Año 1909 **N°. 2048**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Ulcera crónica del estómago

TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JORGE C. AUBONE

Ex-practicante externo del Hospital San Roque (1904)
Ex-menor interno (1905-06-07)
Ex-mayor (1908)

BUENOS AIRES

Est. Gráfico A. A. Storni y Cía. —Independencia 664

1909

1679

Ulcera crónica del estómago

TRATAMIENTO

Año 1909 **Nº. 2048**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Ulcera crónica del estómago

TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JORGE C. AUBONE

Ex-practicante externo del Hospital San Roque (1904)
Ex-menor interno (1905-06-07)
Ex-mayor (1908)

BUENOS AIRES

Est. Gráfico A. A. Storni y Cía. —Independencia 664

1909

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en la tésis.

Artículo 162 del Reglamento de la Facultad

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

Académicos

1. DR D. JOSE T. BACA
2. ,, ,, RAFAEL HERRERA VEGAS
3. ,, ,, JACOB DE TEZANOS PINTO
4. ,, ,, EUFEMIO UBALLES
5. ,, ,, PEDRO N. ARATA
6. ,, ,, ROBERTO WERNICKE
7. ,, ,, PEDRO LAGLEYZE
8. ,, ,, JOSE PENNA
9. ,, ,, LUIS GÜEMES
10. ,, ,, ELISEO CANTÓN
11. ,, ,, ENRIQUE BAZTERRICA
12. ,, ,, ANTONIO C. GANDOLFO
13. ,, ,, JOSE M. RAMOS MEJIA

Secretario Académico

DR. D. JACOB DE TEZANOS PINTO

Académicos Honorarios

DR. D. EDUARDO WILDE
,, ,, MARTIN SPUCH
,, ,, TELEMACO SUSINI
,, ,, EMILIO R. CONI
,, ,, OLHINTHO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
„ „ LUIS GÜEMES
„ „ ENRIQUE BAZTERRICA
„ „ ANTONIO C. GANDOLFO
„ „ JOSE M. RAMOS MEJIA
„ „ BALDOMERO SOMMER
„ „ G. ARAOZ ALFARO
„ „ JOSE R. SEMPRUN
„ „ ABEL AYERZA
„ „ JAIME R. COSTA
„ „ EUFEMIO UBALLES
„ „ FRANCISCO SICARDI
„ „ TELEMACO SUSINI
„ „ NICASIO ETCHEPAREBORDA
„ „ EDUARDO OBEJERO
„ „ JUAN A. BOERI (suplente)
„ „ JUVENCIO J. ARCE

Secretarios

DR. D. JONAS LARGUIA (Consejo Directivo)
„ „ RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica.	(Vacante).
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.	„ JOSE ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos.	„ GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica.	„ JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana.	„ HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica.	„ TELEMACO SUSINI
Bacteriología.	„ CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada. . .	„ RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica.	„ JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.	„ OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	„ LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica.	„ ENRIQUE BAZTERRICA
„ Oto-rino-laringológica .	„ EDUARDO OBEJERO
„ Dermat[a]. y Sifilográfica	„ BALDOMERO SOMMER
„ Epidemiológica	„ JOSE PENNA
„ Quirúrgica.	„ PASCUAL PALMA
„ Neurológica.	„ JOSE 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
„ 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

Profesores Honorarios

DR. ROBERTO WERNICKE

„ JUAN R. FERNANDEZ

Profesores Extraordinarios

Asignatura	Catedráticos extraordinarios
Física Médica	DR. JUAN JOSE GALIANO
Anatomía Patológica	„ JOSE BADIA
Clínica Ginecológica	„ ALFREDO LAGARDE
	„ JOSE F. MOLINARI
Clínica Médica	„ PATRICIO FLEMING
„ Oftalmológica	„ TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica	„ DANIEL J. CRANWELL
	„ AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatog. Sifilográfica	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	„ JOSE A. ESTEVES
	„ JOSE R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	„ BENJAMIN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	„ ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	„ DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	,, ALFREDO LANARI
Botánica Médica	,, RODOLFO ENRIQUEZ
Histología	,, JULIO C. FERNANDEZ
Bacteriología	,, JUAN CARLOS DELFINO
	,, LEOPOLDO URIARTE
	,, ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	,, FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	,, JAIME SALVADOR
Clínica Oto-rino-laringológica	,, ELISEO V. SEGURA
Patología externa	,, CARLOS ROBERTSON
	,, RICARDO S. GÓMEZ
Patología interna	,, RICARDO COLÓN
Clínica Oftalmológica	,, ENRIQUE DEMARIA
Clínica Quirúrgica	,, FRANCISCO LLOBET
	,, MARCELO VIÑAS
	,, MARCELINO HERRERA VEGAS
	,, JOSE ARCE
Clínica Neurológica	,, MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	,, PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	,, LUIS AGOTE
	,, DAVID SPERONI
Clínica Obstétrica	,, ENRIQUE A. PARDO
	,, ENRIQUE ZARATE
	,, ARTURO ENRIQUEZ
	,, ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Pediátrica	,, MANUEL A. SANTAS
	,, MAMERTO ACUÑA
	,, GENARO SISTO
Clínica Genito-urinaria	,, BERNARDINO MARAINI
Clínica Psiquiátrica	,, JOSE T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

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

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Farmacognosia y posología razonadas.	DR. JUAN A. DOMINGUEZ

ESCUELA DE PARTERAS

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

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica.	„ UBALDO FERNANDEZ
	„ J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

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

PADRINO DE TESIS

DR. FRANCISCO A. SICARDI

CONSEJERO DE LA FACULTAD

PROFESOR DE CLÍNICA MÉDICA

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI QUERIDA MADRE

A MIS HERMANOS

A MI PRIMO INGENIERO CARLOS AUBONE

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

El hecho de haber observado durante mi internado en el Hospital San Roque un crecido número de ulcerosos de estómago y el haber constatado las excelencias del tratamiento quirúrgico, me han decidido à elegir éste tema para mi tesis inaugural.

El tratamiento de ésta cruel enfermedad que hasta hace poco tiempo era exclusivamente médico dejaba mucho que desear. En efecto, un considerable número de enfermos desesperaban de la impotencia de los medios terapeúticos y para muchas no quedaba ni siquiera una esperanza.

El porvenir en la cirugía de éstos parias de la medicina, fué vislumbrado la primera vez por Rydygier en el año 1881, debído á una audacia, mil veces bendita, practicando una operación dificilísima que fué una sorpresa para aquellos tiempos.

Felizmente, hoy, ésta vislumbre es en el hecho realidad, plena luz. Las intervenciones quirúrgica en la ùlcera del estómago se ejecutan en la actualidad á diario, y sus maravillosos éxitos tienden a destruir cada día el antagonismo entre médicos y cirujanos.

Son las bondades de éste tratamiento que me han decidido, repito, á elegir éste tema para m tesis, quc la someto á vuestra elevada consideración, y que no tiene más méritos que mis observaciones personales y mi sincera convicción.

Pero, antes de abordar el tema, quiero expresar mi reconocimiento para vos señores Consejeros, señores Profesores, que habeis sido mis maestros, y que habeis llenado cumplidamente vuestra misión,

Mi agradecimiento para los médicos del Hospital San Roque que durante mi permanencia en él, me han dado los conocimientos de la medicina practica, y que también han sido mis maestros.

Al doctor Francisco Sicardi, que me dispensa el honor de acompañarme en éste acto y de quien he recibido á diario sus sabias lecciones, los consejos y las manifestaciones del amigo sincero, mi profunda gratitud y afecto.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

La verdadera etiología y patogenia de la úlcera de *Cruveilhier* permanece aún desconocida y la mayor parte de las teorias que se han ingeniado son más bien el fruto de conjeturas, que de investigaciones serias. Cada una explica un cierto número de hechos, pero todas adolecen de un punto vulnerable que las hace fallar.

La úlcera es más frecuente en el sexo femenino; las diversas estadísticas la dan en una relación de 3 á 1.

La edad en que aparece con mayor frecuencia es de 20 á 40 años.

La estadística de *Riegel* sobre 260 casos, da un máximo de 91 entre 20 y 30 años.

Según *Brinton*, la probabilidad de adquirir ésta enfermedad aumenta gradualmente con la edad en una proporción en que el cero correspondería á los 10 años, llegando á una proporción elevada en á la edad media de la vida, en que

permanecería estacionaria, aumentando aún en la senectud.

Las condiciones higiénicas generales no parecen tener mucha influencia, y lo que es más raro aún es que la higiene alimenticia tampoco parece tenerla. Se ha incriminado en los pobres la miseria y la alimentación ordinaria, y en los ricos la gula.

Reichmann la atribuye á la alimentación vegetariana, mientras que von *Sohlern* insiste en probar lo contrario.

Los hábitos alcohólicos no parecen tener una influencia manifiesta; las opiniones están muy divididas á éste respecto. *Fenwick* ha encontrado en un 14 % habitos alcohólicos inveterados; *Lancereaux* la cree una causa preponderante; *Soupault* examinando un considerable número de alcoholistas, encuentra la enfermedad en un 7 % de ellos. Sin embargo, el 85 por % de úlcerosos admitidos en el «London Temperance Hospital» se abstenían de toda bebida alcohólica; ¿á que atenerse pues en presencia de estadísticas tan contradictorias? Ellas parecen hablar más en favor de la no influencia, pero la razón parece indicarnos, lo contrario, ¿cómo negar la acción predisponente del alcohol que produce en la mucosa gástrica irritaciones y trastornos vasos motores y secretorios intensos? Si el alcohol no tiene una influencia predisponente segura, la tiene de una manera innegable sobre la evolución de la úlcera.

