

# REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director: **DR. CARLOS M. GALYEZ**

Redactores:  
**DR. HÉCTOR VALENZITELA — DE. SALVADOR PAREDES —  
DR. MANUEL LABIOS C.**

Secretario de Redacción; **DK.  
MARCIAL CACERES VIJIL**

Administrador: **DR. MARTIN  
A. BULNES B.**

Año **XII** | Tegucigalpa, D. C, Honduras, O. A., **Mayo y Junio** do 1942 I N» 100

## NOTAS EDITORIALES

### IN PUERO HOMO

*Una de las cosas que más profunda impresión me causaron en mi primera visita al Hospital Policlínico de Roma, fue esa sencilla inscripción latina grabada sobre el frontispicio del Pabellón de Pediatría del mencionado Hospital: IN PUERO HOMO: En el niño está el hombre.*

*Ese lacónico postulado tiene un alcance tan vasto, que por sí sólo puede servir de programa a cualquier hombre de estado.*

*En todos los tiempos, los forjadores de naciones y los organizadores de pueblos han sentado como principio fundamental de sus instituciones, que el niño es el coeficiente determinados y valorizador de todas las sociedades.*

*Naciones como los Estados Unidos de América, El Japón, Italia, Alemania e Inglaterra, si han llegado a tal grado de pujanza ha sido, porque hicieron de sus niños una de las cosas más cuidadas y preciosas.*

*Dejando a un lado la educación intelectual de la infancia, cuyos resultados posteriores sen evidentes; baste con señalar aquí, por la índole de esta Revista, la influencia inmensa que la cultura física, y, sobre todo, el riguroso control de la salud de su niñez ha tenido en el desenvolvimiento y vigor de esas naciones.*

*Sirvan esas cortas consideraciones para explicar la profunda satisfacción que nos ha causado, la determinación gubernamental*

## METRO ANEXITIS SIFILÍTICA

En el número 97 —Año 11—■ correspondiente a Noviembre-Diciembre de 1941 aparece un pequeño comentario sobre Sífilis uterina sugerido a propósito de un caso típico de mi **servicio del Hospital General**.

Me refiero en esta ocasión a otro caso todavía más característico y de mayor interés clínico por los errores de diagnóstico a que dio lugar.

[La paciente T. H. ingresó a mi servicio del Hospital el 20 de Enero de este año por fiebre y dolor en el vientre. Refiere que sufre desde 2 años de dolores abdominales periódicos de hasta 4 días de duración, nunca de carácter agudo sino tolerables y compatibles coja, el trabajo, pero acentuados considerablemente desde hace una semana y acompañados de fiebre.

Esta enferma es una mujer bien constituida, alta, gorda, rosada, de 29 años, soltera, de oficios domésticos, natural de Cedros, vecina de esta ciudad.

Menciona como antecedentes personales enfermedades propias <3e la infancia, disentería, paludismo, cólicos hepáticos; fue colestectomizada en 1937 y reintervenida en 39 por adherencia post-operatoria.

Tuvo 3 hijos de término, ningún aborto; flujo amarillo en 41 a principios; en noviembre del mismo chancro duro; en enero de este año fue tratada por placas mucosas buco-faríngeas y vulvo-vaginales, trastornos digestivos, en el servicio de medicina del Dr. Cáceres Vigil.

---

*de crear un nuevo servicio de Pediatría que, en la medida de nuestras posibilidades, venga a llenar, con mayor eficiencia, un cometido que sólo en lo futuro la nación podrá apreciar. Porque, ese nuevo servicio de Pediatría, si prestará servicios más eficientes a los enfermitos, desde el 'punto de vista médico-higiénico; será, sobre todo, un campo de estudio más apropiado para la futura preparación profesional de los nuevos médicos.*

*Porque, y es aquí donde quiero hacer hincapié, si hay una cosa que Honduras necesita, es que, los médicos que vayan a servirla a sus ciudades y poblados, tengan la más extensa y práctica preparación en la rama de la medicina infantil. Ya que, lo que los niños de nuestras ciudades y poblados sufren, por diversas afecciones, o por (ignorancia) de los que los cuidan; y lo que su miseria fisiológica significa para el desenvolvimiento de nuestro país, son cosas que sólo una campaña enérgica, inteligente y tenaz puede remediar.*

Antecedentes hereditarios y colaterales sin importancia.

Al examen local se encuentra una gran tumoración hipogástrica que llega cerca del ombligo, a dos través es de dedo, ocupa parte de ambas fosas ilíacas y flancos, dolorosa, fija, del tamaño de una cabeza de adulto; al tacto vaginal: cuello libre, normal, sin flujo, fondos libres, indolores. Resto del abdomen normal; cicatrices operatorias subcostales.

Fiebre oscilante entre 38 y 40 por 22 días.

Otros órganos y aparatos normales.

*Examen de sangre:*

Glóbulos rojos, 3.800.00. Glóbulos blancos, 10.750. Hemoglobina, 80 %.

Tiempo de coagulación 13'.

Velocidad de sedimentación, 61.1'.

Heces: ascárides y uncinarias.

Orina: normal. Tensión arterial, 10-74. Reacción de Kahn, más 4.

*Diagnóstico:* Fibroma uterino.

*Tratamiento:* quirúrgico.

Nunca pude hacer el diagnóstico del origen de su fiebre. Ningún examen fue suficientemente claro para inclinar el criterio sobre la probable causa. No salpingitis, no paludismo, no tifoidea, no otra infección constátale. Se trató primero con quinina, después con Sulfanilamida y nada, con urotropina, hasta que un buen día la fiebre cedió sin saber por qué. Entonces indicamos un tratamiento específico por mercurio hasta diez inyecciones endovenosas.

Operada a mediados de Febrero encontramos una tumoración enorme, dura, de tal manera adherente al intestino delgado, grueso, epiplón, mesenterio y vejiga que no intenté siquiera separarlas para explorar, tan íntimas eran las adherencias.

[En la creencia que se tratara de sarcoma cerré la pared.

15 días después la paciente abandonaba el hospital con la recomendación de volver cada mes.

Volvió el 19 de Abril con un estado general tan bueno que asombraba; el examen abdominal y vaginal apenas mostró un ligero aumento de volumen del útero, indoloro. Reglas normales.

Vista de nuevo el 1º de Mayo y el 1º de Junio la señora H. está gozando de la mejor salud y trabajando.

Actualmente se le hace nueva serie mercurial y bismútica.

¡Me parece difícil encajar este caso en otro diagnóstico que no sea el de Metro-Anexitis sífilítica, ya que no se parece a ningún

## Fiebres menstruales en la Tuberculosis Pulmonar

*Por el Dr. MARTIN A. BULNES B.*

Observando las tuberculosas pulmonares en práctica de Sanatorio y casos particulares, he tenido ocasión de constatar exacerbaciones de síntomas en relación con la menstruación de dichas enfermas. Observando cuidadosamente las curvas térmicas de dichas enfermas en pleno período menstrual se aprecia que dichas elevaciones se presentan frecuentemente antes o después del período catamenial. Por todo lo expuesto pensé que se trataba de trastornos endocrínicos tan frecuentes en nuestras mujeres, y determiné tratar dichos trastornos con opoterapia ovárica, vía oral en unos casos, vía hipodérmica en otros, sin poder conseguir ningún resultado. La observación de estas enfermas demostró la influencia nociva de la menstruación, febril en la evolución del proceso bacilar. La mayoría de veces que he tenido la oportunidad de constatar exacerbaciones febriles en pleno período menstrual en algunas tuberculosas he notado también exacerbaciones de síntomas funcionales y signos esteto-acústicos por apagados que éstos estuviesen.

Deseando encontrar la patogenia de dicho fenómeno he revisado la literatura médica en relación con el tema en referencia, el cual no tiene nada de nuevo; pero poco observado entre nosotros. Dicho fenómeno fue mencionado por Laennec en 1879 y mucho más antes por Rasivorsky en 1868. El primer trabajo relacionado con este tema fue descrito someramente por Darenberg en 1880.

"Neuman presentó un trabajo al Congreso de Tuberculosis, en Berlín, el año de 1899; en dicho trabajo hizo resaltar el hecho de que en los períodos menstruales las pacientes tuberculosas presentaban aumento en la temperatura y exacerbaciones de los síntomas pulmonares, además de manifestar que el diagnóstico de la tuberculosis latente se podría establecer. El mismo año se, di-

otro género de lesiones y por haber cedido rápidamente al tratamiento mercurial sin dejar ninguna traza.

La fiebre era indudablemente del mismo origen.

Debe incluirse esta inflamación entre las manifestaciones secundarias precoces.

No olvidar su posibilidad y abstenerse de intervenir en enfermas específicas cuyas lesiones genitales no indiquen una intervención urgente hasta no hacer un tratamiento específico adecuado.

Junio 15 de 1942.

