y cuyo estudio haré por separado, fundan de un modo indiscutible el diagnóstico de úlcera simple.

Igualmente es permitido tal conclusión, cuando

se encuentren reunidas las circunstancias siguientes:

1.° Hemorragia y dolor.

2.° Hemorragia abundante.

3.° Exceso de secreción y hemorragia.

4.° Exceso de secreción y dolor localizado paroxístico.

Sentadas estas cuestiones previas, pasemos en revista algunas afecciones que, por tener de común algunos síntomas con la úlcera, pueden simularla.

Describiré los caracteres principales y propios de cada una de éstas.

La colilitiasis.—En esta enfermedad, el dolor que se localiza más bien en el hipocondrio derecho que en el epigastrio, es independiente de los actos químicos de la digestión; el hígado se halla aumentado de volumen y sensible á la presión; la vesícula biliar es muchas veces accesible á la palpación, ó la región que normalmente ocupa es dolorosa. Pasado el ataque cólico, suele observarse la ictericia, ostensible en la coloración de la piel ó en las orinas, que, dicho á manera de digresión, es por donde viene y por donde se va la ictericia.

Los vómitos que provoca el cólico hepático, carecen de relación con los paroxismos del dolor, y no tienen, por otra parte, la benéfica influencia sedante que determinan en la úlcera. Hay alternativas de un bien estar absoluto y de completa tolerancia para todos los alimentos.

Por último, el contenido gástrico es normal, sin alternativas en la cantidad y cualidad de sus elementos. A menudo se observan elevaciones térmicas.

Las crisis gástricas de los tabéticos.—Por su intensidad, pueden simular el dolor de úlcera. Sin embargo, en el tabético, el intervalo de estas crisis no está señalado por perturbaciones en sus funciones digestivas; el estómago del tabético funciona perfectamente y hasta cierto punto puede, pasado el ataque, entregarse á los placeres de la mesa.

Un examen prolijo descubre siempre signos de tabes: perturbaciones oculares, dolores fulgarentes, retardo de la sensibilidad, signo de Romber, de Westphal, anestesia plantar, etc.

Gastralgias en general.—La existencia simultánea de neuralgias, de manifestaciones histéricas, de perturbaciones uterinas, dan alguna luz para eliminar el diagnóstico de úlcera.

Gastralgias de la hiperclorhidria.—El dolor es menos vivo y cede más fácilmente á la medicación alcalina; la ingestión de alimentos no lo exagera; no hay hematémesis.

Cáncer del estómago.—Es más frecuente en el hombre que en la mujer, figurando la herencia muchas veces en su etiología; se desarrolla en una edad más avanzada; de marcha rápida y progresi-

va, engendra un tumor en el epigastrio, sin ceder á ningún tratamiento.

El dolor, de intensidad menor é independiente de las comidas, no presenta caracteres especiales, pasando igual cosa con los vómitos que aparecen de una manera irregular, sin que haya esa coincidencia con el paroxismo del dolor, aparte de otros síntomas propios de su localización.

Las hematémesis son por lo común pequeñas; el jugo gástrico es pobre en ácido clorhídrico, aunque rico en ácidos de fermentaciones, como el butírico, que comunica á los vómitos un gusto á grasa rancia característico.

Este bosquejo somero del diagnóstico y de los síntomas precedentes quedaría incompleto si no estudiara la gastrorragia, que es una primicia, por así decirlo, de la úlcera. En el capítulo siguiente llenaré este vacío.

CAPITULO IV

GASTRORRAGIAS

Atento á los principales móviles que me han guiado al escribir esta tesis, he querido deliberadamente tratar en capítulo aparte, este gran síntoma, acaso el más importante para el diagnóstico de úlcera simple.

La gastrorragia se presenta en todas las etapas de la evolución ulcerosa. Algunas veces constituye un síntoma precoz, puede aparecer después de varios años, y aún, como una sorpresa, después de una aparente cicatrización y supresión de todos los demás síntomas.

Savariaud divide las gastrorragias, según su evolución clínica é indicaciones operatorias, en *forma fulminante*, *aguda y crónica*.

Tuffier, á pesar de reconocer algo arbitraria esta división, por el hecho de que si una úlcera hoy no

se revela sino por pequeñas gastrorragias, orto día son más abundantes, la acepta, considerándola que se adapta á todas las eventualidades y á las indicaciones operatorias. Voy á seguir esta misma división.

Forma fulminante.—A pesar de haberse dicho que en este caso la hemorragia es producida por la ruptura de un grueso vaso arterial, como la coronaria, la gastro-epiploica y la esplénica, puede provenir de varios capilares y hacerse en napa.

Ordinariamente la hematémesis es pequeña y aún puede faltar si la muerte sobreviene muy rápidamente. Es abriendo el estómago que se aprecia la importancia de la gastrorragia. Esta, no obstante, alcanza algunas veces proporciones tales, que la hematémesis es intensa, que colma las medidas!