La clorosis, que algunos consideran como causa etiológica, otros la creen una consecuencia de los trastornos digestivos y las hematemesis á repetición. A más, la clorosis no es una compañera habitual de la úlcera, en varios casos la precede, al paso que en la mayoría aparece cuando las hematémesis se han repetido con frecuencia y cuando los trastornos digestivos son tales, que impiden al enfermo restablecer sus fuerzas. Todo esto habla en favor de la segnnda hipotesis. Lo mismo pasa con otras afecciones intercurrentes.

Las teorias patogénicas son también numerosas, pero á pesar de ello, no se ha llegado á probar claramente que la úlcera tenga una patogenia propia. Casi todas hacen intervenir la acción preponderante del jugo gástrico, que entretiene y agrava las diferentes variedades de erociones y úlceraciones estomacales de origen diverso. El hecho de la existencia simultánea en el estómago de la lesión y el agente disolvente, ha hecho considerar á este último como causa del fenómeno.

Para buen número de autores no sería el jugo gástrico normal que tendría esta ingrata misión, sino las alteraciones: la hipercloridrica, la hipersecreción. En tal caso, la acción del jugo gástrico no solo sería una causa adyuvante, sino que sería también patogénica.

Hay numerosas observaciones de enfermos que han empezado con alguna de estas afecciones y han llegado después á la úlcera.

A más, el hecho de que la gran mayoría de los ulcerosos son hiperclorhídricos, es muy elocuente. Se produciría pues una especie de *autodigestión* de las paredes del estómago. Es esta una de las teorias modernas y á la que adhieren la mayor parte de los autores contemporáneos. Efectivamente, no se observa la úlcera sino en las porciones del tubo digestivo que están en contacto inmediato con el jugo gástrico: mucosa estomacal, primera porción del duodeno y última porción del exófago.

Pero ¿cómo explicar el hecho contradictorio como dice *Dieulafoy*, que en un mísmo estómago, dos úlceras pueden evolucionar simultáneamente en sentido inverso, la una cavandose gracias á la acción del jugo gástrico y la otra cicatrizándose no obstante este mismo jugo gástrico? Es evidentemente un punto vulnerable de esta teoria. A más, se refieren algunos casos de úlcera sin hiperclorhidria, hecho extraordinario que hace dudar de la autenticidad ó de la buena observación. En mis observaciones en el *Hospital San Roque* en número mayor de 40, siempre se ha encontrado la hiperclorhidria en proporción más ó menos elevada.

Pero si evidentemente la hiperclorhidria tiene una acción en la evolución de la úlcera, no debe ser tal vez su génesi, por el hecho que es considerable el número de hiperclorhídricos y escaso el de ulcerosos. Deben intervenir otras causas desconocídas aún.

La acción del jugo gástrico debe ser más bien

adyuvante, produciendo la úlcera crónica en las pequeñas ulceraciones de origen diverso de la mucosa estomacal. Las pequeñas ulceraciones que serian el punto de partida, son explicadas por numerosas teorías, entre las principales las siguientes: *Teoría de la obliteración arterial.* Su origen seria la embolia ó la trombosis.

La teoria de la embolia data desde *Lebert* (1852) que descubrió en el estómago de un perro ulceraciones coincidiendo con una embolia de las arterias gástricas.

La experimentación no ha dado resultado. *Prevost* y *Collard* inyectando polvos de tabaco en la aorta de un perro, produjeron ulceraciones intestinales pero no gástricas. *Lebert* produjo ulceraciones estomacales inyectando púS en la yugular de un perro.

Cohnheim, inyectó directamente en las arterias coronarias estomáquicas con resultado negativo y explicaba el hecho porque las arterias del estómago no son terminales y en cambio forman una vasta red capilar á su terminación.

La trombosis se explicaría por una endarteritis crónica de las arterias de la mucosa estomacal y la úlcera consiguiente.

La anatomia patológica no ha confirmado el hecho.

La trombosis producida en los bordes de la úlcera, puede agrandar la lesión.

Teoria de la infección.—Esta teoría, que sería mejor llamarla de la *toxi-infección*, á dado lugar à numerosos é interesantes estudios.

Letule la ha defendido con muy buenos argumentos y apoyado con hechos clinicos y experimentales.

Talma en 1890 á demostrado la influencia del estrangulamiento intestinal en la producción de erosiones estomacales,

Ulteriormente *Dieulafoy* que se ha hecho el gran defensor de esta teoría, no vé sino la acción toxi-infecciosa en la gastritis ulcerosa hemorrágica apendicular, neumocósica, urémica, como también en el *exulceratio simplex* del estómago.

Defiende la teoría con poderosos argumentos y con numerosos hechos clinicos estudiados de una manera tan completa y tan magistralmente expuestos que sujestionan, apoyan su convicción con preparaciones anátomo patológicos de los mismos casos.

En ellas muestra que las erosiones hemorrágicas neumocosicas, apendiculares y el exulceratio simplex del estómago, son debidos á ulceraciones de arteriolas de la sub-mucosa, que producirian pequeñas necrobiosis en la mucosa estomacal y que tienen por agente patogénico al neumocoso en la neumonia y á otros microorganismos en la apendicitis, etc.

En uno de sus preparados se ven neumococos en los bordes de la erosión y en el tejido interglandular.

Bezançon y Griffón, han estudiado experimentalmente en el conejo esta *neumococcia del estómago*, inyectando en el peritoneo culturas de vi-

rulencia exaltada de neumacocos y han producido numerosas erosiones hemorrágicas en la mucosa estomacal y petequías en otros órganos. *Enriquez y Hallión*, haciendo inyecciones sub-cutáneas de toxina diftérica á caballos, han producido iguales ulceraciones en la mucosa del estómago.

Sin embargo, todas estas erosiones y ulceraciones no son la úlcera de *Cruveilhier* que nos ocupa, pero ponen de manifiesto la causa patogénica de tales erosiones que crean un *locus minoris resistentiœ*, que podrá después bajo la acción de la hiperclorhidria ó de otra causa, convertirse en una úlcera crónica.

Teoría del traumatismo.—Se refieren algunas observaciones de úlceras consecutivas á traumatismos recibidos en el abdómen, pero son una proporción minima en presencia de casos negativos. En el Hospital San Roque he tenido oportunidad de observar un caso auténtico. Un jóven holandés, soltero, 36 años de edad, robusto, sin antecedentes gástricos. Mayor de Caballería al servicio del ejército boer, rebibió en un encuentro un golpe de espada en el epigástrio, que le produjo abundante hemorragía, hasta hacerle perder el conocimiento, y una eventración de estómago. Su herida sufrió mucho, pero al cabo de tres meses curó quedándole una gran eventración. Al año siguiente sintió los primeros síntomas de úlcera y tuvo hematemesis abundantes en varias ocasiones.

En cambio de esta observación, se sabe que las

heridas del estómago curan perfectamente bien y que las fístulas gástricas tienden á cerrarse sin dejar reliquias.

Teoría de la inflamación.—Debido á *Cruveilhier,* considera la gastritis como la condición esencial. La lesión primitiva sería una infiltración de células embrionarias en la submucosa, ésta infiltración creciendo, se insinuaría entre los fondos de saco glandulares; después éstas células sufrirían una degeneración, se convertirían en pús, formando un pequeño abceso que se abre al través de la mucosa, creando una ulceración que la acción del jugo gástrico convertiría en úlcera crónica después.

ANATOMIA PATOLOGICA

La úlcera crónica del estómago ataca todas las porciones de este órgano, pero tiene predilección sobre algunas.

Según *Brinton,* se encuentra con mayor frecuencia en la cara posterior, en una proporción de 43 %; vendrían después por orden de frecuencia: la región pilórica, pequeña curvadura y cara anterior.

Según *Soupault*, es más frecuente en la región pilorica 76 %, y de ahí la frecuencia del sindroma pilórico en esta enfermedad. Es rara en la zona media del estómago y en la region cardiaca. En todas estas zonas tiene predilección por la pequeña curvadura del estómago,

La forma es por lo común redondeada, de donde el nombre de *ulcus rotundum,* pero se observa una gran variedad de aspectos: ovales, irregulares, lineales, policíclicas, debidas seguramente á la unión de varias ulceraciones.

Mirada del lado de la mucosa, tiene un aspecto conoide y su profundidad varía según las túnicas tomadas.

Cuando la úlcera es reciente, parece como hecha con un sacabocado; sus bordes son blandos, no espesados, con equímosis, y las diferentes túnicas se distinguen fácilmente.

Cuando la lesión es antigua, la esclerosis de los teijdos se ha producido y entonces los bordes son duros, espesados y las distintas túnicas adhieren entre sí, al punto de no ser posible distinguirlas.

La mucosa vecina á la úlcera se nota con frecuencia inflamada, espesada á veces, con extravasaciones sanguíneas y con vegetaciones.

Fenwick hace notar la frecuencia de las varicosidades venosas y le da mucha importancia para la evolución de la úlcera, por las congestiones y hemorragias que se producen.

El fondo de la úlcera es por lo general indurado y algunas veces esquirroso, lo que le dá el aspecto de un cáncer, y puede estar formado por las distintas túnicas del estómago, según la profundidad de la úlcera.