*S. PAREDES P.*

vulgo el primer trabajo de Turban sobre el particular. El mismo autor, esquematizó los diferentes tipos de fiebre que pueden presentarse en las mujeres tuberculosas asociados a la menstruación en la forma siguiente: *FIEBRE PRE-MENSUAL*. De estas formas de fiebre la más frecuente es la premenstrual, 'la cual es encontrada en un 73 % de los casos, según Turban. KRAUS también encontró la elevación de la temperatura pre-menstrual en las dos terceras partes de sus casos de tuberculosis; afirmando que su duración varía de 10 días a 2 semanas. El significado de la fiebre premenstrual, cuando ésta es elevada indica pronóstico serio, mientras que una fiebre ligera en ese tiempo, generalmente indica proceso favorable de la tuberculosis. *FIEBRE POST-MENSTRUAL*. El tipo de fiebre post-menstrual, de acuerdo con Turban es a menudo la expresión de una exacerbación de los trastornos pulmonares y por lo tanto una señal de importancia. Los otros tipos de fiebre son mucho más raros y pueden presentarse en los periodos inter-menstruales." — (Dr. José García Alvarado. — Rev. de Tuberculosis. — Habana-Cuba). LAURET Y CAUSSIMON, manifiestan que la menstruación febril, es, para ciertas tuberculosas la ocasión de una agravación clara de la enfermedad y por consiguiente se reinfectan ellas mismas cada mes durante las reglas, y se matan así poco a poco."

La teoría de origen neuro-endocrínica hormonal "explicaría muchos otros fenómenos de la tuberculosis en la época menstrual, tales como la temperatura febril, reacciones focales que determinan una fluctuación periódica del estado pulmonar y su agravación." — (Menstruación y Tuberculosis, por el Dr. Eduardo Erbelli. — Archivos Argentinos de Tisiología). — A pesar de los múltiples estudios en relación con el tópico en referencia "continuaremos: cazando moscas en el aire sin poner el dedo en la llaga." Y en prueba de ello la mayoría de autores, consultados, discuten las diversas opiniones emitidas, en diferentes épocas, sobre la patogenia de este fenómeno; dichos autores recurren al papel de las enfermedades infecciosas y de las afecciones genitales; teoría tóxica; teorías vasomotoras y nerviosas; teoría endocrina tan de moda como las vitaminas.

Al resumir los diferentes criterios en relación con la patogenia, de las fiebres menstruales en la tuberculosis pulmonar, en el presente trabajo, sólo he querido contribuir a la divulgación científica de este fenómeno, además de despertar la curiosidad científica entre los Estudiantes de clínica médica para que observen con más cuidado las curvas térmicas de estas pobres pacientes; dichas curvas resumen por sí solas un arsenal precioso de conocimientos desde el punto de vista diagnóstico y pronóstico de la tuberculosis pulmonar.

Junio de 1942.

## COMENTARIOS

Sulfanilamida en infecciones abdominales de origen apendicular.

En la sesión celebrada por la Asociación Médica Hondureña el sábado 6 de junio, presentó el Dr. Roberto Gómez Rovelo el resumen de sus trabajos sobre intervenciones abdominales a causa del apéndice.

Se refiere a 12 casos tratados en medio poco dotado de elementos quirúrgicos y desde que entró en uso la Sulfanilamida en estos accidentes. En el primero que describe encontró una peritonitis general supurada, perforación al pie del apéndice por donde se escapaban materias fecales y una placa gangrenosa extendida hacia el ciego y apéndice. Después de extirpado este e infundibilizado el muñón vertió una ampolla de Prontosil en la cavidad, y cerró por planos sin drenar, inyectando en los días subsiguientes varias ampollas de Prontosil, con tan buen resultado que 10 días después daba de alta a su paciente.

El segundo caso es también de una peritonitis purulenta apendicular: extirpa, drena y pone Prontosil en la cavidad y cierra. Igual buen resultado.

El cuarto es una intervención por apéndice con un accidente desgraciado que provocó felizmente sólo una gran infección de la pared y que curó en tiempo prolongado por el Prontosil. Los otros 9 casos fueron de evolución normal.

Terminado de leer su trabajo el Dr. Gómez Rovelo y puesto a discusión, el Dr. Gómez Márquez hizo ciertas consideraciones referentes al diagnóstico, tratamiento y urgencia de la intervención manifestando su desacuerdo con la práctica seguida en el primer caso por haber retrasado la intervención 12 horas.

El Dr. Díaz censura la conclusión de dar manu larga la sulfanilamida sin el control directo del facultativo.

Los Drs. Vidal y Paredes aconsejan de acuerdo con las autoridades en la materia dar dosis mayores por todas las vías posibles: oral, intramuscular, endovenosa y directamente en la cavidad abdominal en los casos de supuración de la gran cavidad.

### COMENTARIO

Es un conocimiento adquirido desde hace más de 3 años que la Sulfanilamida tiene un poder antiséptico enorme usado en cualquiera o en todas las formas mencionadas a la vez en los casos de infecciones de la cavidad abdominal no sólo de origen apendicular sino de cualquier naturaleza. Vesicular, gástrico, intestinal, aneural, etc., pero no tanto como para confiar sólo a ella la curación del paciente. El antiguo método de abrir, extirpar la causa si es

## Tratamiento Quirúrgico de las Úlceras Gastro Duodenales

*Por el Dr. CARLOS FLORES*

El tratamiento quirúrgico de las úlceras gastro-duodenales forma parte del vasto capítulo de la cirugía del aparato digestivo, al que se le ha consagrado siempre un estudio muy profundizado y detallado, dado el interés que han despertado en todo tiempo las diversas concepciones de etiología, patogenia, evolución clínica y los diferentes métodos de tratamiento médico-quirúrgico que **se** han implantado, cada uno de los cuales tiene su parte activa *en* su suceso; y su parte pasiva en sus fracasos.

La frecuencia abundante de esta enfermedad, como también la deficiencia de métodos para curarla, ha motivado una renovación constante de sus innumerables métodos y forma para tratarla; lo que hizo pensar que la terapéutica de lucha contra esta enfermedad, no fuera exclusivamente médica ni mucho menos ampliamente quirúrgica: sino que se llegara a una conclusión arbitraria, considerando a la enfermedad ulcerosa como a una **enfermedad!** general, en la que dados sus diferentes aspectos clínicos y anatómo patológicos no cabría una simple terapéutica médica; desdeñando el interés quirúrgico de su acción, sino que su tratamiento dependería de una estrecha colaboración médico-quirúrgica como lo veremos más adelante, y es verdad tan cierta esta íntima armonía, que Dieulafoy, Cruveilhier y otros la habían comprendido, así expresando con nitidez las normas de conducta para su tratamiento.

Pero si nos preguntamos ¿por qué existió o existe aun esa diferencia cuando se trata de abordar este problema tan interesante?, la respuesta es muy simple: ella es debida a la ignorancia que reina todavía sobre la causa de esta enfermedad. Así, para muchos, las úlceras gastro-duodenales representan una entidad de causa local; para otros, ellas forman parte de una enfermedad general: enfermedad ulcerosa; para los primeros, tratarla como enfermedad lo-

---

posible y drenar no ha perdido su prestigio, si antes dio el solo tan brillantes éxitos ahora los da **mayores** asociado a este bendito medicamento.

Aconsejan los cirujanos de mayor experiencia no atenerse exclusivamente a la solución dejada en la cavidad y a las Inyecciones sino además colocar otro tubo en la extremidad superior de la **incisión** para a través de él inyectar solución de sulfanilamida tantas veces cuantas se crea conveniente. Después de haber ensayado\* diversos títulos de solución se ha llegado a la conclusión que la mejor es la del 8 %.

localizada en esta parte del tractus digestivo; nada más simple que un tratamiento quirúrgico amplio. Y para los otros la enfermedad ulcerosa no se localiza en el tractus digestivo, dicha localización sería una complicación e indicaba un tratamiento general, médico bien entendido, y reservaban la cirugía para dichas complicaciones. La evolución de la clínica en lo que se relaciona al concepto cada día más elevado sobre las úlceras gastro-duodenales, de una parte; la introducción de nuevos métodos de investigación científica, puestos a la orden del día actualmente; han hecho variar ampliamente la orientación que se le debe dar al tratamiento quirúrgico de esta enfermedad.\*

Dejando al margen la cuestión del tratamiento médico, de él sólo diremos, como refería uno de mis maestros cuando se hablaba de este problema: "se ha hecho mucho y se ha avanzado poco," y con un espíritu profundamente convencido, afirmaba que era la cirugía la que pagaba mejor tributo cuando se discuten aisladamente la terapéutica de ellas.

Refiriéndose al tratamiento quirúrgico y siguiendo los principios sentados por la escuela francesa, que ha estudiado muy profundamente los diferentes métodos de técnicas quirúrgicas, que al lado de la clínica han creado una orientación nueva en el dominio de la terapéutica quirúrgica de las úlceras gastro-duodenales, yo quiero, en esta exposición de ideas sobre los métodos imaginados y basados todos en las estadísticas que cada uno de los cirujanos han presentado en los congresos y en las reuniones científicas de gastro-enterología; presentarles, no mi opinión personal puesto que ella carece de larga experiencia, sino mostrarles los trabajos realizados durante estos últimos años y cuáles son las conclusiones que de ellos se han obtenido y ante todo decirles que nada nuevo se ha creado; si bien los cirujanos experimentando los métodos clásicos como un medio, los concilian para llegar a una finalidad más franca, categórica y sistematizada; por si muchos hacen pensar que la gastro-enterostomía simple sería un método que se adapta mejor como medio terapéutico de curación de las úlceras gastro-duodenales; otros la toman como tratamiento paliativo, que no satisface en nada las nuevas orientaciones de la cirugía gástrica y que expone a graves complicaciones; reemplazándolo por la gastrectomía —método seguro radical en mano de cirujanos experimentados da una mínima mortalidad y que expone muy raras veces a complicaciones post-operatorias.

*Método quirúrgico en el tratamiento de las úlceras gastro-duodenales.*—Yo no quiero extenderme en esta exposición para describir con amplitud de detalles las indicaciones de esta clase de cirugía; sólo diremos que ellos derivan del sitio de la úlcera, de su evolución y de la evolución del tratamiento médico.