He aquí como pasan las cosas. Un individuo es preso de un malestar profundo, de una súbita plenitud de estómago, de una angustia inusitada, se pone pálido y vomita sangre rutilante, líquida ó con coágulos; los tegumentos se decoloran y se cubren de sudor frío: el pulso se hace frecuente y filiforme, los latidos del corazón apenas se oyen; la respiración se torna superficial, entrecortada; se pierde el conocimiento y la vida se extingue en breve plazo, como consecuencia de esta abundante hemorragia, sin que sea posible oponerse al desarrollo de

este cuadro desesperante al mismo tiempo que dramático. Suele suceder que á pesar de la hemorragia, el paciente se mejora; pero se presenta otra igual y las consecuencias fatales no se hacen esperar.

Elocuente testimonio de esta forma de hemorragia es el caso que voy á narrar.

Al principio de Marzo del corriente año ingresó al Hospital San Roque, Sala 14, servicio del Doctor Decoud, el sujeto N. N. por una hernia estrangulada. Es operado por los médicos de guardia con resultados satisfactorios. Ocho días después de su ingreso, y cuando la herida operatoria tiende á cicatrizar sin dificultad, aparece por la mañana una hematémesis avaluada en 400 grs. de sangre; atendido inmediatamente por el personal del servicio, se le instituye el tratamiento médico: reposo, dieta absoluta, hielo en el vientre, etc., y la hemorragia se detiene.

Por la tarde del mismo día el enfermo se encuentra en buenas condiciones; poca palidez, pulso tenso, con 86 pulsaciones por minuto. Al día siguiente por la mañana (7 a. m.), se repite otra hematemesis de 500 grs. más ó menos, al mismo tiempo abundantes deposiciones sanguinolentas; el enfermo palidece, entra en convulsiones, pierde el conocimiento y muere á los pocos momentos.

Autopsia.—Tráquea, esófago, pulmones g corazón

normales. *Estómago.* Después de haber ligado el cardias y el píloro se le incide: contiene abundantes coágulos de sangre que llenan la cavidad; igual cosa se observa en los intestinos. Lavado el órgano la mucosa se nota intensamente pálida con una exulceración al nivel del cardias, de 5 á 6 centímetros de longitud y de 3 á 4 de ancho. La lesión es superficial, rosada, lisa de bordes cortantes.

Forma aguda.—Aqui también la hemorragia es abundante, pero no reviste la inminente gravedad de la precedente.

La cantidad de sangre que se vomita de una sola vez, es variable, pudiendo alcanzar á un litro y más. Cuando la hematémesis es inmediata á la hemorragia, la sangre es líquida, rutilante. Si permanece en contacto largo tiempo con el jugo gástrico es oscura, en coágulos, tomando en su conjunto el aspecto de *borra de café*, sirviéndome de la comparación que hacen casi todos los enfermos.

Las hemorragias pueden repetirse con algunos días de intervalo, siendo posible en estos casos la salvación del enfermo. Otras veces son tan aproximadas que es necesario tomar urgentemente una resolución. Estos casos son en los que se vacila para formular las indicaciones. Ahí tenemos, por ejemplo, el caso pue menciona Dieulafoy, que murió en 24 horas agotado por una terrible hemorragia, después de haber perdido en varias veces 4 ó 5 litros

de sangre, á despecho del tratamiento á que se le había sometido.

Aleccionado por el triste fin del enfermo anterior hace operar por Cazín el 16 de Octubre de 1897 á un enfermo que tenía hematémesis abundantes desde el 7 del mismo mes. A los cinco meses sale del hospital completamente curado. Michaux opera una mujer joven casi en idénticas condiciones al operado por Cazín y muere á los seis días de la intervención.

De lo expuesto se desprende claramente que la diferencia que existe con la forma fulminante, que mata en pocos momentos, es que en casos de hemorragias agudas el enfermo puede salvarse, aún siendo muy abundantes; siempre hay tiempo de discutir la posibilidad de una intervención.

Hecho curioso é inexplicable todavía es la frecuencia de elevaciones térmicas que oscilan entre 38° y 39° y que duran de dos á tres días después de las hemorragias. Pierraccini atribuye á esta hipertermia alguna importancia diagnóstica para las hemorragias nerviosas y del cáncer, en las que aquellas no se observan.

Cuando los enfermos escapan á la muerte quedan, después de estas hemorragias, en un marcado estado de anemia, de la que se reponen con una rapidez relativa, lo contrario de lo que ocurre en el cáncer que la guarda hasta que llega el desenlace fatal.

El examen de la sangre muestra una disminución considerable de los glóbulos rojos. De 4 $^1/_2$ á 5 millones que son al estado normal, por milímetro cúbico, después de las hemorragias bajan á 2.000.000, á 1.500.000, como en un enfermo de Tuffier que curó después de operado, y otro de Dieulafoy, con 1.600.000, que curó también después de la intervención.