Cuando se encuentra cerca el peritoneo, éste reacciona, se inflama, se espeza, y forma adherencias más ó menos grandes con los órganos vecinos. Así pues, cuando una perforación se produce, si dichas adherencias han estado formadas de antemano, viene á formar el fondo de la úlcera: el pan-

creas, el hígado, una ansa intestinal, el cólon transverso especialmente, etc. La acción del jugo gástrico se ejerce entonces sobre las paredes de estos órganos profundizando más la úlcera y puede llegar así á formar fístulas con el intestino, con el torax, con la piel, etc.

El número de úlceras es generalmente una, pero no es raro encontrar dos y más.

La estadística de *Fenwick* da 80 % de úlceras únicas.

La curación de la úlcera se produce en buen número de casos, que *Brinton* estima en un 50 %. *Fenwick* dice que se encuentra en la mesa de autopsias cuatro veces más úlceras cicatrizadas que agudas ó en evolución.

La curación se hace por la formación de un tejido cicatrizial, tejido fibroso que retrae las paredes del estómago.

Cuando la lesión se limita á la mucosa y es de pequeñas dimensiones, también es así la retraccion y la cicatriz, que pueden pasar desapercibidas. Pero cuando la lesión es extensa ó profunda, la cicacriz y la retracción pueden ser considerables, disminuyendo la capacidad del estómago, deformándolo, obstruyendo sus conductos ó fijándolo á órganos vecinos. De aquí resulta una sintomatología muy variada de orígen mecánico.

Las lesiones microscópicas varían según que se trate de una úlcera reciente ò de una antigua.

La úlcera reciente muestra en toda la superfi-

cie un depósito de materia granulosa; las túnicas se dlstinguen netamente seccionadas; las glándulas mucosas son cortadas netamente y algunas vierten su contenido en la pèrdida de substancia. Los fondos de saco glandulares están hinchados y llenos de restos de hematies y de materia granulosa.

La infiltración embrionaria y el edema infiltran el tejido interglandular, lo mismo que la sub-mucosa y la túnica muscular, disociando las fibras.

Cuando la úlcera es antigua, el tejido fibroso reemplaza á la infiltración embrionaria. El tejido interglandular es ocupado por teijdo conjuntivo fibroso; las glándulas vecinas de la úlcera se destruyen.

La mucosa que rodea la úlcera, en extensión variable, presenta reacción inflamatoria en grados diversos y frecuentemente algo hipertrofiada. La inflamación tambièn ataca á los vasos, que aparecen con paredes gruesas y duras, adherentes al tejido vecino escleroso que los mantiene abiertos, pero taponados por un coágulo.

Los vasos vecinos de la úlcera son atacados de endarteritis, endoflebitis más ó menos acentuada.

Se ve pues, en la úlcera crónica una defensa del organismo que trata de limitar su progresión por la formación de tejido escleroso y previene la hemorragia por la endarteritis.

No sucede así con la úlcera aguda, que ataca al estómago impunemente y lo hiere como lo haría un instrumento cortante. Esto tiene mucha impor-

tancia para el pronóstico da las hematemesis, que en el segundo caso, una hematemesis considerable, puede ser debida á un pequeño vaso abierto de la sub-mucosa y que fácilmente se puede obliterar, mientras que tratándose de la úlcera crónica, la hematemesis considerable es producida por la abertura de un vaso importante, porque los de pequeño calibre están atacados de endarteritis obliterante que limita la hemorragia. Por esto, tiene un pronóstico más serio la hematémesis en éste caso.

La gastritis parenquimatosa hiperpéptica que se observa en regiones alejadas de la úlcera, parece una lesión inseparable de esta enfermedad. Ella nos daría cuenta de la hiperclorhidria, de la hipersecreción y tendrìa tal vez un rol importante en la patogenia de la úlcera.

Hayem hace notar que un caracter especial de esta gastritis que acompaña á la úlcera, es la transformación de las glándulas á mucus de la región pilórica en glándulas á pepsina.

La transformación de la úlcera en cáncer fué estudiada la primera vez por *Cruveilhier,* que las clasificó como entidades patológicas distintas, pues antes de él se las confundía.

Actualmente la transformación cancerosa de la úlcera, mejor dicho el ingerto canceroso, es aceptado de una manera casi unánime. *Lebert* cree que el 9 % de cancerosos de estómago son precedidos de úlcera y según Rosenhèim el 6 % de ulcerosos se complican de cáncer.

Hay estadísticas como la de Sonicksen que da un porcentage mayor de 14 % de cancerosos precedidos de úlcera.

El Dr. Diógenes Decoud sostiene la idea con hechos de observaciòn, que la mayor parte de los cancerosos de estómago son secundarios de úlcera.

El tema ha dado lugar á numerosos é importantes trabajos y hoy es aceptado el hecho casi sin discusión.

La proliferación cancerosa empieza por los bordes de la úlcera y se localiza muy especialmente en la región pilórica.

TRATAMIENTO MEDICO

El reposo del estómago es sin duda el tratamiento médico más eficaz para la úlcera y sus complicaciones. A ello se debe propender por todos los medios posibles, en los casos extremos debe ser absoluto; en las acalmias se debe contemporizar hasta donde se puede. La eficacia del régimen lacteo es aceptado unánimemente; es el alimento que mejor soportan los ulcerosos y que se debe prolongar el mayor tiempo posible. La leche se puede tomar como mejor agrade al paciente: cruda ó cocida, caliente ó fría; se debe tener en esta alimentación una cierta regularidad, tomar cada dos horas 200 gramos ó más, pero no tanto que distienda demasiado el estómago. Después de un ataque se debe empezar muy paulatinamente esta alimentación, tomando la leche por cucharadas adicionada de agua de cal ó de algún medicamento nervino si está indicado. Se aumentará gradualmente la cantidad, de un cuarto litro por día cuando el estado del enfermo lo permita,

hasta tomar 3 ó 4 litros en las 24 horas. Después de 15 días ó un mes según el estado del enfermo, se permitirán sopas livianas de diferentes harinas purés, huevos batidos etc.

Durante el ataque, cuando hay vómitos frecuentes ó hematemesis, nada es más eficaz que el reposo absoluto.

En ciertos casos no se debe permitir ni el agua, y para calmar la sed que atormenta á los enfermos, se permitirán pequeños pedacitos de hielo. Se usarán también con este fin las inyecciones hipodérmicas de suero en cantidad suficiente, ó los enemas á retener de agua salada al 10 por 1000. Para calmar en parte el dolor y la excitación gástrica se pondrá una bolsa de hielo en permanencia sobre el epigastrio. La abstinencia de alimentos se puede prolongar varios días, hasta 10 y más, pero es este el límite aceptado generalmente como máximo. El retorno á la alimentación bucal es un punto muy delicado; generalmente se tentará á los 3 ó 4 días; primeramente se dará agua hervida y fría por cucharadas ó agua de Vichy; una vez que ésta es tolerada se dará leche descremada helada, por cucharadas igualmente.

Después se dará leche pura, aumentando diariamente la cantidad si el enfermo la recibe bien, de lo contrario se vuelve atrás.

Cuando el estómago se encuentra muy excitado, cuando hay vómitos ó dolores y que la leche es mal tolerada, conviene adicionar á cada taza de le-

che una cucharadita de la poción siguiente recomendada por Dieulafoy:

Agua de cal	100
Clorhidrato de cocaína	0.03
Clorhidrato de morfina	0.01

(Por cucharaditas).

Los enemas alimenticios pueden sustituir en parte á la alimentación bucal, pero no se puede usar mucho tiempo de ésta vía porque es muy deficiente.

Las grandes hematemesis, de las que no hay que asustarse sobre todo cuando son las primeras y cuando la úlcera es reciente, necesitan como cosa fundamental para ser cohibidas, el reposo absoluto del estómago. La abstinencia alimenticia debe ser completa; se hará uso de la medicación hemostática: inyecciones hipodérmicas de ergotina, clorhidrato de adrenalina al milésimo, de suero gelatinado (cuando se tenga la seguridad de su perfecta esterilización, pues, conocidos son los casos de infección tetánica consecutivos á éstas inyecciones).

Por vía bucal no se dará ningún remedio, hemostático, porque hay que dejar al estómago en el reposo más completo, y ellos podrían despertar el vómito. La misma conducta se debe tener en los otros casos de hematemesis, aunque no sean muy abundantes.

Las indicaciones operatorias inmediatamente después de estas grandes hemorragias, no están muy

indicadas, porque agregan el choc operatorio al agotamiento ya considerable del enfermo; preferible es esperar que se reponga, sin hacerlo correr gran riesgo, pues repito, estas gastrorragias pasan comunmente.

Para los vómitos incoercibles, como para los espasmos del píloro se tendrá una conducta parecida: el reposo del órgano como cosa indispensable y el uso de medicamentos sedantes y antiespasmódicos, el opio, la morfina, la codeina, la cocaina, la belladona, el cannabis indica, el agua de laurel cerezo, etc. etc., en fórmulas muy variadas y harto conocidas.

La medicación alcalina, neutralizando la hiperacidez del jugo gástrico, da un resultado espléndido contra el dolor; á más, teniendo el jugo gástrico hiperacido una acción indiscutible sobre la evoluclón de la úlcera y sobre muchos de sus síntomas, es hacer buena terapéutica actuando sobre ésta causa patogénica. Son numerosos los productos farmaceúticos empleados con este objeto: el carbonato de sodio, el bicarbonato, la creta, la magnesia calcinada etc., se disputaron la supremacia y cada uno de ellos tiene sus partidarios decididos.