¿Cuáles, son los métodos adaptados para luchar contra esta enfermedad ulcerosa? La respuesta es muy simple; ella deriva de



los resultados obtenidos por los diferentes cirujanos. Mientras los unos, netamente conservadores, contemporizan con los más económicos métodos de derivación o de exclusión, que para ellos presenta una baja mortalidad post-operatoria, al contrario, para los otros, sería considerado el problema en otros sentido, no el tratamiento paliativo, sino un tratamiento radical; las resecciones amplias y las gastrectomías.

Cada uno expone sus razones basándose en los caracteres físicos, patológicos y anátomo-clínicos de las úlceras gastro-duodenales.

Para nosotros sería muy largo exponerlos todos, y sólo me li mito a citar algunos de ellos, insistiendo sobre los, dos métodos que rigen actualmente la cirugía gastro-intestinal: la gastro-enteroanastomosis y la gastrectomía.

Los muchos métodos quirúrgicos de la cirugía gástrica, los dividiremos en dos grupos:

Los unos, que se pueden llamar métodos indirectos, y son los métodos de derivación y de exclusión. Los otrosí, que podemos llamarlos directos, y son los métodos de resección.

*Entre los métodos indirectos*, tenemos los métodos de derivación.

Los métodos de derivación tienen por único objeto, como su nombre lo indica, derivar el curso del jugo gástrico hiperácido, de manera que ponga la úlcera en reposo. *La yeyunostomía*, método aplicado sobre todo en las úlceras del duodeno y la gastroenteroanastomía.

La gastroenteroanastomosis aparece como un método ideal de derivación, al que le consagran su fidelidad muchos cirujanos, que la consideran como una operación benigna que lo más a menudo, da muy buenos resultados. Si ella no trae la curación de la úlcera, permite, dentro de ciertas condiciones, un tiempo preparatorio para una gastrectomía.

Además, presenta *sus* indicaciones. Si para unos es el tratamiento ideal de la cirugía gastro-duodenal, para otros es un simple tratamiento paliativo. Pero esita cirugía especializada tiene sus indicaciones imperdonables; úlceras cicatriza dais estrechando el piloro —en la úlcera duodenal, cuando ella está en estado de actividad y sobre todo en los casos de úlceras callosas, extremadamente adherentes, y en fin cuando el estado general del sujeto no permite hacer una gastrectomía (fu-era de los casos de urgencia: perforación o hemorragia).

*Métodos de exclusión.*—*la*, exclusión tiene una pretensión bastante teórica; además de la simple derivación, actúa poniendo la úlcera perfectamente al abrigo del quimo hiperácido. Pero, como la procedente, expone a las complicaciones postoperatorias, úlcera péptica.

Esta exclusión se puede realizar de varias maneras; enfundamiento de la úlcera; bloqueo del piloro -y sección del piloro. Todavía

ella puede ser más amplia, no como sección, sino como asociada a una resección, *la gastrectomia*. Este último método es eminentemente superior a la exclusión simple y encuentra su indicación muy justificada en el caso de úlceras inextirpables por sus adherencias; en las úlceras terebrantes es más fácil y menos grave que la resección amplia.

*Método de resección.*—En Este grupo entran todos los métodos de ataque directo de la úlcera contribuyendo a su exéresis, sea por excisión local, sea por destrucción in situ, sea por ablación segmentaria del tractus dañado.

*La simple excisión.*—Operación, fácil, que es reservada a úlceras especiales por su sitio y movilidad. La cauterización, operación de Balfour, en boga durante muchos años, ha caído en desuso.

Las excisiones segmentarias ellas comprenden las duodenectomías y las gastro-duodenectomías.

Las duodenectomías son operaciones difíciles y graves; muchos cirujanos americanos han obtenido un gran suceso, sobre todo Judd. Las gastroduodenectomías, son. resecciones más extendidas, del lado del estómago y limitadas del lado del duodeno según el territorio de la úlcera. Según su colocación, la técnica de la gastroduodenectomía es bien reglada y da una débil mortalidad.

Las resecciones amplias, las gastrectomías; sin ocuparnos de las pilorotomías y pilorogastrectomías que forman parte de las, gastrectomías parciales que son métodos de indicación bien relativa y que forma parte del cuadro de las gastrectomías. La gastrectomia amplia parece una operación ideal, pues ella se adapta mejor a la concepción moderna de las úlceras gastroduodenales, si no cura casi siempre, ella da menor porcentaje de mortalidad, y expone a lo menos la úlcera péptica; precisar sus indicaciones, sería, superfluo. Representa para muchos cirujanos el tratamiento ideal,, al cual se le añade muchas veces la gastro-enterostomía.

Resecar un estómago no es cosa difícil, refería un cirujano eminente; lo más difícil es aplicar esta resección en los casos que convenga, para obtener un mínimo de mortalidad y mayor seguridad de éxito. Luego para aplicarla en los casos que son justificables de este tratamiento, está el criterio del cirujano y a su habilidad manual, no se puede imponer tal o cual método; cada cirujano debe emplear la técnica que le parezca más apropiada a cada caso.

Después de haber analizado rápidamente todos los métodos que existen como medio de tratamiento quirúrgico de las úlceras gastro-duodenales, la experiencia ha demostrado que sólo dos merecen tomarse en cuenta y es de ellos de los que me ocuparé ampliamente:

La gastro-entero-anastomía y la gastrectomia.

Voy a exponer claramente la situación tal como se ha presentado en las reuniones anuales o mensuales de la Academia de Ci-

rugía o de la Sociedad de Gastro-enterología de París; en el Congreso de Cirugía en lengua francesa, reunido en París en 1928, se discutió sobre los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico de las úlceras duodenales.

El profesor O'Kinczic, planteó su punto de vista sobre el tratamiento quirúrgico de las úlceras duodenales y expresó que en el estado actual de circunstancias, por el hecho de no tenerse una noción neta de la causa de las úlceras, su tratamiento quirúrgico quedaba limitado a un simple tratamiento paliativo y aún más, dice el expositor, que si consideramos a las úlceras digestivas como formando parte de un todo, que es la enfermedad ulcerosa, más podríamos aplicar una terapéutica local a una enfermedad general, que tiene como punto de partida probablemente el estómago y en el que las localizaciones duodenales o yeyunales no serían sino complicaciones. En tal circunstancia, dice el autor, en los casos de úlcera duodenal el tratamiento lógico y racional es atacar el estómago; y, de otra parte, todos los métodos ideados no pueden hacer otra cosa que modificar las condiciones locales de una enfermedad probablemente general (es decir, la autodigestión). En fin, el autor presenta una estadística de sus largos años de experiencia, con un porcentaje de mortalidad de 7.67 % de enfermos operados.

Desde el año 1907 a 1927.

Divididos así:

Sobre 147 resecciones, 78.56 de buenos resultados; y para, gastro-yeyunostomías, 65 % de buenos resultados.

Su conclusión era la siguiente: si se desconoce la causa de la enfermedad ulcerosa, el tratamiento quirúrgico será únicamente paliativo. Tratándose de una úlcera duodenal, no debemos contentarnos con una simple gastro-yeyunostomía; sería cuestión de ensayar métodos más amplios, siendo la antrectomía, la resección amplia, el tratamiento más eficaz de la úlcera del duodeno.

Delore, de Lyon, discute la opinión del profesor O'Kinczic y encuentra en la gastro-duodenectomía la operación a escoger, porque da al mayor porcentaje de resultados lejanos dejando la gastro-enterectomía en segundo plano. En fin, Pauchet concluye como los dos precedentes; y dice: la gastro-enterectomía cura dos tercios de enfermos; la gastrectomía cura 75 %, y agrega: el único defecto de la gastrectomía es de necesitar una técnica correcta, que se obtiene por medio de la experiencia. Leriche sostiene que las úlceras todas tienen una tendencia a la cicatrización natural, salvo las úlceras perforadas que serían justificables de la resección; luego, él es partidario de la gastro-enterostomía en todos los casos de úlceras del duodeno.

Como vemos, en esta cuestión el debate es interminable, sin poder obtener conclusiones definidas, pues si los unos preconizan las intervenciones indirectas gastro-entero-anastómicas; para otros la gastrectomía sería el procedimiento a escoger en caso de las úl-

ceras gastr-duodenales. Para ilustraros más sobre la orientación del tratamiento quirúrgico de las úlceras gastro-duodenales, voy a recorrer, brevemente, la exposición estadística de los **cirujanos** y de los médicos franceses en las reuniones de la sociedad de Gastroenterología de París, de 1932, en las que los expositores demuestran cada uno con sus estadísticas y sus métodos operatorios diferentes, sus resultados obtenidos; **que** se inclinan los unos a la gastro-enterostomía y los otros hacia la gastrectomía si cada vez. que encuentren una úlcera gastro-duodenal.

Luego agregaré el debate de los médicos, que igualmente señalan sus estadísticas y los resultados obtenidos con **el** tratamiento médico, e inclinándose muchos de ellos por el tratamiento quirúrgico, sin discusión. Muchos de los cirujanos **franceses** y los más eminentes han presentado sus estadísticas a las reuniones quincenales de la Sociedad, de G-gastro-enterología de París, en sus sesiones *del* año **1932**.

Citemos entre ellos a Charrier Desmaret, Robineau Bergeret, Gosset **Deplats**, Puig Gureda, Baumgartner, Gatellier, O'Kinczic y Lambret.