Forma crónica.—Está caracterizada por la frecuencia y persistencia de las hemorragias, poco abundantes, es cierto, pero que no ceden al tratamiento médico. Esto es lo que determina su gravedad, aparte de la concomitancia de los otros síntomas de úlcera, vómitos, dolores, ectasia gástrica, etc., que debilitan y anemian constantemente al enfermo.

La hematémesis es aquí, como en las otras formas, la manifestación exterior de esta gastrorragia; se acompaña á menudo de deposiciones de color de alquitrán. Si la sangre que pasa al intestino es poco abundante, ó el sujeto es muy constipado, no aparece sino algunos días después en las deposiciones. Esta eliminación dura más ó menos tiempo, una ó dos semanas, dato que no deja de tener su importancia bajo el punto de vista clínico.

La melæna puede existir sin la hematémesis cuando la hemorragia es poco abundante é insuficiente para provocar el reflejo del vómito. En este

caso la melæna es el único signo revelador de la gastrorragia. En este sentido, es prudente y necesario examinar siempre las deyecciones, cuando en un gástrico sospéchase, por otros signos, la existencia de una úlcera.

Si he de ser más completo en mi exposición, aún pecando en los detalles, debo decir que la coloración negra de alquitrán de las deyecciones no es un atributo exclusivo de las gastrorragias: pertenece también á las hemorragias que se producen en todo el trayecto del tubo digestivo, exceptuando la extremidad inferior, donde la melæna es de color rojo. Esta diferencia está en relación con el tiempo que la sangre ha permanecido en contacto con las secreciones intestinales, que transforman la materia colorante, modificándola en sus propiedades y en su composición.

DIAGNÓSTICO DE LA GASTRORRAGIA

Es necesario recordar, para ponernos en guardia de cualquier error. que todas las gastrorragias no son de origen ulceroso. Es un punto de diagnóstico que debemos tratar aquí.

Para hacer el diagnóstico diferencial entre la hemorragia de la úlcera del estómago y otras afecciones, se debe determinar, ante todo, si hubo ó no gastrorragia. La resolución de este problema quedará resuelto eliminando las causas siguientes:

Hemóptisis.—La hemóptisis puede simular una hematémesis; pero tal confusión se evitará sabiendo que en aquella la sangre es arrojada en medio de accesos de tos, al estado espumoso y rutilante. Es suficiente haber visto una sóla vez como vomita un pulmonar, y cómo un ulceroso, para no equivocarse jamás. Durante algunos días los esputos salen teñidos de sangre; la melæna, si existe, es por excepción. Además, la anamnesia y el examen del enfermo permiten fijar una lesión pulmonar ó cardiaca.

En la hematémesis sucede todo lo contrario: la sangre viene sin tos, sin espuma, mezclada con algunos restos alimenticios y según su mayor ó menor permanencia en el estómago, puede ser obscura ó rutilante; á menudo se acompaña de melæna. Por fin, los antecedentes y síntomas que ya hemos pasado en revista, se refieren á una dolencia gástrica.

Epíxtasis.—La epixtasis es frecuente en un cierto número de afecciones, como la endocarditis, la piœmia, la fiebre tifoidea, el escorbuto, etc., que tienen sus caracteres propios, es verdad, pero que se correría el peligro de creer en una hematémesis si no se examina la nariz y la garganta, puesto que la sangre de la epíxtasis derramada inmediatamente en el estómago, puede ser causa de un vómito de sangre.

Ruptura de un gran vaso en las vías digestivas. Es necesario contar con la posibilidad de que un aneurisma aórtico se abra en la traquea ó en los bronquios, dando lugar á un derrame grande de sangre que debe ser diferenciado de la hematémesis. En ausencia de antecedentes el diagnóstico es difícil, á pesar de que la muerte es la consecuencia inmediata.

Establecido que es una gastrorragia la que tenemos por delante, falta saber si ella es debida á una *lesión anatómica definida ó es de naturaleza neuropática?* Es un punto de vista importante para el cirujano que no desea abrir un estómago cuya mucosa no tiene ninguna lesión. En efecto, en algunos sujetos, sobre todo en las mujeres atacadas de estados nerviosos diversos y especialmente de histeria, se han observado hematémesis, como epifenómenos de los mismos.

Habiendo demostrado que la sangre viene de las vías digestivas, veamos si procede del estómago, del exófago ó del duodeno.

El cáncer del exófago y la ruptura de várices consecutivas á una cirrosis de Laénnec, son susceptibles de dar lugar á hemorragias. En tales circunstancias, el guía más seguro para el diagnóstico, será el examen de los enfermos que nos revelará los síntomas propios de estas afecciones.

En favor de las hemorragias del duodeno, depo-

nen en primer término, su eliminación bajo la forma de melœna y en segundo, la rareza de las hematémesis.

Para terminar, nos falta saber si la gastrorragia es de origen ulceroso. A parte de que los síntomas cardinales de que he hecho mención en otro lugar, unidos á la gastrorragia, autorizan el diagnóstico de úlcera, puede acontecer que ésta sea la única manifestación prestándose, entonces, á ciertas reservas.