Estas substancias se dan en combinaciones con otros numerosos medicamentos, tendientes á combatir los otros síntomas de la úlcera. La medicación alcalina se da especialmente durante el

síntoma dolor, es la morfina de estas gastralgias; tambiéu se debe dar fuera de los dolores para combatir la hiperclorhidria y favorecer la curación.

El subnitrato de bismuto preconizado por *Kussmaul* y *Fleiner* en *Alemania*, ha entrado con buen derecho en el tratamiento de ésta afección. Estos autores lo administran por una técnica poco recomendable: se valen de una sonda estomacal con la que lavan primeramente este órgano y después introducen por ella 20 gramos de subnitrato en suspensión en 200 gramos de agua; después de 5 minutos, tiempo que se calcula que el subnitrato se ha sedimentado y embadurnado así la úlcera, se retíra el agua.

Fácilmente se comprende el inconveniente de esta técnica, que excita el estómago por la introducción de la sonda y el lavaje.

Mucho mejor es la administración del medicamento en forma de leche de bismuto, en la dosis de 10 gramos en el día y 20 en la noche, en 150 gramos de agua, como lo aconseja Mathieu. Una vez el remedio tomado se procura que embardune toda la superficie de la mucosa estomacal, recomendando al enfermo que quede 15 minutos sucesivamente en decúbito dorsal, abdominal, del lado derecho é izquierdo.

Las experiencias de *Mathieu* demuestran que ésta substancia provoca una secreción de mucus que proteje la lesión anatómica de la acción del jugo gás-

trico y favorece por consiguiente la circatrización.

En cuanto á los medicamentos cicatrizantes: nitrato de plata, percloruro de hierro, yodoformo, etc. están casi abandonados.

SINTOMATOLOGIA

La úlcera simple del estómago tiene una sintomatología muy irregular. En la mayoría de los casos la enfermedad empieza de una manera insidiosa por pequeños trastornos de la digestión estomacal: malestar, dolores de estómago pasajeros, náuseas, pirosis, vómitos alimenticios ó acuosos ácidos. Ellos molestan al paciente durante un tiempo interrumpido por acalmias, pero luego estos síntomas reaparecen con intensidad creciente. Estas remisiones se repiten en número variable de veces, hasta que llega un período en que síntomas de mayor importancia alarman al enfermo: dolores intensos, intolerancia gástrica, hematemesis.

Otras veces la enfermedad está en un estado latente, y cuya frecuencia es mayor de lo que se supone. Los síntomas que despierta llaman tan poca cosa la atención de los enfermos que no les dan ninguna importancia. A veces faltan de una manera absoluta y esto he tenido oportunidad de ob-

servarlo (historias clínicas), en dos sujetos que se sintieron recien enfermos cuando su úlcera se había perforado y producido una peritonitis generalizada que terminó con ellos. Otras veces es una súbita hematemesis, que pone en vías del diagnóstico.

¿Y cuántos serán los casos que pasan insensiblemente de la enfermedad á la curación con perfecta ignorancia del enfermo? ¿Parece que son muchos, á lo menos es lo que indican las autopsias, porque es un hecho muy frecuente encontrar cicatrices de la mucosa estomacal en sujetos muertos de otra afección y que en sus antecedentes no se descubrían los síntomas de la úlcera.

La forma en que evoluciona habitualmente la úlcera, se traduce por tres síntomas cardinales que paso á estudiar: el dolor, del vómito, la hematemesis.

El dolor.—Es ordinariamente el primer síntoma que llama la atención y que molesta al enfermo. Estos dolores son primeramente bajo forma de pesantez, de constricción de estómago, que los enfermos atribuyen á una detención de los alimentos.

Después este dolor sordo, aumenta de intensidad y parece como si fuera una llaga viva, como dicen los enfermos.

Lo que tiene de característico, es que es paroxistico y que los paroxismos coinciden con la ingestión de alimentos. Ellos despiertan el dolor, á ve-

ces inmediatamente después de la ingestión, y se atribuye ésta precocidad á una úlcera del cardias. Otras veces y es lo más común, aparece el dolor 10 ó 15 minutos después de la ingestión.

Otras veces, el dolor aparece media hora, una hora después, cuando la digestión estomacal se ha efectuado en parte y pasa el bolo alimenticio por el piloro, que sería el sitio de la úlcera en tal caso.

El sitio del dolor es generalmente el centro del epigastrio, inmediatamente por debajo del apéndice xifoides y localizado á una zona de pocos centímetros. A veces suele estar desviado á derecha ó izquierda de la línea mediana, ó bien localizado en algunos de estos puntos é irradiado hacia un hipocondrio. El más común de todos es un dolor que *atraviesa* al enfermo del centro del epigastrio á la columna vertebral, tan intenso que es frecuente oir decir á los enfermos que parece un puñal clavado. La intensidad del dolor varía con la susceptibilidad de cada sujeto; unos dicen que es quemante, como una llaga viva, terebrante y en general tan intenso que es una verdadera tortura para el enfermo.

Otras veces á este dolor epigástrico se agregan pulsaciones violentas como los que se producen en los abscesos.

El dolor dorsal que es tan común como el epigástrico y de gran importancia sintomática es también localizado y su sitio es habitualmente la

columna espinal en el espacio comprendido entre la octava dorsal y segunda lumbar. Tiene los mismos caracteres de intensidad que el dolor epigástrico. A más del dolor subjetivo, existe tamhién el abjetivo. A veces una leve presión en el epigastrio despierta dolores insoportables. Si se trata de una mujer se ve obligada á renunciar al corset. Generalmente estas ensación dolorosa está localizada en el mismo sitio de la sensa ción subjetiva. En el epigastrio está en un punto equidistante del apéndice xifoidey el ombligo, sobre la línea mediana. Otras veces ligeramente desviado á uno ú otro lado; á veces, sobre todo en la mujer, está por detrás del apéndice xifoide, lo que se explicaría por el descenso de las costillas producidas por el uso del corset.

¿El sitio del dolor objetivo es patognomónico del asiento de la úlcera? Las opiniones están muy divididas al respecto. *Brinton*, le da una importancia suma, *Soupault*, la niega, no solamente como patognomónico del sitio sino de la úlcera misma. *Brinton* refiere muchos casos estudiados escrupulosamente y corroborados por la autopsia.

El punto doloroso á la presión, no sólo se encuentra en el «*ulcus simplex*» sino también en otras afecciones del estómago, especialmente en la despepsia nerviosa.

Soupault, atribuye el dolor más á la neuropa

tía tan frecuente en los ulcerosos, que á la lesión misma.

A màs, *Roux* ha demostrado que el punto doloroso epigástrico corresponde al plexo solar.

Sin embargo, la mayoría de los autores dan á este síntoma una importancia presuntiva de primer orden (aunque no patognomónico).

La posición del enfermo tiene á veces una influencia manifiesta sobre el dolor, pero sobre los dolores paroxísticos principalmente. Durante el paroxismo ciertos enfermos se ven obligados á cambiar de posición y encuentran una determinada que los alivia notablemente. Unos encuentran este alivio en el decúbito abdominal, otros en el decúbito lateral y son los mas numerosos, otros en el dorsal. Se ha constatado en muchos casos que esta posición tiene una relación estrecha con el sitio de la úlcera: el decúbito dorsal correspondería á una úlcera de la cara anterior, el abdominal á una de la cara posterior.

Se atribuye á los desplazamientos del jugo gástrico este efecto bienhechor.

Vómitos.—El segundo síntoma en aparecer son los vómitos. Aunque el síntoma dolor precede ordinariamente de algunos días ó meses á los vómitos, éstos suelen á veces aparecer al mismo tiempo que aquellos.

Generalmente se produce el vómito cuando el paroxismo doloroso ha llegado al máximo de intensidad.

Una vez iniciado no cesa hasta vaciar completamente el estómago. Entonces el dolor se calma, pero queda una sensación de calor que pasa después.

En ciertos casos el estómago se vuelve tan intolerante, que rechaza durante uno y más días con serio peligro á veces para la vida, toda clase de alimentos aún el agua.

El estado de las materias vomitadas varía con la época en que han sido ingeridas: si se produce inmediatamente después de comidas, son alimenticias; más tarde, presentan los caracteres de la digestión estomacal, son ácidos; después de varias horas, son biliosos. Cuando el vómito se produce fuera de la ingestión de alimentos, son flemas las vomitadas, formadas en su mayor parte por mucus y saliva tragada.

El vómito en sí no presenta ningún carácter específico en esta enfermedad.

Hematémesis.—El síntoma más revelador de la úlcera es la gastrorragia, mejor dicho, la hematémesis.

La melena pasa comunmente desapercibida para el enfermo. No sucede así con la hematémesis que tanto los alarma, y que recurren á veces al médico por primera vez.

La importancia de éstas hemorragias es muy variable: depende de la abundancia, de la frecuencia y hasta de la edad de la úlcera.

Las pequeñas hemorragias pasan comunmente

desapercibidas, porque su única manifestación es la melena, que es frecuentemente tan poco abundante, que se limita á teñir de negro las materias fecales sin producir diarrea, y solo las descubre el que tiene la idea preconcebida de buscarlas y valiéndose de reativos químimicos.