Los unos, como Gosset Deplats, Robineau **Bergeret**, **Charrier** y Baumgartner son más rígidos en sus conclusiones, declarándose partidarios fieles; unos de la gastro-enterostomía y otros de la gastrectomía.

Los otros, como Desmaret, **Gatellier**, Puig Gureda y O'Kinczic son más eclécticos y juzgan sus métodos con **más** sutileza, dando las indicaciones de la gastro-enterostomía a un determinado grupo de formas de úlceras gastro-duodenales, reservando la gastrectomía para otros.

En el primer grupo tenemos a Gosset, partidario fiel y profundo de la gastro-enterostomía. Verdad es que en su estadística él ha expuesto una estadística de las úlceras duodenales, **considerando** que el tratamiento quirúrgico de estas úlceras, es la gastro-enterostomía.

El profesor Gosset reúne en su estadística los casos de úlceras duodenales operados desde 1919 a 1931. 615 casos de úlceras duodenales operados en su servicio, la mayor parte por él y un mínimo por sus asistentes; él **concluye** que los resultados fueron los siguientes: 74 % de curación; 10 % mejoraron y 16 no mejoraron.

Casi todos fueron tratados por gastro-enterostomía simple, salvo un caso de excisión de la úlcera; 3 de duode-endotomía; **12** pilorotomías; 2 esfinterectomías y una vez exclusión *del* píloro. En total una mortalidad de 2.27 por ciento.

**Desplate** da igualmente preferencia a la gastro-enterostomía, que considera como una operación benigna, que da buenos resultados en los casos de úlceras duodenales pilóricas o gástricas. Presenta sus estadísticas, **que** se descomponen como sigue:

158 operados de gastro-enterostomía; 90 seguidos después de la operación, es decir que quedaron perfectamente bien; o sea en total: 90 % de curados y 3 % de resultados insuficientes.

Robineau, aconseja siempre la gastro-enterostomía. El dice: bien hecha esta operación conduce a un funcionamiento casi siempre normal del estómago, y ella es sensiblemente' menos grave que la gastrectomía. En su estadística, Robineau tiene, sobre 60 operados de gastro-enterostomía por úlceras gastro-duodenales, 44 curados y sólo dos de ellos fueron reoperados; luego un 95 % de curados.

En seguida viene **Charrier** que ha practicado un número considerable de gastro-enterostomías. Se inclina por la gastrectomía, considerándola indispensable en los casos de úlceras pilóricas y de la curvatura menor. En su estadística de intervenciones, él da un porcentaje de 87 curaciones, sobre 100 enfermos.

Bergeret, representa uno de los defensores de la gastrectomía y reserva la gastro-enterostomía para los casos de úlceras estenosantes del píloro y la úlcera duodenal aunque ella esté en actividad. Todos los otros casos, así sean de úlceras de curvatura, úlceras inveteradas, deben ser operados por gastrectomía amplia.

Su estadística es la siguiente:

Sobre 610 operados, 317 por úlceras, se hicieron 185 gastrectomías y 129 gastro-enterostomías. De ellas, el porcentaje de mortalidad fue: de 25 % para las gastro-enterostomías y de 36 % para las gastrectomías.

En fin, Baumgartner se coloca en el mismo grupo de Bergeret y proclama la gastrectomía. En su estadística él señala que sobre 34 operados de gastrectomías, 25 siguieron perfectamente.

En el segundo grupo tenemos a Desmarets, quien escoge el tratamiento para cada caso. Cuando hay hipersecreción o hiperelordhidria, hay que preferir la gastro-pilorectomía, en el caso contrario una simple gastro-enterostomía. En los casos de úlceras del duodeno, él es partidario de la gastro-enterostomía. No presenta ninguna estadística.

Gatellier ha sido conducido a dar preferencia a la gastro-ente-

rostomía, pero él cree que todos los casos no son justificables de un mismo tratamiento, puesto que todas las úlceras no son semejantes; y según la variedad de la úlcera se puede aconsejar un tratamiento adecuado, teniendo en cuenta el estado general del sujeto y sólo en un individuo sólido de contextura, con estado general perfecto, puede preferirse la gastrectomía -a la gastro-enterostomía.. En los casos de estado general defectuoso, la gastro-enterostomía es el tratamiento a aconsejar.

Su estadística es la siguiente: sobre 143 úlceras operadas, en 1920: 76 % de excelentes resultados, 13 % resultados mediocres, y 10 % de resultados pésimos.

Lambret, que tiene mucha experiencia sobre los métodos ya citados, da preferencia a la excisión de la úlcera seguida de gastro-enterostomía. Su estadística es como sigue: sobre 537 úlceras operadas: sólo 154 necesitan una nueva intervención; luego un porcentaje de 89 % de curación; 11 % de mejoría después de la operación, y 2 % de úlceras pépticas.

En fin, Piug Gureda, distingue dos clases de úlceras: las úlceras relicario de una enfermedad actualmente apagada. Una gastro-enterostomía o una resección sería suficiente para curarla. La enfermedad ulcerosa activa, acompañada de la gastro-duodenitis o gastritis extendida, es del resorte de un tratamiento médico prolongado y sólo en caso de fracasar éste, se aplicaría el tratamiento quirúrgico, que será una resección amplia.

O'Kinczic dice que todas las úlceras no revelan de un tratamiento quirúrgico de hecho; a menudo la cirugía ejerce un gran, efecto sobre la enfermedad ulcerosa en evolución y hay que intervenir en el momento, de declinamiento del estado evolutivo y sólo, ■ en los casos de úlceras con estenosis del píloro, el espasmo pilórico; irreductible, las úlceras callosas y las úlceras terebrantes. El autor irreductible, las úlceras callosas y las úlceras tenebrantes. El autor dice: es muy vano oponer la mortalidad de la gastroenterostomía, a la de la gastrectomía, no hay en ellos una fórmula matemática; hay que hacer la operación que cure y el tratamiento corresponderá a una indicación precisa que dé los resultados perfectos.

En resumen diremos, según esta larga exposición de métodos y estadísticas, que para el cirujano la úlcera gastro-duodenal es una afección grave, pero que se cura en la gran mayoría de casos por una operación quirúrgica conveniente.

Vengo a la segunda parte de esta exposición, que se relaciona, con la orientación dada por los médicos sobre el tratamiento de; las úlceras gastro-dúodenales

En la misma sesión de la sociedad de gastr-enterología en 1932, los médicos tomaron también parte en el debate y presentaron sus estadísticas del tratamiento médico y con resultados inferiores a los obtenidos por los cirujanos.

Entre los médicos hubo unos más pesimistas que los cirujanos-

y solamente Durand fue el más escéptico en el tratamiento médico-quirúrgico. Así, **Sabignac**, sobre 85 enfermos, tratados por tratamiento médico, cuenta dos curaciones completas, 16 mejorías o sea 20 % de buenos resultados.

**Gutmann**, sostiene que la úlcera evoluciona por crisis más o menos espaciadas y cada una cura espontáneamente y luego toda medicación instituida al fin de la crisis tendría un poder milagroso, pues la crisis habría podido curarse espontáneamente.

**Moutier**, sobre 628 úlceras se curaron 177, o sea 28 % de individuos curados por el tratamiento médico. En fin, Durand establece una comparación entre el tratamiento médico y el tratamiento quirúrgico, y dice:

Tratamiento médico 20 % da resultados satisfactorios; 80 % de recidivas.

Tratamiento quirúrgico; 70 % de resultados satisfactorios y 30 % de recidivas.

En conclusión, Durand dice: cada úlcera tiene su ritmo evolutivo, que se puede medir por el suceso, de un tratamiento médico prolongando los **períodos** de calma. Postula, luego, que después de un tratamiento médico de un año de duración, que exige Durand, la recidiva de accidentes dolorosos y otros, es indicación de un tratamiento quirúrgico, sin espera. La conclusión general de estas diversas **comunicaciones médicas** parece ser la siguiente:

La úlcera es una enfermedad grave, el tratamiento médico da raramente una curación completa. El tratamiento quirúrgico tiene más **suceso**, pero al pago de una mortalidad inmediata bastante elevada y con recidivas frecuentes.

**Conclusión.**—**Para** el cirujano las úlceras gastro-duodenales son una afección grave; pero ella **se** cura en la gran mayoría de los casos, con un tratamiento quirúrgico, juiciosamente escogido. {De "Gaceta Peruana de Cirugía y Medicina.— Lima, Diciembre de 1941).

## Tratamiento de las Úlceras Gástricas y Duodenales

*Por el Dr. MAX ARIAS SCHREIBER*

Uno de los puntos más difíciles de resolver en Patología Digestiva, es el referente al tratamiento de las úlceras. Según la definición de Cruveilhier, la úlcera es una pérdida de sustancia, sin tendencia espontánea a la curación. Según la concepción moderna, la úlcera es una enfermedad que evoluciona por brotes, y cada brote, de duración limitada, cura espontáneamente. La curación del brote se caracteriza por la desaparición de los dolores y puede acompañarse de la desaparición espontánea de los signos radiológicos.

Si añadimos a estas concepciones que la curación espontánea clínico-radiológica puede durar meses y aún años, se comprende fácilmente que en esta enfermedad todos los métodos terapéuticos, hasta los más extravagantes, den siempre a los autores que los preconizan, un elevado tanto por ciento de resultados favorables.