Hay afecciones del estómago que son fuentes perennes de hemorragias.

Asi tenemos, por ejemplo, el cáncer, sobre cuyo diagnóstico he insistido lo bastante para imponerme la obligación de repetirlo.

Las inflamaciones y tumores del páncreas, en la cirrosis del hígado, cuyos órganos tienen con el estómago una conexión íntima por intermedio de la circulación, pueden hiperemiar la mucosa gástrica y terminar por una gastrorragia.

Se han citado, además, aneurismas miliares y várices del estómago, cuya patogenia sería la misma que las del exófago, como capaces de producir hemorragias.

Las hematémesis consecutivas á la acción corrosiva de sustancias cáusticas, como el ácido nítrico' snlfúrico, clorhidrico, oxálico y otras sales alcalinas, son muy características para detenerme en un prolijo estudio. No hago sino mencionar el hecho.

CAPITULO V

TRATAMIENTO DE LAS GASTRORRAGIAS. INDICACIONES DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Nada ha apasionado más los espíritus que el problema de la intervención quirúrgica en las gastrorragias. Las discusiones suscitadas entre médicos y cirujanos han sido y son aún ardorosas y vehementes, quedando en pié todavía la solución definitiva.

Hay gran divergencia de opiniones. Hay quienes miran la intervención como el único recurso terapéutico, es decir, son radicales, intervencionistas *á outrance*. Algunos son eclécticos y la recomiendan en ciertas y determinadas circunstancias. Otros la rechazan de plano sin escatimarle acerbas críticas, como ser peligrosa y siempre inútil.

En la discusión que hagamos de estos diversos

criterios veremos de que lado se inclina la balanza, de que lado está la razón.

Para apreciar debidamente esta cuestión, debemos tener presente la división que hicimos de las gastrorragias. Recordemos que la *forma fulminante* mata en pocos momentos, que no deja el tiempo suficiente para obrar. De manera que en estos casos no es posible discutir la intervención. Queda descartada de hecho.

Sentada esta cuestión previa, nos queda solo la *forma aguda y la forma crónica* en las que el tratamiento puede discutirse.

Forma aguda.—Teóricamente, dicen los opositores de la intervención quirúrgica, la indicación es neta: en presencia de un vaso que sangra, es necesario ligarlo.

Desgraciadamente, el examen de los resultados de las operaciones practicadas, muestra que la intervención no ha dado los beneficios que se podrían esperar *á priori.*

Es que en la práctica se lucha con dificultades considerables, con escollos insalvables. La debilidad y la anemia que dejan tras de sí estas hemorragias, que aún el transporte es peligroso, les coloca en condiciones muy desfavorables para resistir á la operación.

Antes de abrir el estómago no es posible prever la naturaleza y la situación de la lesión y

si los vasos son ó no fáciles de ligar. Además ¿cuáles son los resultados de las operaciones? A juzgar por Savariaud y otros autores, son detestables. El primero dá en una estadística recogida de 15 intervenciones, 10 muertes, es decir una mortalidad de 66 %. Körte, después de estudiar los resultados de su experiencia, declara que, en casos de abundantes hemorragias el tratamiento quirúrgico no es alentador, que no debe tenerse gran esperanza en él. Continúa diciendo, que para darse exacta cuenta sobre este asunto, es necesario pensar en las circunstancias en que se encuentra el operado y el operador. Un enfermo exangüe que no puede y no debe perder más sangre, y que sin embargo, un corte de bisturí hace salir más; la operación para ofrecer mayores garantías de éxito, debiera ser rápida, y sin embargo, la anestesia, el descubrimiento del vaso debe ser lento, metódico. Desde que el estómago está abierto la operación viene séptica. ¿Si no se encuentra el vaso? Cerrar el estómago sin haberlo ligado, es haber hecho correr un peligro inútil al enfermo.

Hartman participa de la misma opinión y dice que los resultados de sus operaciones con grandes hematémesis, no han sido brillantes: 7 muertes sobre 11 casos ó sea 63 % de mortalidad.

Por otra parte el tratamiento médico es capaz de conjurar la mayor parte de las gastrorragias,

aún en casos desesperados, como el caso citado por Hartman, en que encontrando un enfermo en estas condiciones, le prescribió dieta absoluta, reposo, hielo, etc., y se salvó.

Como puede observarse, las críticas acumuladas á los intervencionistas, son numerosas.

Ahora pongamos á su frente las razones que éstos aducen en su descargo.

Según Leube, Joy y otros, la hemorragia gástrica sería mortal en un 8 % de los casos, sin que el tratamiento médico mejor conducido, haya podido retardar ó impedir una funesta terminación. Así lo afirma Tuffier, quien por otra parte asegura que el tratamiento quirúrgico ha probado su bondad y su eficacia, salvando de una muerte segura é ineludible á muchos enfermos, en quienes toda esperanza de vida era toda una ilusión.