Una hemorragia más considerable, produce la hematémesis cuando la distinción del estómago que produce es suficiente para provocar el vómito. El vómito se produce unicamente por la distensión estomacal: es de origen mecánico y no porque tenga la sangre la acción especial de exitarlo.

El aspecto de la sangre vomitada es variable; depende del tiempo que ha estado en el estómago.

Cuando es una hemorragia muy abundante, el vómito se produce poco tiempo después de producida y entonces la hematémesis es de sangre pura, rutilante.

Cuando la cantidad de sangre no es suficiente para exitar el vómito, la gastrorrogia puede pasar desapercibida sino sucede la coincidencia fortuita del vómito y la hemorragia.

En este caso la sangre aparece con las modificaciones que le ha producido la digestión estomacal.

Se mezcla á los alimentos ingeridos y cambia completamente de color: en vez de rojo, es parda ó negra, ó toma también el aspecto de la bilis.

Cuando se deja cedimentar este vómito, se deposita una substancia parecida á la borra de café y

quedan dando pequeñas partículas parecidas al hollìn en suspensión.

Muchas veces es necesario recurrrir á un análisis químico para salir de dudas.

Las melenas acompañan casi constantemente á la hematémesis; otras veces aparecen sin que ésta se haya producido.

Cuando la gastrorragia no ha sido suficiente para despertar el vómito, la sangre pasa al intestino y aparece en las materias fecales en forma de diarrea negra, con un aspecto muy semejante al alquitran.

La diarrea es como la hematémesis en este caso producida, no por una acción especial de la sangre, sino también que es de origen mecánico, por la abundancia de ella.

Las melenas se producen muchos días seguidos, sin que sea necesario nuevas hemorragías; dura á veces diez días y más.

No se debe dar, por cierto, gran importancia á la persistencia de este síntoma.

Otras veces las melenas no se producen en forma de diarrea, sino que está la sangre intimamente mezclada á las materias fecales; depende siempre de la importancia de la hemorragia.

La frecuencia de las hemorragias varía con cada ulceroso.

En algunos no han existido en apariencia nunca y serían el 50 por ciento según Soupoult.

Muchas veces es una sola gran hematemesis

que no se vuelve á repetir, no obstante seguir progresando la úlcera y llegar tambien á una perforación, sin que la sangre haya aparecido más de una manera manifiesta.

En otros ulcerosos se producen hematemesis muy variables en cuanto á número y cantidad.

De una manera general todo ulceroso está constantemente expuesto á las asechanzas de éste gran peligro, que no se puede preveer ni medir; no se puede preveer, porque aparece de la manera más caprichosa, no obstante la rigurosidad del método, ni se puede medir, porque es tan variable su intensidad como su frecuencia.

El pronóstico de la hematemesis varía tambien con la edad de la úlcera.

En las ulceraciones agudas ó recientes, las hemorragias pueden ser muy considerables sin que sea necesario para ello la ulceración de un vaso importante, y la razón es que el estómago es atacado de improviso sin que se haya producido ninguna reacción defensiva: es atacado como por un instrumento cortante, encuentre un vaso de paredes sanas y la sangre corre en abundancia.

En la úlcera crónica, la reacción defensiva se ha producido paulatinamente: los tejidos vecinos de la úlcera son atacados de esclerosis, y las paredes vasculares de endarteritis á veces obliterante, ó de trómbosis, lo que modifica considerablemente la circulación al rededor de la úlcera y los peligros de

una gran hemorragia y para que ésta se produzca es necesario la ulceración de un grueso vaso.

De aquí se desprende que el pronóstico de una gran homatemesis es más sombrío cuando sobreviene en una úlcera antigua.

Mis observaciones me han confirmado en esta manera de ver.

He observado varios casos de úlceras recientes con grandes hematemesis, hasta quedar los enfermos casi exangües y reponerse después en pocos días.

El doctor Sicardi en sus lecciones de pronósticos insiste sobre el punto y repite que no hay que asustarse por las primeras hematémesis por grandes que sean, que en la gran mayoría de los casos pasan y el enfermo se repone más ó menos pronto.

Lo mismo sucede generalmente con las hemorragias á largos intervalos.

Son más temibles las hemorragias á repetición; ellas agotan al enfermo sin darle tiempo á reparar sus fuerzas y lo predisponen á un sinnúmero de otras afecciones, la tuberculosis principalmente, que ponen la vida en constante peligro.

Buntore distingue cuatro causas principales de hemorragias: cada una de ellas sobreviene en un período distinto de la enfermedad y le da una importancia pronóstica gradual.

La primera causa sería por simple fluxión con-

gestiva de la mucosa estomacal, sin que haya una solución de continuidad. Pero esto es una simple presunción más que un hecho demostrado.

La segunda causa sería por ruptura de capilares de la mucosa y la submucosa.

La tercera, la más grave, sería por la ulceración de los grandes vasos del estómago y de los órganos vecinos.

Esta sobrevendría en una época tardía de la enfermedad, cuando la úlceración ha atacado la túnica muscular y hiere los vasos que están entre ésta capa y el peritoneo ó cuando ha producido una perforación de la cara posterior del estómago y hiere la arteria esplénica, etc.

La cuarta causa sería por la sección de los vasos del parénquima del hígado, del páncreas, del bazo, que serían de poca intensidad.

Facilmente se comprende la importancia de cada una de éstas hemorragias.

Una transgresión del régimen, es á veces suficiente para producirla, sobre todo cuando se ha distenido el estómago algo más de lo habitual.

La influencia de la distención estomacal en la producción de estas hemorragias, parece un hecho muy evidente. La congestión del estómago que acompaña al acto de la digestión, debe tener tambien una buena parte en la producción de este fenómeno.

Las emociones intensas parecen tener una in-

fluencia en la producción de las hemorragias y se explicarian por una viva fluxión congestiva del estómago.

Los signos clínicos de la gastrorragia, son los mismos que los de una hemorragia de cualquier origen, palidéz, enfriamiento de las extremidades, sudores frios, tendencia á las lipotimias, pulso pequeño y frecuente, etc.

Sin embargo, las hematemesis no son propias únicamente de la úlcera; se presentan también en otras afecciones, en el cáncer del estómago y en las várices del esófago y estómago por cirrosis atrofica hepática principalmente. Es un diagnóstico diferencial muy importante de hacer, especialmente con esta última afección.

He visto dos errores de diagnóstico seguidos de operación por no haber tenido muy en cuenta esta importante causa de hemorragias.

A más de estos tres grandes síntomas que he mencionado, tenemos á más otros dos muy importantes para el diagnóstico de la úlcera, la hiperacidez del jugo gástrico y los síntomas peritoneales.

Es un hecho muy frecuente la coexistencia de la hiperclorhidria y de la úlcera; la falta de esta existencia es un hecho excepcional. Es tal su importancia que sirve de signo diferencial de primer orden en los casos dudosos.

La hiperclorhidria se presenta en sus diversas variedades: hiperclorhidria digestiva, hiperclorhidria tardía, gastrosucorrea, etc.

Sin embargo, este síntoma no es constante de una manera absoluta: en los anales de la Sociedad Médica se registran unos casos observados por el doctor Escalier.

En mis observaciones del Hospital San Roque nunca ha faltado y nos hemos valido de él como signo diferencial con el cáncer del estómago, en que el jugo gástrico es hipoacido, habiéndonos dado siempre muy buen resultado.

Pero este síntoma tomado aisladamente no tiene mucha importancia, porque por si solo constituye una enfermedad específica. En algunos casos nos ha servido para hacer un diagnóstico equivocado, pero porque con ellos faltaban los otros síntomas importantes de la úlcera.

Cuando la úlcera perfora las paredes del estómago y aun sin perforarlas cuando el proceso ulcerativo ha llegado muy cerca de la serosa, el peritoneo vecino reacciona y forma falsas membranas alrededor del estómago en una extensión variable, que depende siempre del sitio y del grado de intensidad de la infección.

La forma más común de esta reacción peritoneal es la perigastritis plástica: falsas membranas más ó menos espesas envuelven el estómago en una extensión variable y establecen en la mayoría de los casos adherencias con los órganos vecinos.

La frecuencia según varias estadísticas sería de 45 °/₀ aproximadamente de los casos de úlcera crónica, siendo rara en los de úlcera aguda, 3 por

100. Las úlceras de la cara posterior, las del píloro y en general las que se encuentran cerca de la pequeña curvadura, son las que forman adherencias más extensas y sólidas con los órganos vecinos.

La razón es que, siendo estas porciones del estómago poco móviles, los simples exudados pueden organizarse en pseudo-membranas y después en tejido fibroso, sin que los movimientos del estómago obstaculicen su formación. Pasa todo lo contrario con las adherencias de la cara anterior. Es esta la parte del estómago sujeta á movimientos más extensos y contínuos y por lo que estas adherencias están constituídas comunmente por pequeños filetes de linfa no bien organizada, que por los movimientos contínuos de estómago toman la apariencia de un entrecruzamiento de fibras poco densas y dejando entre ellas espacios de tamaños variables. La poca consistencia de estas adherencias, hace que se rompan con suma facilidad: un esfuerzo cualquiera, un estornudo, un acceso de tos, un vómito, la distención del estómago, son á veces suficientes.

De aquí que la perforación de la úlcera de la cara anterior, sea un hecho muy frecuente, mientras que las de la cara posterior serían raras; aquellas están 50 veces más expuestas que éstas, según la estadística de Brinton.