Sin embargo, cuando se trata de úlceras durante algunos años, se da uno cuenta de la facilidad de las recidivas y se ve, como lo ha demostrado Callart y Mones, que el porcentaje de curaciones va disminuyendo a medida que pasan los años, a tal punto que pasados tres, baja a la mitad y al cabo de cinco, sólo hay un 16 por ciento de resultados favorables.

A pesar de todo, hay que reconocer que existen medicamentos y regímenes que disminuyen la intensidad de los dolores, y a veces la duración de los brotes, y que también en el intervalo de ellos es lógico evitar las irritaciones de la mucosa, ya que éstas favorecen la reactivación de la úlcera. El interés de tratar activamente a los enfermos, es, desde luego, mayor en las formas hemorrágicas, dolorosas o infectantes.

La úlcera duodenal casi nunca sufre la transformación cancerosa y por esto puede ser tratada médicamente. Sólo las úlceras duodenales estenosantes y las hemorrágicas son tributarias de los tratamientos quirúrgicos. En las úlceras gástricas la cuestión es diferente; las úlceras de la porción vertical de la pequeña curvatura son benignas y pueden ser tratadas médicamente; en cambio las de la porción horizontal casi siempre degeneran y en estos casos es necesario un **tratamiento** quirúrgico, después de un test terapéutico por la Soluprotina o el Aolán. El tratamiento quirúrgico debe ser no una gastroenteroanastomosis sino una amplia gastrectomía.

Vamos a pasar revista a los diferentes tratamientos, preconizados en la úlcera, tanto médicos como quirúrgicos.



*ALCALINOS*

La idea de saturar por los alcalinos el HCl en exceso es muy antigua. Klafurt, en 1802, ya la preconizaba. El gas carbónico que se forma actúa como anestésico de la mucosa, atenúa las reacciones dolorosas y facilita la evacuación del estómago.

Arcet asoció el bicarbonato con el azúcar, en una excelente fórmula, muy semejante a las de las pastillas de Vichy. En Inglaterra se usa el bicarbonato de potasa, que tiene la ventaja de no aportar a las glándulas gástricas nuevos materiales para la fabricación de HCl, pues en la descomposición del bicarbonato por el HCl, se forma cloruro de sodio.

No es cierto que el bicarbonato de soda tenga exactamente las mismas propiedades in vitro que in vivo y que introducido en el estómago haga descender la clorhidria. Si Richet haciendo ingerir bicarbonato de soda a un sujeto portador de una fístula gástrica, consiguió bajar la clorhidria a 0, otros autores, como Kaworsky y Dumesnil, obtuvieron resultados inversos. Dos factores explican esta divergencia: el momento del examen y la cantidad de sal empleada. Cuando se suministra el bicarbonato antes de las comidas, hay fenómenos éxito-secretorios. No hay sino un descenso temporal de la cantidad de HCl, seguido de una fase de hipersекреción. Cuando se le suministra durante las comidas y sobre todo a fuertes dosis, no solamente neutraliza el HCl, sino que inhibe su secreción.

El bicarbonato de soda no limita su acción al estómago: tiene influencia sobre el hígado y el páncreas; es un colagogo y fluidificante biliar; es un excitante de la célula hepática y de la secreción pancreática.

Hemos necesitado muchos años para darnos cuenta que la alcalinización no constituye sino un tratamiento sintomático. Pero, a pesar de todas las objeciones que se puedan hacer al empleo de los alcalinos, sus efectos calmantes sobre el dolor son tan rápidos y satisfactorios, que continúan siendo la medicación de base para muchos médicos.

Algunos autores han descrito un síndrome de alcalosis tóxica, que puede aparecer en el curso del tratamiento de la úlcera por el bicarbonato de soda. Los síntomas de esta alcalosis tóxica serían: sequedad de la garganta, náuseas, vómitos, cefaleas, pruritos, depresión física y mental y pérdida de la memoria. Suprimiendo la medicación alcalina, los síntomas desaparecerían, en veinticuatro a cuarenta y ocho horas. La existencia de una lesión hepato-renal, sin ser condición indispensable, favorecerla la aparición de estos síntomas.

La magnesia es utilizada bajo diferentes formas: la magnesia calcinada u óxido de magnesia, el hidrato de magnesia y el carbonato de magnesia, son las sales más empleadas. A dosis débiles, todas estas sales son antiácidas y ligeramente laxativas.

La creta, o. carbonato de calcio, es un polvo blanco, insoluble en. el; agua; se le administra en obleas y determina una buena neutralización del jugo gástrico.

Veamos algunas fórmulas:

|                              |          |
|------------------------------|----------|
| Bicarbonato de soda          | 0.75 gr. |
| Creta                        |          |
| Magnesia calcinada aa/       | 0.25 gr. |
| Polvos de hoja de belladona  | 0.01 gr. |
| para 1 oblea, 3 o 4 diarias. |          |

•Otra fórmula:

|                                         |          |
|-----------------------------------------|----------|
| Bicarbonato de soda                     | 20 gr.   |
| Hidrato de magnesia                     |          |
| Creta preparada aa/                     | 10 gr.   |
| Fosfato de cal                          |          |
| 1 cucharadita de café, diluida en agua, |          |
| después de cada comida                  |          |
| Comprimidos de:                         |          |
| Creta                                   | 0.20 gr. |
| Magnesia hidratada                      |          |
| Carbonato de magnesia aa/               | 0.20 gr. |
| 2 o 3 comprimidos por día               |          |

"La idea de emplear los tópicos gástricos en el tratamiento de la gastritis y de las úlceras, tiene su punto de partida en la necesidad de aislar la mucosa gástrica, de impedir su infección y de provocar su cicatrización cuando está inflamada o ulcerada. La acidez de la mucosa, constituye un grueso obstáculo a la cicatrización de las lesiones.

el bismuto representa el tópico por excelencia de las lesiones digestivas. Fue Boneta el primero que estudió las propiedades del subnitrito. Tousseau aconsejó el empleo del bismuto en las enfermedades del intestino, en las hemorragias intestinales, especialmente en la tifoidea, consagrándole en sus memorias clínicas numerosas páginas.

■Mormeret administró el bismuto a dosis fuertes, de 60 a 80 gramos por día. Feiner y Kussmaul, inyectaban el bismuto por medio de una sonda, para realizar un verdadero lavado bismutado. Hayem hizo del bismuto el tópico gástrico por excelencia, considerándolo, a la vez como sedativo de los espasmos, y de los dolores y como regulador de la secreción.

El bismuto es uno de los medicamentos más corrientes y más (empleados en la gastroenterología. Sin embargo, se han señalado algunos casos de intoxicación.

La estomatitis, la albuminuria, la enteritis disenteriforme, la cianosis, las convulsiones son los signos habituales de la intoxicación. Algunos autores creen que el bismuto -es tóxico, cuando encuentra en el estómago un medio ácido, que permite que cantidades más o menos grandes del medicamento sean solubilizadas y reabsorbidas.

Son los nitratos, que se forman por reducción del grupo NO<sub>3</sub> bajo la influencia de los microbios de la putrefacción, los responsables de estos accidentes tóxicos. Por eso, la mayor parte de los autores, no emplean el subnitrato sino el carbonato.

Se ha reprochado al bismuto provocar constipación. El reproche es justo, cuando se le administra a pequeñas dosis; pero cuando se da de 20 a 30 gramos de bismuto, el medicamento tiene más bien efectos laxantes.

El bismuto tiene una acción puramente local: excita la secreción del moco y forma con él una combinación orgánico-metálica, que asegura al producto una cierta estabilidad.

Es, además, un neutralizante químico, provocando una alcalinización sólida y estable.

En resumen, el uso del bismuto es eficaz en las gastropatías dolorosas, porque calma el dolor y facilita la cicatrización de la úlcera, preservándola del contacto con el jugo gástrico y los alimentos. Evita las reacciones inflamatorias de los nervios y atenúa el reflejo de la mucosa inflamada.

Entre los sucedáneos del bismuto, hay que señalar al kaolín y al talco. El kaolín ha sido empleado por Meunier, Mathie y Hayem. Para Meunier, el kaolín se adhiere más íntimamente que el bismuto a la mucosa gástrica y eleva la tasa de alcalinidad en proporciones más notables.

El kaolín es el medicamento de las dispepsias flatulentas, de origen fermentativo.

El talco, o silicato de magnesia, preconizado por Devobe en las diarreas, y particularmente en las diarreas de los tuberculosos, es igualmente recomendado como tópico gástrico. Veamos algunas fórmulas:

|                                                            |                 |
|------------------------------------------------------------|-----------------|
| Carbonato de bismuto                                       | 15 a 20 gr.     |
| o subnitrato de bismuto                                    | 15 a 20 gr.     |
| Polvos de talco, polvos de kaolín aa/                      | 15 gr.          |
| para 1 paquete.                                            |                 |
| Carbonato de bismuto, polvos de talco, kaolín aa/5 gramos, | para 1 paquete. |

Ramond recomienda la siguiente:

|                    |         |
|--------------------|---------|
| Gelatina           | 10 gr.  |
| Gelosa             | 2 gr.   |
| Glicerina          | 2 gr.   |
| Jarabe de grosella | 5 gr.   |
| Agua, c/s. para    | 250 gr. |

Entre nosotros se emplea mucho la Silnesia, que es un trisilicato de magnesia hidratada, preparada en forma de **tabletas**, agente absorbente de primer orden, utilizado en la hiperacidez gástrica, en las úlceras gástricas y duodenales y además en el tratamiento de la toxemia intestinal.