Ahí tenemos, para no citar otros, los casos que menciona Dieulafoy, en que la operación salvó la vida á sujetos que tenían abundantes hematémesis, y que de haber procedido de otra manera, hubiera sido exponerlos á un fatal desenlace.

Dieulafoy, teniendo en vista los resultados de Michaux, de Brault, de Gilbert, etc., funda la intervención en la *cantidad de sangre vomitada de una sola vez.* «Todo enfermo, dice, que no tiene »sino hematémesis de mediana intensidad, todo

»enfermo que en cada una de sus hemorragias no »vomita más que 100 ó 200 gramos de sangre, no »es pasible de la intervención quirúrgica, aún que »estas hematémesis se repitieran frecuentemente »sin pasar límites prudenciales. Pero en frente de »un enfermo que pierde de golpe medio litro, un »litro de sangre, sin contar la melœna, y con mayor »razón si estas hemorragias grandes se repiten »una segunda ó tercera vez, en pocos intervalos, »no hay un instante que perder, es necesario ope»rar.»

¿Cómo podríamos saber que la hemostasia espontánea va á realizarse en los vasos que sangran?

Aún en caso contrario, el enfermo estaría siempre en peligro de que la hemorragia se repita, por el hecho de que el estómago, aun puesto en reposo médicamente, que no puede serlo sino de una manera relativa desde que la deglución de la saliva, y si se quiere, hasta las impresiones dadas por la vista y el olfato, pondrían en acción los movimientos del órgano, quienes arrojarían el coágulo provisorio antes que la hemostasia definitiva se verificara.

Si tenemos en cuenta, por otra parte, que el estómago es una víscera contráctil y blanda, no es posible esperar que el derrame se limite por su abundancia provocando compresión sobre el vaso

que sangra, pues sobreviene el reflejo del vómito y desaparece la causa en cuya eficacia podría haberse contado.

No es posible negar que hay hemorragias profusas que se cohiben con un tratamiento médico bien riguroso; pero, dice Tuffier, se nos escapa el conocimiento de las condiciones en que se ha verificado la hemostasia en estos casos felices, que no pueden dar una certidumbre del porvenir reservado á estos enfermos, y sí, dejan siempre la duda de si la hemorragia continuará ó no.

En esta incertidumbre no se concibe que los cirujanos se resignen y esperen cruzados de brazos que lo imprevisto se realice, retardando la intervención para los casos extremos que conduce la impotencia del tratamiento médico. Es por contemporizar que la operación muchas veces no resulta eficaz, y se le imputa un fracaso! Es evidente que puede dudarse á intervenir en enfermos que están casi exangües, y sin embargo Cazín operó con éxito una enferma en estas condiciones. Körte operó otro que murió á los ocho días, es cierto, pero su estado era desesperante y á no dudarlo, hubiera corrido igual suerte sin la operación.

Es natural que toda tentativa, que todo comienzo tenga sus fracasos. No es extraño entonces, que las primeras operaciones de este género no hayan sido muy felices; pero esto no es una razón para no

persistir en ella, recogiendo lecciones precisamente de los primeros errores. Todos los conocimientos más ó menos perfectos y completos que hoy posee la cirugía, tienen esta misma historia.

La cirugía abdominal en su principio ha proporcionado una estadística cuya mortalidad es asombrosa, y sin embargo hoy nadie la desdeña. Los progresos de la antisepsia, la perfección de los métodos operatorios y la clínica aconsejando la intervención en momento oportuno, han hecho disminuir notablemente todas las dificultades.

Así ha pasado también con las gastrorragias. Hasta estos últimos años el tratamiento médico era el único medio puesto en práctica para conjurarlas. Las operaciones se relegaban á un segundo plano, cuando el enfermo estaba agotado por la anemia, casi sin pulso, es decir, el porvenir del enfermo se *tiraba á la suerte.*

El 13 de Febrero de 1887, Mikuliez intervino por una gastrorragia abundante, en un sujeto casi caquéctico, con 140 pulsaciones y murió dos días después. En 1893, Roux de Laussanne, consiguió el primer éxito. En 1898, Savariaud reunió 15 intervenciones por hemorragias agudas con una mortalidad de 66 %. Más tarde, en 1901, Rodman recoje 32 observaciones con una mortalidad de 37.5 %. Posteriormente Tuffier reune 24 observaciones nuevas, con 8 muertes, es decir, con 33.33 % de mortalidad.

Estos datos estadísticos marcan toda una escala ascendente de progresos, señalando nuevos rumbos á los médicos y cirujanos. Quiere decir que este descenso de la mortalidad operatoria es el resultado de la educación, de la experiencia y habilidad del operador, á la elección y mejoramiento de los métodos, á la oportuna indicación de la intervención. Nos enseña además, que no se debe esperar el momento en que el enfermo esté exangüe para practicarle la operación como supremo recurso.

No es mi ánimo entrar á discutir aquí, porque sería salirme del programa que me he trazado, el valor de las diferentes intervenciones que hacen los cirujanos. Mencionaré tan solo la estadística de Tuffier que nos da una idea á este respecto.