Las adherencias de la cara posterior limitan pues la infección á un territorio más ó menos reducido, protegiendo la gran cavidad peritoneal.

Una de las manifestaciones frecuentes de estas infecciones limitadas, es el absceso sub-frénico, del que he tenido oportunidad de ver dos casos, seguidos de operación y muerte de los enfermos. En uno de ellos, había una gran perforación en la cara posterior del piloro, cerca del duodeno, en el otro, en la cara posterior del estómago.

Son pues, las perforaciones en la cara anterior principalmente, las que traen esas peritonitis generalizadas rápidamente mortales. Los signos clínicos de estas peritonitis son harto conocidos: generalmente comienzan con un dolor brusco, como un golpe de puño en el epigastrio, que hace desfallecer á los enfermos y que coincide con el momento de la perforación; el estado del enfermo se agrava gradualmente desde este momento. Después de una acalmia pasagera del dolor, aparecen los primeros síntomás peritoneales: vómitos, aunque para algunos autores la ausencia de ellos sería potagnomónico de la perforación, pero no es esta ausencia el hecho habitual, porque la perforación es comunmente de pequeñas dimensiones y no deja pasar todo el contenido estomacal; dolores expontáneos y provocados por una débil presión, meteorismo, timpanismo hepático, escasez y retención de orinas, poca fiebre generalmente y enfriamiento de las extremidades, signo á que el doctor Sicardi da grandísima importancia, sudores frios y la característica cara hipocrática, etc. Estas peritonitis de su-

ma gravedad, contra las cualcs la medicina y la cirujía pueden muy poca cosa, dan con la muerte del enfermo en un lapso de tiempo de algunas horas á veces. Las perforaciones como las hemorragias, sobrevienen muy comunmente después de comidas abundantes.

Otros sìntomas de las úlceras son de orígen mecánico y dependen de las deformaciones producidas en este órgano por las adherencias y retracciones de la cavidad, y que dan una sintomatología muy variada con cada caso particular.

El sindroma pilórico es el compañero habitual de la úlcera. Es producido por dos causas: la una es anatómica, la otra es espasmódica. La prímera es el hecho de las retracciones cicatriciales del piloro que disminuyen su luz, la segunda son contracciones espasmódicas de orìgen reflejo. Ellas se producen no sólo con las úlceras situadas en esta parte del estómago, sino que aparece también cuando se localiza en cualquiera otra porción, y es despertado por excitaciones tanto generales como locales, que hacen variar su intensidad en grado diverso.

Es así, como se producen estos espasmos del píloro consecutivos á una transgreción de régimen, como también se producen por una excitación moral, por una labor física ó íntelectual excesivas. La excitación de la lesión anatómica en las paredes del estómago, es el punto de partida de todos estos

reflejos, que traen aparejados un cortejo sintomático, que se resume por una dilatación del estómago y por un aumento proporcional de todos los síntomas de la úlcera.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

El tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago fué llevado á cabo la primera vez por *Rydygier*, en el año 1881, que practicó una pilorecmiac on excelente resultado. Esta operación una verdadera audacia para aquellos tiempos, no despertó muchos entusiasmos en los cirujanos, no porque no hubiera dado espléndido resultado, sino porque la técnica era muy difícil y no eran muchos los capaces de practicarla.

Al trabajo que publicó *Rydygier*, en que vislumbraba el porvenir de los ulcerosos en la cirujía, se le hizo la crítica diciéndole que esa audacia sería la primera y la última. No fué asì: la operación se repitió varias veces después por otros cirujanos, pero con resultados poco halagüeños.

Czerny, en el año 1890, cambió el método y practicó por primera vez la gastroenterostomia. Pero es á Doyen, que corresponde el mérito de ser el fundador de este nuevo método de tratamiento

de la úlcera, que si bien no ha sido el primero en practicarla, ha sido el autor de una estadística brillante de 21 éxitos y el primero en preconizarlo sin reservas.

Después se han modificado los métodos al inlinito, aplicables en casos particulares, pero en la actualidad lo que más se practica es la gastro enterostomía y á ella me voy á referir, por haber visto muchos éxitos durante mi internado en el Hospital San Roque.

¿Porqué mecanismo se produce esta acción benéfica? Probablemente es de orígen mecánico únicamente.

Es un hecho indiscutible la acción funesta que tiene sobre la evolución de la úlcera las estrecheces pilóricas y los espasmos de este órgano, él domina toda la patología del estómago.

En la úlcera principalmente, su susceptibilidad inoportuna, como dice Doyen, es la causa de la persistencia y reagravación de la lesión anatómica y de los síntomas. Efectivamente, todos los síntomas se agravan y hay una razón muy lógica para ello. La hiperclorhidria que para muchos autores sería consecuencia del estancamiento de los alimentos en el estómago, provocando con su presencia la excitación de las glándulas, se explicaría por la es tenosis del píloro. La dilatación del estómago, es una consecuencia inmediata de la estenosis; y cuan funesta es esta dilatación para la evolución de la úlcera; ella produce tironeamientos que exponen à las hemorragias ó á una perforación, excita el vómito, y en

general entretiene el proceso anatómico impidiendo una acción reparadora. Para Doyen, ei espasmo reflejo del piloro figura en primera línea en la evolución de la úlcera y sus complicaciones.

Ahora bien, ¿qué se consigue con la gastro enterostomia? curar la dilatación del estómago, suprimir el espasmo pilórico, más aún cuando la úlcera está situada en esta parte y que los alimentos excitan con su pasaje; cura ó por lo menos mejora la hiperclorhidia que tanta parte toma en la evolución de esta enfermedad y por último favorece la curación dejando en reposo al órgano. A más hay una consideración muy importante para el tratamiento quirúrgico de las úlceras que sc muestran rebeldes ó los medios terapéuticos y el régimen y es que, la úlcera gástrica va muy comunmente á la neoplasia. Las diversas estadísticas dan un porcentaje muy variable; Ditrich, en 160 cancerosos, encuentra diez en que el cáncer se había ingertado en los bordes de una úlcera; Zenker, ha ido más más lejos y ha emitido la idea de que todos los cánceres son precedidos de úlceras.

El Dr. Diógenes Decoud entre nosotros, que presentó un importante trabajo sobre gastro enterostomia en el tratamiento de la úlcera, al Congreso Medico Latino-Americano reunido en Montevideo en 1907, llega á la conclusión de que la mayor parte de los cancerosos de estómago qne ha observado, presentaban en sus antecedentes signos inequívocos de úlcera. W. J. Mayo en 157 casos

de cáncer del estómago, encuentra los antecedentes de la úlcera en 60 % etc.

Si es cierto que la úlcera es una enfermedad curable en la juventud y que esta curación sobreviene muy comunmente antes de los 40 años en una proporción que Brinton estima en 50 %, no sucede así en la edad avanzada; tiende por el contrario á avanzar y si por el mismo proceso no llega á un accidente fatal, tiene grandes probabilidades de hacerse una úlcera cáncer; el viejo va obligatoriamente al cáncer, como dice el Doctor Decoud.

¿Cuales son las indicaciones del tratamiento quirúrgico?

Estas han sido muy restringidas antes de ahora, y los médicos recurrían solamente al cirujano cuando los medios terapéuticos fallaban completamente, ó en los casos extremos en que la vida del enfermo estaba muy comprometida.

Felizmente, el antagonismo entre médicos y cirujanos va desapareciendo y hoy las indicaciones operatorias han tomado un mayor campo; ya no se recurre solamente al cirujano para cohibir una gastrorragia desesperante, ni para salvar á un ulceroso perforado con peritonitis generalizada.

La gastro anterostomia es actualmente el tratamiento más seguro y rápido de la úlcera. M. Doyen llega á afirmar que es el único remedio infalible de las afecciones estomacales incurables que están bajo ia dependencia del espasmo pilórico

El dolor es una indicación para el tratamiento quirúrgico; pero el dolor no es generalmente muy intenso para que se haga correr al enfermo los riesgos de una operación de tal importancia, á más que él no la aceptaría; cuando adquiere gran intensidad, va acompañado de otros síntomas que justifican la intervención.

Los vómitos, son también una indicación; á veces se repiten estos después de cada comida, y caquetizan al enfermo agotado ya por el dolor y las hemorragias.

Las hematemesis á repetición son una indicación imprescindible; ella nos dicen claramente que la úlcera está en plena evolución y que el día menos pensado podrá terminar con el enfermo por un accidente fatal.

A más de debilitar constantemente al paciente, le impide alimentarse y llega paulatinamente á la caquexia y á la inanición.

Los vómitos y las hematémesis que tanto debilitan á los ulcerosos, los exponen á contraer otras afecciones, la tuberculosis principalmente.

El hecho que, siendo la úlcera del estómago una afección poco curable por el tratamiento médico después de los 40 años y que en la vejez «vá casi obligatoriamente al cáncer», nos da una indicación muy formal del tratamiento quirúrgico, y que á conciencia se debe proponer salvo muy escasas excepciones.

El tratamiento médico cuando es bien dirigido

y cuando el paciente es suficientemente dócil para llenar las indicaciones de su médico, dá á veces espléndido resultado; es en general largo y molesto y sobre todo son escasos los enfermos que están en condiciones de seguirlo; para el pobre, para el obrero, es casi imposible, obligado como está á hacer un trabajo por encima de sus fuerzas, ó de lo contrario á caer en la miseria; para el rico, que puede seguir puntualmente el tratamiento más riguroso, es un esclavo de su enfermedad y lleva una vida miserable y que cualquier transgreción de regimen puede reagravar los sintomas y perder así todo lo que ha ganado en un largo tiempo de abstinencias.