La silnesia es atóxica, no acumulativa y neutralizaría un gran volumen de HCl, sin el peligro de producir alcalosis. Además, la silnesia sobrepasaría, según experiencias realizadas mediante el azul de metileno, a las sales de **bismuto**, kaolín, magnesia, hidróxido de aluminio y carbonato de cal en sus propiedades absorbentes.

El borato de sodio, empleado por los urólogos como antiséptico de las vías -urinarias, tiene también propiedades sedativas, por lo cual Loepper lo ha empleado en las gastropatías nerviosas, en las gastritis y en las úlceras. Para aumentar su solubilidad, se le mezcla con glicerina, o mejor con citrato de sodio. La fórmula que<sup>1</sup> se emplea en Francia es la siguiente:

|                                                         |         |
|---------------------------------------------------------|---------|
| Citrato de sodio                                        |         |
| Borato de sodio aa/                                     | 10 gr.  |
| Agua                                                    | 200 gr. |
| de 1 a 3 cucharaditas de sopa, en medio de las comidas. |         |

Al comienzo de la administración del borato de sodio, se presentan náuseas, pero tan pronto como los enfermos se acostumbran al medicamento, el borato de sodio tiene una cuádruple acción: tópica, alcalinizante, antiséptica y sedativa.

Gutmann es partidario del uso del colargol, que protege y repara la mucosa. El maestro emplea una solución al 2 % y hace tomar al enfermo una cucharadita diluida en agua, antes de los alimentos.

A título de curiosidad histórica, señalaremos que Henning utilizaba el nitrato de plata, hace muchos años, bajo la forma de píldoras, de 0.02 gr. o en solución al 1 %, a la dosis de 1 a 2 cucharaditas, diluidas en agua.

El citrato de soda, es una medicación reciente, cuya vulgarización se debe a Hirtz y Barrito. Su empleo presenta menores inconvenientes que el del bicarbonato: la neutralización que provoca no es seguida de hipersecreción. Cuando se le asocia a los alimentos, tiene un efecto antiemético. Se le administra a la dosis de 1 a 10 gramos por día.

El uso de la belladona y de la atropina, se extiende cada día. más y más en el tratamiento de las úlceras. Se puede decir que estos medicamentos han reemplazado al opio y a la morfina. La acción de la belladona y de la atropina sobre el estómago es Mult.-

pie. Paralizan el parasimpático y de aquí su eficacia en los dolores gástricos e intestinales. Luchan contra el espasmo, reducen la secreción y la hiperactividad motriz.

Los opiáceos tienen, el inconveniente de que al calmar el dolor disminuyen la motilidad gástrica y hacen, por lo tanto, que la evacuación del órgano sea retardada. El obstáculo a esta evacuación provoca la hipersecreción. Los medicamentos de la serie atropínica, al contrario, calman el peristaltismo, disminuyendo la secreción.

La morfina, sin embargo, bajo la forma de clorhidrato, es uno de los más potentes analgésicos cerebrales, pues disminuye la percepción del dolor en las neuronas conscientes. Excita, más bien, los reflejos medulares y provoca miosis, a la inversa de la belladona. Reduce la frecuencia y amplitud respiratorias y provoca, además, hipotensión, por parálisis del simpático. En general, aumenta la secreción gástrica y facilita las contracciones pilóricas.

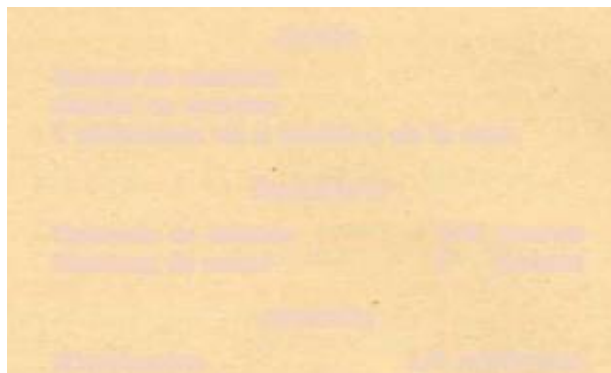
Es por eso que en terapéutica gástrica no se le recomienda sino para combatir las reacciones neurálgicas o neuritis, estando contraindicada en todos los estados de hiperclorhidria y espasmo. El clorhidrato de morfina se emplea por vía bucal o rectal, a la dosis de 1 o 2 cc o en inyección subcutánea.

El beleño es como la belladona una solanácea rica en atropina, en hiosciamina y hioscina, cuerpo vecino de la atropina, desde el punto de vista fármaco-dinámico.

El beleño es de acción un poco más sedativa que la atropina. la dosis a la cual se le administra es de 0.05 gr.; la de la hiosciamina o del sulfato de hiosciamina es de 1/4 a 1 miligramo.

El cuadro siguiente resume las dosis adecuadas de esos diferentes sedativos:

| <i>Pildoras</i>          |                 |
|--------------------------|-----------------|
| Extracto de tebaico      | 0.02 a 0.05 gr. |
| Papaverina               | 0.05 a 0.20 gr. |
| Codeína                  | 0.02            |
| Extracto de cáñamo indio | 0.02            |
| Polvos de beleño         | 0.03 a 0.10 gr. |
| <i>Tinturas</i>          |                 |
| Tintura de belladona     | X a XXX gotas   |
| Tintura de láudano       | X a XX gotas    |
| <i>Solución</i>          |                 |
| Dionina                  | 0.20 gramos     |
| Agua de laurel cereso    | 10 gramos       |
|                          | X a XX gotas    |

*Jarabe*

Jarabe de morfina Jarabe de codeína  
1 cucharada en el postre o en la sopa

*Supositorio*

|                     |             |
|---------------------|-------------|
| Extracto de tebaico | 0.03 gramos |
| Manteca de cacao    | 3 gramos    |

*Granulos*

|             |               |
|-------------|---------------|
| Hiosciamina | 1/4 miligramo |
|-------------|---------------|

Entre los alcaloides del opio, es necesario indicar que la codeína siempre sigue utilizándose en la terapéutica gastro-intestinal. Es un derivado metilmofínico, tiene una acción analgésica de primer orden y no determina estreñimiento. Parece, también, que no altera ni la inutilidad gástrica ni la secreción. La papaverina, a las dosis de 0.10 a 0.25 gramos, se utiliza, asimismo, en el tratamiento de las crisis dolorosas de los ulcerosos. Posee una acción analgésica evidente.

La importancia de la cura de reposo ha sido puesta de manifiesto, sobre todo por anglosajones, que desde hace mucho tiempo han insistido sobre la necesidad de poner al enfermo en cama, al comienzo del tratamiento, durante tres a seis semanas. A falta de estadísticas que demuestren la influencia de esta prescripción, es indiscutible que el clinostatismo debe ser recomendado, cada vez que sea posible.

Nosotros hemos escuchado muchas veces el elogio del clinostatismo, que él considera como la terapéutica mas activa de las úlceras. Caroli dice que gracias a esta práctica, y sin ningún otro tratamiento, los dolores desaparecen rápidamente y los signos radiológicos se barran en un lapso que varía entre una semana y diez días. La persistencia del dolor, la clinoresistencia, serviría para diferenciar las úlceras benignas de las neoplásicas. Los felices resultados del clinostatismo se explican porque la arteria coronaria estomáquica, en la estación de pie, irriga insuficientemente el órgano.

Rosenow ha sido el primero que ha pensado en el origen infeccioso de las úlceras gastro-duodenales. Según este autor, una embolia séptica, es la causa de las úlceras. Los estreptococos son los responsables. Esta opinión la comparten también Duralle, Roux, Motier, Ramond y Jacqueline. Los focos de infección dentaria y amigdalina serían los puntos de partida de la infección, y la "úlcer" es calificada como un forúnculo de la mucosa gástrica. Las crisis dolorosas no son sino la expresión de los brotes inflamatorios y de la linfangitis de la pared gástrica.

De acuerdo con esta concepción ha nacido el empleo de la vacunoterapia. Unos autores han utilizado el estreptococo hemolítico y algunos, en fin, la auto-vacunación. Delbet es partidario del propidón.

#### *LA ALIMENTACIÓN DUODENAL Y YEYUNAL*

Fue Einhorn quien la propuso, en 1911. Publicó en 1917, una relación de 400 casos, con 90 % de éxitos.

El método consiste en introducir la sonda de Einhorn hasta el duodeno, haciendo pasar por esta vía una alimentación líquida, administrada cada dos horas y compuesta de 200 a 300 gr. de leche, un huevo, 30 gramos de lactosa y eventualmente otros alimentos, que deben estar bien emulsionados.

El tratamiento dura catorce días. El método fue utilizado en Francia por Damade, en Alemania por Lazarus y otros, por Brown en Chicago. Su difusión no fue, sin embargo, muy grande. Diversas objeciones fueron formuladas. Eockus y Carswell demostraron el reflujo parcial de la papilla en el estómago; von Bergmann, Pavlow, Ivy, Henning, pusieron en evidencia la excitación refleja de la secreción gástrica por la introducción de los alimentos en el duodeno. En estas condiciones, el reposo es muy problemático. Por otra parte, von Noorden, Singer, Kalm, Konjetzny Zweig, temen la aparición de complicaciones hemorrágicas, provocadas por el contacto prolongado de la sonda, relativamente gruesa.

Bockus, en 1924, propuso utilizar sistemáticamente una técnica, que Einhorn había empleado en dos casos de perforación o fístula del duodeno, a saber: la introducción de una sonda de calibre más reducida (1 milímetro de diámetro), más blanda y suave, hasta el yeyuno, a 30 o 40 centímetros del bulbo. La alimentación así practicada mejora las condiciones de reposo del estómago; no se produce sino un reflujo de secreción del moco, que protege la mucosa (von Noorden).