Cauterización al termo cauterio...	4 casos	50 %	de mortalidad
Pilorectomía ó gastrectomía.....	6 »	66 »	»
Gastroenterostomía simple.....	17 »	41.17 »	»
Ligadura á distancia.....	1 »	»	»
Gastrotomía.....	7 »	71.43 »	»
Gastroenterostomía con excición.	5 »	»	»

En el 31º Congreso de la Sociedad Alemana de Cirugía, verificado del 2 al 5 de Abril de 1902. Petersen abrió una discusión sobre el tratamiento de las gastrorragias agudas. Sus resultados fueron: excición, 3 casos, 3 muertos; gastroenterostomía, 4 casos, 4 curaciones.

El estudio comparativo de este cuadro estadístico, nos presenta la *gastroenterostomía* como supe-

rior en sus resultados á todas las demás intervenciones.

El doctor Decoud también es partidario de esta operación y su estadística es elocuente como puede verse en las historias que acompañan á este trabajo. Pues dice, es verdad que ir á buscar el vaso que sangra es tarea difícil y peligrosa, como se comprende, no habiendo por otra parte necesidad de perder el tiempo en ello, desde que con la gastro enterostomía se llena el fin terapéutico buscado, que es de poner el estómago en reposo absoluto.

La gastroenterostomía en sí, agrega, es innocua. El balance de las primeras tentativas ha sido poco halagador; pero hoy puede practicarse con una gran suma de garantías. De aspiración que era, ha pasado á ser toda una realidad.

Abonan este criterio el buen éxito que ha obtenido el Dr. Decoud en 46 operaciones de este género, practicadas por diversas causas, entre las que figuran 10 por úlcera, sin que haya tenido ninguna defunción. Así lo hace saber en su comunicación dirigida al tercer Congreso Médico Latino Americano, reunido en Montevideo del 17 al 24 de Marzo del año ppdo.

Petersen recomienda calurosamente la misma operación, después de los brillantes resultados obtenidos en los cuatro casos que menciono más arriba.

¿De qué síntomas nos valdremos para decidir la operación?

La *anemia*, que puede avaluarse contando los glóbulos rojos, no puede bastar para afirmarla, porque se ha visto en varios enfermos que han curado con y sin intervención en que los glóbulos rojos habían disminuido notablemente.

Dieulafoy es partidario de la intervención en caso de *hematémesis abundantes,* aún siendo la *primera.*

Este criterio parece ser muy absoluto, no solamente porque no siempre es posible de avaluar la cantidad de sangre, sino que niega la posibilidad de la hemostasia espontánea bajo un tratamiento médico riguroso y bien llevado, cuya eficacia no admite la menor hesitación.

Tuffier y otros autores, concentran toda la atención, dándole la mayor importancia á la *repetición de las hemorragias.*

Hemos dicho, en otra oportunidad, que el carácter de las gastrorragias agudas, era el de permitir la discusión de lo que debe hacerse, porque no acarrea la muerte sino por su repetición, dando tiempo á buscar los beneficios del tratamiento médico. Desde que éste fracasa, desde que demuestra su ineficacia, debe recurrirse á la intervención quirúrgica.

En resumen; es necesario operar después de la

segunda hemorragia, á lo más tarde, cuando ésta no es muy abundante, *después de la tercera*, atestiguado por el convencimiento de la inutilidad del tratamiento médico, al que debe recurrirse desde el primer momento (Tuffier) y conducido del signiente modo:

En presencia de un sujeto que acaba de tener una hematemesis, lo primero que hay que hacer es llevarle á una cama é imponerle la inmovilidad, es decir, tratar de poner al estómago en *reposo absoluto*, y aplicar una bolsa de hilo en el epigastrio.

Toda bebida, toda poción introducida en la boca es nociva porque despierta las contracciones del órgano y la secreción del jugo gástrico, condiciones, como se comprende, desfavorables á la formación y consolidación del coágulo que hace la hemostasia. Es necesario rechazar, por consiguiente, toda ingestión; en una palabra, *la dieta debe ser absoluta.*

La piel y el recto deben ser las vías para toda medicación. El cloruro de calcio, á la dosis de 3 á 5 gramos se administrará en enemas calientes. Se recurrirá á las inyecciones subcutáneas de gelatina en soluciones acuosas al 1 ó 2 °/₀. Estas substancias obran contra la hemorragia, favoreciendo la coagulabilidad de la sangre.

La medicación vaso-constrictiva presta también reales y positivos servicios. La adrenalina, la ergo-

tina en inyecciones de un milígramo y de uno á dos gramos respectivamente, figuran en este número.

Estos enfermos que la hemorragia deja en inminencia de síncope, con las extremidades frías, el pulso filiforme y frecuente, es necesario reanimarlos por medio de inyecciones de cafeina, de éter, de aceite alcanforado y grandes cantidades de suero artificial; en fin, el oxígeno en abundantes inhalaciones.