En el primer caso sobre todo, no se puede contemporizar, y el tratamiento quirúrgico será el único generalmente que se podrá racionalmente aplicar.

El Dr. Decoud sienta como un precepto general, que: «en la úlcera bien confirmada, con hematemesis, la indicación queda sentada desde el primer momento, cualquiera que sea la edad». Monprofit en el XIX Congreso de cirugía, ha sostenido la idea que la úlcera del estómago debe ser exclusivamente tratada por la c rugía.

Se pueden aplicar muchos procedimientos operatorios: la resección de la úlcera, la pilorectomia, la divulsión digital del piloro de Loreta, la piloroplastía de Heinecke Mikulicz, etc., y la gasto-enterostomia en sus diferentes variedades.

En la actualidad, todos estos procedimientos operatorios se pueden resumir en: la resección de la úlcera, la pilorectomia y la gastro-enterostomia.

La resección de la úlcera es un método excelente cuando la operación es practicable, pero, es lo que sucede raramente.

En primer lugar, hay que tener un conocimiento perfecto del sitio en que se encuentra, que no sea muy extensa y que sea accesible; todas estas condiciones reunidas no se encuentran muy frecuentemente, y á más no es siempre solitaria la úlcera, y por el contrario está comunmente acompañada de otra ú utras.

La pilorectomia es un método expléndido sobre todo cuando la úlcera se localiza en esta parte del estómago. Así se consigue al mismo tiempo los dos fines de estas operaciones: curar la lesión anatómica y suprimir el espasmo del piloro. Con ella se cura d'amblée la enfermedad extirpándola y se combaten las consecuencias. Pero, esta es una operación de una técnica difícil, y las dificultades aumentan considerablemente con las adherencias frecuentes y á veces muy extensas de esta región.

La gastroenterostomia es la operación por excelencia. Sus difentes variedades se aplican según el caso particular; es cuestión de oportunidad.

La gastro enterestomia anterior de Wölfler, tiene el inconveniente que produce vómitos post-operatorios por muchos días; y que expone á un ex-

trangulamiento intestinal; se le debe aceptar siempre que no sea practicable el método de Roux-en Y, ó la gastro-en erostomia posterior de von Hacker.

La técnica del método de Roux en Y es muy laboriosa; el método da buen resultado, suprime los vómitos postoperatorios, pero se objeta que trae algunas molestias cuando el sujeto ha entrado en la vida ordinaria y se inculpan estos inconvenientes al cambio de posición del intestino. Roux mismo aconseja el cambio de esta técnica por la gastro-enterostomia posterior.

La gastroenterostomia posterior transmesocólica de von Hacker es el método de eleccion, siempre que sea practicable.

Es de una técnica facil, evita el círculo vicioso, deja pasar la bilis al estómago que sirve de medio neutralizante á la hiperacidez del jugo gástrico. El método sin embargo, no es aconsejable en las grandes dilataciones del estómago; las relaciones anatómicas están mmy cambiadas y las tracciones producidas al nivel de la anastómosis, molestan al enfermo y pueden traer una perforación.

La anastómosis puede hacerse por medio de suturas ó por el botón de Murphy El Dr. Decoud usa la sutura que la hace en dos planos: uno interno á catgut que comprende la túnica muscular y otro seroseroso á seda. El Dr. Palma se vale del botón, que tiene la ventaja de abreviar considerablemente el tiempo de la operación. Ambos cirujanos han obtenido expléndidos resultados: en la clínica

del Dr. Palma, he tenido la oportunidad, por haber sido practicante interno de su servicio, de observar de cerca números casos operados; la operación, ejecutada de hábito rápidamente, ha producido en algunos enfermos vómitos post-operatorios poco durables.

Al día siguientes se les ha dado alimentación lactea especialmente y en los días subsiguientes otros alimentos: purées, sopas, etc. No han tardado en general en tomar la alimentación ordinaria de los demás enfermos, excepto carne y otros alimentos sólidos.

Los resultados obtenidos repito, han sido excelentes. Los beneficios han sido inmediatos en la mayoría de los casos, los dolores y los vómitos especialmente, han desaparecido completamente al cabo de poco tiempo. Las hematemesis se cohiben maravillosamente por este método operatorio, sin que sea necesario para ello, ir á actuar sobre el vaso abierto.

No las he visto reproducirse en ningún caso después un enfermo de la Sala IX operado el año pasado, íuvo algunas hematemesis los primeros días que siguieron á la operación; el enfermo se quedó en la sala como dos meses, sin haberse reproducido las gastro-rragia y al cabo de las cuales fué dado de alta en excelentes condiciones de salud.

Conozco enfermos operados hace cuatro años que no observaron ningún régimen alimenticio y en-

tregados á sus ocupaciones habituales, que no sienten más su úlcera y se tienen por perfectamente sanos.

El tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago ha entrado pues con derecho propio y tiende día á día à desalojar á los medios terapéuticos con gran provecho para los enfermos.

Buenos Aires, Junio 15 de 1909

J. C. Aubone.

HISTORIAS CLINICAS

Observación primera

Servicio del Dr. Palma sala 13 Hospital San Roque

E. M. argentino, soltero, 30 años de edad.

Antecedentes heredítario: á tenido sarampión y tos convulsa en la infancia. Neumonia á los 20 años de edad.

Enfermedad actual: remonta á 4 años, que empezó á sentir mal estar gástrico después de las comidas, nauceas, y despues vómitos alimenticios y á veces acuosos ácidos. Hace dos años que tuvo una gran hematemesis y entró entonces al *Hospital de Clínicas* donde estuvo en tratamiento médico durante 15 días. Se le prescribió dieta absoluta, bolsa de hielo al vientre, enemas alimenticios inyecciones de suero, pues habia sido considerable la hemorragia, aproximadamente de 1.500 gramos.

Desde entonces sus molestias gástricas aumentaron, habiéndose repetido varias veces las hemate-

mesis, una de las cuales lo lleva al *Hospital San Roque* á la sala 10.

Estado actual: hombre bien desarrollado; no hay panículo adiposo; mucosas descoloridas.

Estómago: hay distención estomacal que se descubre por el clapotage al nivel del ombligo; tiene apetito pero no se alimenta por que ellos le producen grandes perturbaciones, dolores, nauceas, vómitos.—Es constipado, hay cuerda cólica dolorosa.

Lengua roja en los bordes, saburral en la base.

Examen del jugo gástrico:

Líquido extraído: 150 centímetros cúbicos.
Líquido filtrado: color amarillo pálido.
Olor: sui géneris.
Reacción: ácida.

Resíduo:

Pan bien emulsionado con regular cantidad de mucus.

H. cl. libre	sí hay
Albumina	no hay
Sintonina	» »
Propeptosa	sí hay
Peptona	» »
Ácido láctico	no hay
Almidón	» »
Eritrodextrina	sí hay
Acrodextrina	no hay
Glucosa	sí hay

A = 0.254

T = 0.350	A + C = 0.284
C = 0.198	A = 0.81
F = 0.92	T
H = 0.088	— = 4.49

Se diagnosticó úlcera del estómago y fué operado por el doctor Palma, á los diez días de estar en la sala.

Se practicó una gastro-enterostomia posterior de von *Haker*, á botón de *Murfhy*. Tuvo vómitos acuosos al día siguiente de la operación.

A los dos días se íe dió alimentación lactea por algunos dias y después alimentación ordinaria.

El enfermo se mejoró notablemente y fué dado de alta á los 20 días de operado en excelentes condiciones de salud.

OBSERVACION SEGUNDA

Servicio del doctor Sicardi. — Sala IX, cama 17, Hospital San Roque.

P. A., Español, 38 años, soltero, lechero.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Atecddentes personales: Sarampión en la infancia, hemorragia varias veces, que han cesado, alcoholista, sufre del estómago hace mucho tiempo que no puede precisar, pero por lo menos hace 8 años, que de tiempo en tiempo sufre trastornos dispépticos consistentes en dolores despues de las comidas y á veces vómitos.

Este enfermo ha estado en esta sala en tres épocas diferentes por sus sufrimientos gástricos.

La primera entrada fué en Mayo del año pasado y presentaba los síntomas siguientes: dolores intensos en el epigastrio con propagación dorso lumbar que aparecian quince á veínte minutos después de las comidas, dolores que se calmaban por

el vómito; estos vómitos eran abundantes y compuestos por las materias alimenticías ingeridas.

Se hizo un análisis de su quimismo gástrico y se constató una hiperclorhidria marcada con una acidez total de 3.70. No había liquido residual. Fué sometido á un régimen apropiado y se le dió tratamiento alcalino, á los 25 días encontrándose mejorado, fué dado de alta.

Nuevo ingreso en el mes de Mayo por haber abandonado su régimen y tratamiento y haber hecho uso inmoderado de bebidas alcohólicas. Dice haber tenido un vómito de abundante líquido con un depósito color café oscuro; sus dolores son tan intensos como la vez anterior y hay intolerancia gástrica; sus vómitos presentan, químicamente, casi el mismo tipo que antes. Se le pone á dieta absoluta, hielo en el vientre, por haber tenido en el servicio una nueva hematemesis, poco á poco se procura alimentarlo con leche helada mezclada á agua de Vichy, se le instituye tratamiento alcalino y se le propone operarlo, lo que no acepta, al poco tiempo pide su alta.