Henning opina que la sonda fina, provista de una oliva, debe ser introducida por la nariz, muy lentamente, y que la posición de la oliva debe ser controlada por los rayos X. La papilla nutritiva se inyecta en seguida, por fracciones de 100 a 250 cc, cada hora o cada dos horas. Su composición varía según los autores (Morawz, Henning, Bockus, Rehder), conteniendo, esencialmente, leche, huevos y mantequilla.

La duración del tratamiento varía, también, según los autores.

15 días en cama, para Henning.

8 días en cama y 8 días en un sofá, para Bockus.

21 días en cama, para Rehder.

30 días en cama, para Dobri-Dimoff.

50 días en cama, para Jurgens y Hebhardt.

Después de quitarse la sonda, la alimentación por vía oral continúa en la misma proporción y calidad, durante tres o cuatro días; luego se vuelve, progresivamente, en 6 ó 10 días, a la alimentación normal.

El mayor inconveniente con que tropieza este método, reside en las crisis vágales; éstas se caracterizan por cólicos violentos (espasmo intestinal), náuseas, angustia precordial, palpitaciones, opresión, palidez con crisis sudorales, astenia profunda y súbita. Por lo demás, el método no ofrece otros inconvenientes; el enfermo no siente hambre y tampoco adelgaza, las crisis vágales pueden ser yuguladas por la atropina.

La alimentación duodenal está indicada, en las úlceras crónicas y rebeldes al tratamiento médico, en algunas perforaciones, en las úlceras duodenales, con gruesas deformaciones del bulbo y periduodenitis, -y en las úlceras pépticas,

Todos los autores señalan un alivio extremadamente rápido de los dolores, que se inicia algunas horas o dos o tres **días** después del comienzo del **tratamiento**. Durante o después de la cura, se ve desaparecer el dolor a la presión, las hemorragias **ocultas**, los signos radioscópicos o gastrosépicos. La **gastritis** concomitante se mejora.

Para Bockus, la secreción gástrica, no es modificada; para Rehder, hay desaparición de la acidez libre.

La estadística más importante, la de Brown, que abarca 1.324 ■casos, señala un 70 % de curaciones y un 20 % de fracasos.

Frente a estos resultados, la mayoría de los autores insisten sobre el hecho de que este es un tratamiento sintomático y paliativo, que no impide, en manera alguna, La presentación de recidivas.

#### *INSULINA, SECRECIONES INTERNAS, HISTWWA*

Feissley, de Lausane, preconiza la insulina en el tratamiento de la úlcera. La insulina, agente **alcalinizador**, debe modificar el terreno acidósico sobre el cual se desarrolla la úlcera. La acción eutrófica de esta secreción interna, parece muy interesante.

Goyena cree que en los ulcerosos hay una hipovitaminosis, que puede corregirse por la insulina.

Cade y Bañan ha visto desaparecer rápidamente los dolores, mediante dosis de 10 a 15 unidades de insulina por día. Estos autores dan media hora antes de la inyección, de 20 a 30 gramos de glucosa, y emplean el tratamiento por lo menos durante 15 días de cada mes,

Américo Valerio es partidario de dosis más fuertes; 50 unidades en ayunas. Juntamente con este tratamiento, pone al enfermo •en cama, le da como alimento dos litros de leche por día y cada cuatro horas le hace ingerir un polvo alcalino, a base de bicarbonato.



El extracto pancreático, privado de insulina, el angioxil, agente trófico y vasodilatador, que exalta la vitalidad de los tejidos, ha sido también empleado en el tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales. Algunos autores admiten la existencia de una lesión endoarterial en las úlceras y comparan esta enfermedad con el mal perforante. Era, pues, lógico, utilizar el angioxil en su terapéutica.

El tratamiento consiste en inyectar 2 ampollitas cada día, ~o, lo que es lo mismo, cuarenta unidades químicas durante 3 semanas. En seguida ocho días de reposo, en los cuales el enfermo toma 3 cucharadas por día de jarabe de angioxil. Segunda serie de inyecciones, como la primera, ocho días de reposo y tercera serie. Al cabo de dos o tres meses, se obtenían un resultado satisfactorio.

Otra secreción interna ha sido también empleada en el tratamiento de las úlceras; el extracto paratiroideo.

En EE. UU., Pallier, en 1926, administró el primer comprimido de paratiroides, obteniendo buenos resultados. Para él, la úlcera es debida a una litiasis de la mucosa gástrica, en relación con un metabolismo defectuoso de las sales de calcio. El trastorno del metabolismo dependería, a su vez, de una insuficiencia paratiroidea.

En Francia, Moutier y Camus fueron los primeros que emplearon la paratiroides. El efecto terapéutico fue sorprendente. Los dolores y los vómitos se atenuaron y desaparecieron. Hubo aumento de peso y los signos radiológicos se mejoraron notablemente.

El sistema endocrino por su correlación con el sistema neuro-vegetativo tiene una importancia determinante en las reacciones<sup>1</sup>, vasculares. Después de reconocerse por la experimentación biológica la inhibición de la gangrena exgotamínica por acción del estradiol y la testosterona, la mejor irrigación visceral y la excelente influencia de ambas hormonas sobre los trastornos circulatorios periféricos, era lógico intentar también con ellas la terapéutica de las úlceras gastro-duodenales. No se puede negar que las úlceras gastroduodenales son mucho menos frecuentes en la mujer que en el hombre. Esto permite suponer que la dis-endocrinia es un factor ulcerógeno. Pero Korbsch y Schultz, en sus enfermos, además del tratamiento con Progynón, emplearon también regímenes dietéticos.

Parade publicó sus experiencias efectuadas desde 1938 a 1940, en 40 casos, en que predominan los hombres. En las pocas mujeres tratadas con proginón, se consiguieron buenos resultados, especialmente en las menopáusicas, en las que la increción de hormona folicular había cesado.

La frecuencia de la úlcera en la mujer aumenta con la edad, mientras que en el hombre es más común a los 30 y 40 años. También algunos casos fueron influenciados favorablemente con el Testoviron. Sin embargo, el número de enfermos es escaso para emitir un juicio definitivo sobre el efecto de la hormona masculina. Últimamente el doctor Gustavo Corzo Masías, en una interesante comunicación, ha propuesto un nuevo tratamiento de la úlcera péptica por la foliculina, y la luteína, pensando que debe existir alguna hormona protectora de la mucosa duodenal en la mujer. Corzo Masías se funda en que las úlceras duodenales parecen ser exclusivas del hombre y que cuando se presenta en las mujeres, no es nunca cuando están menstruando, sino en la menopausia. Esta circunstancia, dice Corzo Masías, "nos hizo pensar que podría ser el ovario la glándula que protege la mucosa duodenal en las mujeres."

Parece también que la foliculina produce la epitelización rápida de las mucosas y por esta razón piensa él colega que la foliculina, posee una acción cicatrizante sobre la mucosa en general.

Nosotros no hemos tenido ocasión de emplear el tratamiento por la hormona ova-rica, pero creemos que no basta que los brotes se atenúen y desaparezcan, ni que los nichos se borren, pues ya hemos indicado que en las úlceras el carácter fundamental es la alternancia de los períodos dolorosos con los periodos de acalmia.

La curación espontánea clínico-radiológica de las úlceras puede durar meses y aún años y la desaparición de los dolores puede acompañarse de la desaparición espontánea de los signos radiológicos.

Con todo creemos que el método del doctor Corzo Masías debe ser ensayado en nuestros hospitales, y con el transcurso del tiempo

se podrá juzgar de la eficiencia de las hormonas del ovario en el tratamiento de las "Úlceras gástricas y duodenales.

La histidina es uno de los últimos medicamentos incorporados a la terapéutica de las úlceras gastro-duodenales, y uno de los más activos.

Fue una operación de cirugía experimental, la operación de Man WÜliamson, que consiste en la derivación del duodeno hacia porciones bajas del colon, la que demostró el papel de los amino-ácidos en la producción de las úlceras.

La pancreatometomía y la derivación biliar no provocan ninguna lesión ulcerosa; es el duodeno el que juega un rol primordial en la génesis de la úlcera. Mientras que la lipasa y la amilasa, pueden ser reemplazadas, no pasa lo mismo con los fermentos proteolíticos del duodeno. Su derivación en el íleo terminal, los lleva a un medio donde no tiene tiempo de actuar, originándose una gran perturbación en la digestión de las proteínas.

¿Cuáles son las consecuencias de la derivación duodenal? Las sales biliares, conducidas en las proximidades del ciego, provocan diarreas que expulsan rápidamente el contenido intestinal. Las últimas porciones del íleo no segregan ya enteroquinasa. La acidez del medio ya no puede destruir toda la flora intestinal de putrefacción, cuyo rol digestivo no es despreciable.

Pero la consecuencia más grave de los trastornos digestivos consecutivos a la derivación duodenal, es la imposibilidad de la digestión de las albúminas, cuya desintegración no puede ser llevada en ningún caso hasta sus productos asimilables, los aminoácidos. Por consiguiente, una carencia en sustancias indispensables para la vida, producidas por la alimentación y no sintetizables por el organismo, es la base de la génesis de la úlcera.