Se somete al enfermo á esta medicación y se le vigila. Durante cuatro ó cinco días la dieta debe continuar siendo absoluta, al cabo de los cuales puede administrarse enemas alimenticios. Si el enfermo continúa en buenas condiciones y no hay amenazas de nuevas hematémesis, la alimentación bucal puede comenzarse después de tres ó cuatro semanas, pero de una manera gradual.—(Grancher).

Repito, si este tratamiento fracasa, si demuestra su ineficacia, debe recurrirse á la intervención quirúrgica después de la *segunda hemorragia*, á lo más tarde, cuando ésta no es muy abundante, *después de la tercera.*

Hay otra cuestión todavía, que surge como consecuencia natural y lógica de lo expuesto. Para que el cirujano ó el médico pueda hacerse responsable del consejo operatorio, *es necesario que se le confíe el*

enfermo desde la primera hemorragia para someterlo á una vigilancia rigurosa.

Forma crónica.—La conducta preconizada en la forma aguda, está lejos de ser aceptada por todos los cirujanos y médicos, como deja entrever el estudio crítico que hemos hecho.

En la forma crónica, bien que la hemorragia pueda ser predominante y determinar un estado de anemia y por ende hacer surgir la indicación operatoria, es más bien contra el conjunto de síntomas persistentes y remisas al tratamiento médico, vómitos, dolor, ectasia gástrica, etc., que el cirujano lleva todos sus esfuerzos. Estas perturbaciones funcionales que agotan poco á poco al enfermo y que son incompatibles con el ejercicio de una profesión cualquiera, ceden muy pronto con la intervención quirúrgica. Casi todos los autores están de acuerdo sobre este punto, no solo teniendo en vista el presente del enfermo, sino las consecuencias en el porvenir.

En efecto, dice el doctor Decoud, «si la úlcera del estómago es curable en la juventud, constituye, por el contrario, en una edad avanzada, una enfermedad que no cede al tratamiento, que tiende á persistir y que si por esta misma causa no determina un accidente fatal, ofrece después un medio propicio para el nacimiento de un carcinoma. No será siempre fatal este modo de evolución, pero

la observación me coloca en condiciones de afirmar que los cancerosos del píloro y de la curvadura menor, presentan casi siempre en un pasado patológico, los síntomas de la úlcera».

Es por esta razón que todos los sujetos que presentan los signos ulcerosos y se encuentran en la edad predilecta y clásica del cáncer, sin ceder al tratamiento médico en un plazo relativamente corto, es prudente y sabio someterlos á la intervención quirúrgica.

Según Pinatelli, la mortalidad operatoria en estos casos sería de 12 °/₀. En otro lugar he mencionado la estadística del doctor Decoud, que no puede ser más halagadora.

Las recidivas y persistencia de los síntomas son raras, quizá debidas á procedimientos de técnica operatoria, que por otra parte, se logran vencer con un régimen apropiado.

CONCLUSIONES

1.ª Es útil y hasta necesario hacer la división, para formar el criterio intervencionista, de gastrorragias agudas y crónicas.

2.ª La úlcera hemorrágica es en todos los períodos una afección quirúrgica, lo que no implica que deba operarse siempre.

3.ª El tratamiento médico debe ser la primera

indicación en presencia de una gastrorragia aguda ó crónica.

4.ª La intervención quirúrgica debe hacerse en casos manifiestos de impotencia del tratamiento médico; después de la segunda hemorragia en las formas agudas, ó á más tardar, después de la tercera, cuando aquella no es muy abundante, y en la forma crónica, después de un tiempo prudencial.

CAPITULO VI

Observaciones

I

HOSPITAL SAN ROQUE.—SERVICIO DEL PROFESOR DECOUD

Nicolás H. C., 28 años, español, tipógrafo.

Ingresa al servicio el 5 de Mayo de 1907.

Enfermedad actual.—Empezó por un vómito hace 15 días, diez minutos después de un almuerzo, seguido de sensación de pesadez en el epigastrio; el vómito fué alimenticio; después ha tenido otros, siempre constituidos por alimentos, esta vez teñidos de bilis, al mismo tiempo aparecen dolores de estómago que se calman cuande aparecen los vómitos.

Hace 5 días le sobrevino una hematémesis, que se repitió al día siguiente produciéndose otra después de ésta el mismo día.

Dice el enfermo que en todas estas hemorragias perdió como cuatro litros de sangre?

Fué atendido por un médico, después de lo cual resuelve entrar al hospital.

Estado actual.—Sujeto flaco, muy anémico, 100 pulsaciones, poca tensión: la región epigástrica muy dolorosa, hay dilatación de estómago. El mismo día que ingresó al hospital (5 de Mayo) el enfermo tiene otro vómito de sangre y temiendo su repetición se resuelve operarlo.

Mayo 5. Gastroenterostomía posterior. Anestesia por el éter. Después de la operación el enfermo se encuentra en buenas condiciones; no se repiten los vómitos y duerme tranquilo.