En el mes de Julio ingresa por tercera vez en estado bastante grave. Ha tenido en su domicilio abundantes hematemesis y persisten aún.

Piel y mucosas anémicas; pulso débil, regular, poco tenso, 110 por minuto.

En vista de su estado grave se procura mejorar su estado general para hacerlo intervenir, pues viene decidido á ello.

Lo interviene el doctor Miguel Sussini, que le practicó una gastro-enterostomia posterior, con botón de Murphy. Durante los tres días consecutivos á la operación, persisten los vómitos de aspecto de borra de café, pero sin embargo, su estado general es satisfactorio. Se empieza á alimentarlo con leche y agua de Wichy helada que tolera en pequeñas cantidades; se va aumentando progresivamente su alimentación y es visible su mejoría. Permanece en el servicio durante mes y medio y es dado de alta sin sentir ninguna molestia gástrica.

OBSERVACION TERCERA

Servicio del Dr. F. Sicardi.— Sala IX, Hospital San Roque.

D. S. Chileno, 37 años, soltero, leñador.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: tuvo á los 16 años viruela de la cual sanó á los 28 días de asistencia.

Es alcoholista desde muy temprana edad, con especialidad de bebidas blancas. No ha tenido enfermedades venereas.

Enfermedad actual: Hace año y tres meses que principió á sentir un dolor agudo y punzante en la región epigástrica por debajo del apéndice xifoide que se irradiaba al hipocondrio izquierdo y hacia la espalda (columna vertebral); éste dolor que tenía carácter intermitente, disminuía y aún llegaba á suprimirse con la ingestión de alimentos.

Durante largo tiempo el único síntoma que presentaba era el dolor; hace seis meses tuvo vó-

mitos biliosos que desde entonces se repitieron con intervalos de 1 ó dos dias. Dice el enfermo que días antes de su ingreso al hospital tuvo algunos alimenticios y dos veces consecutivas éstos se sucedieron de hematémesis copiosas que tenían el color de sangre natural; en este estado ingresa al hospital.

Estado actual, Inspeccion: hombre bien constituido, de escaso panículo adiposo; tinte de la piel anémico; conjuntivas id, facies de dolor, etc.

Aparato digestivo: lengua saburral, mucosa de labios y encias pálidos; apetito conservado; persiste el dolor localizado en el epigastrio é hipocondrio izquierdo, el cual se acentuó por la palpación de esta región. Espacio de Traube, grande; gran curvadura de estómago dos traveses de dedo por debajo del ombligo, determinado por el clapotage.

Hígado: en sus límites normales.

Al ingreso al hospital tuvo vómitos hemorrágicos de color borra de café. Después ha tenido vómitos alimenticios y mucosos, jugo gàstrico 3.20 de acidez total; se diagnósticó una úlcera redonda y dilatación de estómago.

Fué operado por el Dr. Diógenes Decoud que practicó una gastro enterostomia por el método de Roux en Y. No tuvo vómitos post operatorios y sus molestías gástricas pasaron en pocos días.

Fué dado de alto al mes de operado.

OBSERVACION CUARTA

Servicio del doctor Ibarguren.—Sala II. Hospital San Roque.—Año 1907.

R. N., argentína, soltera, 25 años de edad, quehaceres doméstico.

Antecedentes hereditarios: — Sin importancia.

Antecedentes personales: — Ha sido siempre sana; no recuerda haber tenido otra enfermedad que sarampión hace dos años; regló á los 14 años.

Enfermedad actual: — Hace tres años sintió las primeras molestias gástricas; primero regurgitaciones ácidas; después dolores de estómago que le pasaban con las comidas, pero que volvían después de 4 a 5 horas; después de un tiempo tuvo vómitos alimenticios y acuosos por la mañana. Lo que le llamó primero la atención fué una pigmentación de la piel (cloasma), que le empezó en la cara, pero que luego aumentó considerablemente hasta cubrirle casi todo el cuerpo. Sus molestias gástricas mientras tanto, aumentaron de una manera

alarmante: dolores intensos después de las comidas, vómitos alimenticios y dos hematemesis que se sucedieron en poco intervalo. Después de la segunda ingresa al hospital.

Estado actual: — Talla mediana, bien conformada, buen paniculo adiposo, piel cubierta por un extenso cloasma que le cubre todo el cuerpo y que deja pequeños espacios blancos muy semejantes al vitiligo; es tanto esta semejanza que los dermatólogos dudaron si se trataba de vitiligo en una morena ó de cloasma en una piel blanca. Se buscó con empeño los estigmas de la lepra, con resultado negativo. Mucosas anémicas.

Aparato digestivo:—Poco apetito, lengua saburral en la base. *Estómago:*—En sus límites normales; hay un punto doloroso situado á dos traveses de dedo por debajo del apéndice xifoide, es constipada. *Hígado:*—Borde superior al nivel de la quinta costilla; no se palpa. *Bazo:*—Normal.

Examen de jugo gústrico

Pan bien emulsionado; no hay mucus.

H. cl	sí hay
Albúmina	no hay
Sintonina	no hay
Propeptona	sí hay
Peptona	sí hay
Ácido láctico	sí hay
Almidón	no hay
Eritrodextrina	sí hay

Acrodestrina ..... sí hay
Glucosa ..... sí hay

A = 0.252

T = ...0.343	H + C = ...0.235
C = ...0.195	× = ...1
F = ...0.103	$\frac{T}{F}$ = ...3.20
H = ...0.040	

Se diagnosticó úlcera del estómago; estuvo en la sala con tratamiento médico durante dos meses; se mejoró, pero tuvo dos hematemesis más por lo que se decidió hacerla operar.

El Dr. Palma practicó una gastro-enterostomia posterior á botón de Murfhy al cual se le sacó el resorte. La mejoría fué muy pronta pero no completa, se repitieron después esos vómitos, y los dolores aunque disminuidos persistían. Es de hacer notar que el botón no fué expulsado por lo que se atribuyó á él la persistencia de éstos síntomas, á los dos meses después se practicó una nueva operación con el objeto de extraerlo, lo que se llevó á cabo. Sus molestias pasaron rápidamente y fué dada de alta al mes siguiente en muy buen estado de salud.

He observado á ésta enferma durante un año; no se han repetido más los vómitos, ni los dolores ni las hematemesis; su cloasma ha disminuido notablemente y su estado general es muy satisfactorio habiendo aumentado 15 kilos de peso.

OBSERVACION QUINTA

Servicio del Dr. Sicardi.—Sala IX Hospital San Roque.

J. P., argentino, soltero 28 de edad, carrero.

Antecedentes hereditarios; sin importancia.

Antecentes personales. Ha tenido cuando niño sarampión: ha sido siempre sano, no recuerda haber tenido ninguna enfermedad importante.

Enfermedad actual: Data de 16 días antes de ingresar á la sala. Refiere que una noche al salir de su casa para visitar un vecino que se encontraba á 15 cuadras de su casa, hizo el viaje á pié estando en excelentes condiciones de salud, Después de haber caminado varias cuadras sintió un brusco dolor en el epigastrio que le impidió marchar por un momento, al cabo del cual continuó su viaje hasta su destino. Su dolor se había aliviado notablemente, pero se sentía con mal estar; después de un rato de estar allí tuvo algunas nauceas y después vómitos, lo que le obligaron á suspender su visita.

La noche lo pasó intranquilo, pero con grandes dolores, al día siguiente aumentaron y sobrevinieron vómitos que han durado casi todo el tiempo de la enfermedad. Ingresa al Hospital á los 16 días. Lo primero que llama la atención al exámen del enfermo es un meteorismo considerable y se nota visiblemente en el hipocondrio derecho un hinchamiento considerable con descenso del hígado. Se practica una punción exploratriz y se saca facilmente pús de muy mal olor.

Esta tumefación daba los caracteres de absceso subfrénico.

Fué trasladado á la Sala XIII y operado por el doctor Palma que practicó la resección de una de las últimas costillas y dió salida á una gran cantidad de pús.

El enfermo se mejoró un poco, pero, al hacer las curaciones diariamente se notó que salia de la herida pús y substancias alimenticias. Hecha la prueba de darle un poco de leche en este momento, salia con facilidad.

A los tantos días se practicó una laparatomia y se constató entonces una gran perforación en la cara posterior del piloro, muy cerca del duodeno. Se hizo una gastro enterostomia posterior y se excluyó la primera porción del duodeno entre dos ligaduras. El enfermo sobrevivió tres dias, al cabo de los cuales murió.

J. C. Aubone.

Buenos Aires.

Buenos Aires, Junio 15 de 1909.

Nómbrase al Sr. Consejero doctor Luis Güemes al Profesor titular doctor Juan B. Señorans y al profesor suplente doctor Ricardo S. Gómez para que constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4º de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON.

R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires, Julio 20 de 1909.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en en el acta N.º 2048 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN

R. S Gómez.
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Indicaciones de la gastro enterostomia en la úlcera del estómago.

L. Güemes.

Diagnóstico diferencial entre las hemorragias de orígen bronco pulmonar y las de esófago gástricas.

J. B. Señorans.

Etiología y patogenia de la úlcera redonda del estómago.

R. S. Gómez.