Mayo 6. P. 92. Se queja de pequeño dolor al vientra que se atenúa con láudano; empieza á alimentarse con leche y agua de Vichy.

Mayo 7. Continúa bien, sigue alimentándose con líquidos.

Días sucesivos. No hay novedad; el estado general es excelente; los puntos de sutura se retiran á los 8 días.

Sale de alta el 16 de Mayo.

II

Domingo C., 37 años, italiano, chauffeur.
Ingresa al servicio el 3 de Mayo de 1907.

Enfermedad actual.—Este enfermo es conducido al hospital por una ambulancia.

Los días anteriores á su ingreso ha tenido abundantes hemorragias provenientes del estómago, sangre rutilante con restos alimenticios; después de su ingreso se repite otra hemorragia; se le pone en tratamiento médico, á pesar de lo cual una nueva hematémesis se presenta, por lo que se resuelve operarlo-

Mayo 4. Gastroenterostomía posterior. Anestesia por el éter. Después de la operación el enfermo no vomita más; p. frecuente, 120 por minuto.

Los días subsiguientes, con algunas alternativas, el enfermo se repone rápidamente de su estado anémico.

Sale de alta el 6 de Junio.

III

Domingo C., 39 años, italiano, chauffeur.

Ingresa al servicio el 3 de Mayo de 1907.

Enfermedad actual.—Hace 6 meses sintió fuertes dolores de estómago al terminar de comer, los que continuaron hasta el presente, con alternativas variables. Ha tenido cefáleas que se calmaban con antipirina.

El primero de Mayo tuvo por primera vez un vómito tres horas después de comer, formado de ali-

mentos y gran cantidad de sangre, los que se repitieron espontáneamente cinco veces durante la noche.

Estado actual.—Sujeto de poca musculatura y de escaso panículo adiposo, en evidente estado de anemia; se le somete al tratamiento médico y los vómitos de sangre se repiten, lo que obliga á intervenir de urgencia.

Nayo 5. Gastroenterostomía posterior. Anestesia por el éter. Abierto el vientre no se encuentra lesión ninguna del lado del píloro ni cara anterior. Lo único que puede observarse es el estado anémico de la mucosa y la presencia de sangre y coágulos dentro del mismo. Dado el mal estado del pulso y anemia aguda, no se investiga más para no prolongar la operación.

Mayo 6. Se ha quejado de dolores al vientre, ha tenido dos deposiciones negruzcas, existe un poco de timpanismo, pulso poco tenso, lengua seca.

Mayo 7. Hay mucho timpanismo, sin vómitos ni náuseas. Durante la noche y ayer ha tenido cinco deposiciones blandas sin sangre. Pulso poco tenso como el día anterior, lengua seca; se alimenta con leche y caldo gelatinoso.

Mayo 8 y 9. Se nota el mismo estado que el día 7; se le administra un purgante de calomel (0.50).

Mayo 10. Hay síntomas peritoneales, por lo que

se reinterviene, colocando un Mikuliez; se le administra una hipodermoclisis de suero artificial.

Mayo 12. Facie peritoneal, vientre distendido, no hay vómitos, lengua seca, p. 108, poco tenso.

Mayo 13. Mismo estado que el día anterior; se cambia la curación.

Mayo 14 y días sucesivos. Estado general bueno.

Sale de alta el 5 de Junio.

J. Torres Zárate

Abril de 1908.

Buenos Aires, Abril 14 de 1908

Nómbrase al señor Consejero Dr. José R. Semprum, al profesor titular Dr. Francisco Sicardi y al profesor suplente Dr. Manuel A. Santas para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. CANTON

R. S. Gómez

Secretario

Buenos Aires, Abril 30 de 1908

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta n.º 1816, del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON

R. S. Gómez

Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica y sus indicaciones.

II

¿La úlcera gástrica y sus hematemesis, pueden curar espontáneamente?

III

Importancia del diagnóstico diferencial entre gastrorragias por úlcera del estómago y varices exofágicas.

BIBLIOGRAFIA

Robin.—Les maladies de l'estomac, 1904.

Hartman.—Traveaux de chirurgie anátomo-clínique, 1903.

Ziemssen.—Tratado enciclopédico de patología médica y terapéutica.

Debove y Remond.—Traité des maladies de l'estomac, 1895.

Bouvert.—Traité des maladies de l'estomac, 1893.

Robert, Roig et Bofill.—Enfermedades del aparato digestivo, 1889.

Charcot et Bouchard.—Tratado de Medicina, 1889.

Boas.—Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del estómago, 1902.

Soupault.—Traité des maladies de l'estomac, 1905.

Gaston Lyon.—Traité élémentaire de clinique thérapeutique 1905.

Dieulafoy.—Manuel de Pathologie interne 1904.

«Revue de Chirurgie, 1905.»

Decoud.—La gastro-enterostomía en la úlcera y en el cáncer del estómago, LA SEMANA MÉDICA 1907.