Cuatro sustancias llenan estas condiciones: la histidina, el triptofano, la lisina y la cistina. De estos cuatro amino-ácidos, es la histidina la que parece, por su carencia, ser *el* agente causal de la úlcera gátro duodenal.

¿Cómo se generaría la carencia en histidina? Berthelot y Bertrand han aislado un microbio activo en medio ácido, el "bacillus aminofilus intestinali," el que puede transformar la histidina en histamina.

¿Existirían fenómenos semejantes en el tubo digestivo del ulceroso? La histamina causaría la hipersecreción, la hiperacidez y la hipotensión. Buchner, Siebert y Molloy, han demostrado que la inyección repetida de histamina, determina la aparición de úlceras. La carencia en histidina, disminuiría la resistencia celular, en particular al nivel del estómago. Este fenómeno debe relacionarse con la presencia de úlceras en la avitaminosis B3, ya que la fórmula química de la vitamina B3 comporta, precisamente, un núcleo heterocíclico como la histidina. .

Sea lo que fuera, la histidina se muestra capaz, si se inyecta •3, los animales operados, de combatir con una rigurosa constancia la aparición de las úlceras. De ahí a utilizar la histidina en la terapéutica de la úlcera gastroduodenal humana, no había sino un paso.

Weiss y Aron de Strasburgo, fueron los primeros en emplear la ".histidina en el tratamiento de los ulcerosos. Inyectaron durante 20 días 5 cm. cúbicos, cada día, de una solución al 4 % de histidina. Los dolores, las náuseas y los vómitos cedieron rápidamente; la acidez gástrica disminuyó y los nichos se atenuaron y desaparecieron. Después de 6 semanas de reposo, Weiss y Aron hicieron una .segunda cura; y luego, cada tres meses, curas de sostén.

Este método es hoy día muy utilizado en todo el mundo, y a nuestro modo de ver constituye, junto con la medicación proteino-terápica, el tratamiento más científico, racional y activo de las úlceras gástricas y duodenales.

Los productos más usados son la Laristina (solución isotónica neutra de clorhidrato de histitina, al 4 %), y el Hemostra, producto que *desgraciadamente* no se encuentra en nuestra Capital y que es una solución isocónica neutra de 0.10 ce. de triptofano y 0.20 ce. de histidina, por 5 ce. Este producto posee un rol antianémico, pues proporciona al organismo ácidos animados hematógenos.

No quisiera terminar este capítulo, sin exponer ciertos hechos que han sido observados por los cirujanos franceses, en enfermos "tratados por la histidina. Han contestado que las úlceras son menos húmedas, que hay "menor reacción inflamatoria., que hay igualmente menor reacción, glandular; en una palabra, creen que la histidina enfría la lesión.

En Francia, donde cada día avanza más el criterio de operar las úlceras en frío, se emplea mucho antes de las intervenciones la histidina y la proteinoterapia, habiéndose comprobado que el porcentaje de complicaciones, cuando se procede en esta forma, es mucho menor que cuando se interviene en pleno, brote doloroso o estenosante.

Leven y otros autores, han preconizado el tratamiento anti-sifilitico en las úlceras. Parece que solamente en los sifilíticos este tratamiento tiene posibilidades de éxito, y, por tanto, no debe emplearse de un modo sistemático en todos los ulcerosos.

El empleo de la vitamina A en el tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales, tanto por vía oral, como por vía inyectable, goza del favor de los terapeutas norteamericanos y alemanes. Parece que la vitamina A no tuviera acción sobre las úlceras duodenales, sino solamente sobre las gástricas.

Muchos experimentadores prefieren la vía paraenteral, pues se han observado molestias cuando se han administrado las vitaminas por vía oral, y en algunos casos un aumento de la acidez.

Spitzzy usa el Vogán, en inyecciones, las que no producen sino ligeras molestias y tumefacciones pasajeras, que de ordinario ceden con la aplicación de fomentos calientes. Spitzzy emplea inyecciones intramusculares, de 1 cc. cada una. por un espacio de tiempo no menor de tres semanas.

Nuestro maestro Gutmann, pensaba que las vitaminas dan resultado cuando se combina su empleo con los otros métodos de tratamiento; y últimamente estableció en su consulta de la Salpetrière, un servicio especial, a cargo del profesor Hernando, de Madrid, para el empleo de las vitaminas en los procesos ulcerosos, hemorrágicos, hepáticos, etc., y sobre todo para suplir la insuficiencia en vitaminas de las dietas de los ulcerosos.

La vitamina c también se emplea en la terapéutica de las enfermedades del tubo digestivo. Hanke demostró, mediante experimentos en animales, que la carencia de vitamina C producía úlceras gástricas e intestinales que desaparecían con la administración de ácido ascórbico.

Algunos autores han empleado también la vitamina B, mezclada con la vitamina C, sobre todo en enfermos-gastroenterostomizados.

En cuanto a la vitamina K, tiene indicación preoperatoria V" también en el tratamiento de las formas ulcerosas hemorrágicas, siempre que hay un descenso de la protrombina de la sangre. Como se sabe, Dam describió, en 1934, una enfermedad hemorrágica, que se presentaba en los pollos sujetos a una dieta .escasa en grasas. Los estudios hechos por él y sus colaboradores, demostraron que la causa de la enfermedad hemorrágica era la deficiencia de una fracción liposoluble, que se encuentra en la grasa del hígado del cerdo y en la clorofila de las hojas de algunas plantas. Esta fracción es la vitamina K.

#### MEDICACIÓN DE SHOCK

Aun cuando se le atribuye un mecanismo complejo y discutido, esta medicación ha sido ensayada desde hace tiempo, siendo numerosos los autores que se han ocupado de ella.

La leche, la caseína o las proteínas vegetales han sido empleadas con miras a provocar el shock proteínico. Otros han empleado diversas vacunas microbianas, tales como el antígeno Antieberth, Antiestrepto. etc. Holler emplea la vaccineurina, que es; un lisado de gérmenes, de gran poder neurótrofo.

Martin utiliza la leche, en inyecciones intramusculares de 10' c.c cada una, con dos a siete días de intervalo, en series de una a siete inyecciones. Los resultados favorables obtenidos alcanzan un 83 % y hasta se habla de curaciones, ejerciendo en todo caso, una acción rápida sobre los dolores, en tanto que su influencia sobre la acidez y la quinesia es variable.

Gerf preconiza el empleo de la autohemoterapia, que tiene acción electiva sobre el dolor, basándose en las teorías patogénicas humorales de uLcus.

De acuerdo con las declaraciones de Pribram, después de 13' años de investigaciones, parece que son las reacciones inflamatorias, sobre todo las de tipo crónico, las que más directamente son influenciadas por la proteinoterapia. Esta acción se ejerce ante todo sobre el síntoma dolor, y los exámenes ante la pantalla revelan la desaparición invariable del espasmo muscular. Cuando el dolor no desaparece, hay que pensar en complicaciones lesionales de la vesícula o de otros órganos.

Según Pibram, quien acepta la teoría de Bergmann sobre el origen neurógeno de la úlcera gástrica, la acción de la proteinoterapia sobre el ulcus, se traduce en lo siguiente: resolución del espasmo muscular y acalmia de la úlcera y por consecuencia desaparición del dolor y aumento de la tolerancia a los alimentos; resolución del angioespasmo y de la hiperhemia; disminución de la reacción inflamatoria a nivel de la lesión; aumento del poder de regeneración de los tejidos; elevación de la antipepsina en el suero sanguíneo (Kalzenstein) la que juega un papel muy importante como agente de protección de la mucosa gástrica.

Nosotros somos testigos de los magníficos resultados que se obtienen con la proteinoterapia en el tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales. Nuestro maestro Gutmann emplea la Soluprotina, preparado que, como la Novoprotina, es una sustancia vegetal cristalizada.

La Soluprotina no puede impedir el retorno, de las crisis, no es un medio terapéutico curativo, pero sí tiene acción sobre la intensidad del brote. Con su empleo, los brotes, que duraban 15 días o un mes, se hacen más pequeños y la intensidad del dolor se atenúa, pero sin llegar a desaparecer.

Además, Gutmann utiliza la soluprotina como test terapéutico. Como hemos manifestado muchas veces ya, hay una forma especial de cáncer, que se traduce radiológicamente por un nicho, que es el cáncer ulceriforme. En oposición a la úlcera simple, el nicho del cáncer ulceriforme, no desaparece 'Con el fin de brote, siempre' persiste; y basándose en este carácter, es que Gutman se sirve de la soluprotina, como test terapéutico. Si a un enfermo en pleno brote, se le practica una o dos series de soluprotina y el nicho no desaparece o no disminuye de volumen, es que se está en presencia de un cáncer ulceriforme.

En Lima no hay soluprotina, y por eso nosotros para el test terapéutico, nos valemos de Aolán, por su absoluta falta de reacción local o general. Empleamos ampollas de 10 ce, que inyectamos intramuscularmente en los glúteos. En los casos en que se presenta un estado de shock anafiláctico, media hora antes de la inyección habitual inyectamos un cuarto de ce. Tomando esta pre-

caución, nunca se han vuelto a repetir dichos accidentes. Hemos comprobado en casi todos los casos, que ha bastado una serie de 10 a 12 ampollas, repetidas cada 5 días, para que desaparezca el dolor y la imagen radiológica, el nicho, cuando se **trata** de una úlcera simple.

Pibram emplea la Novoprotina, sustancia proteinica vegetal cristalizada. Se aplica diariamente, por vía endovenosa, pero también se puede obtener buenos resultados siguiendo la vía intramuscular. La dosis será la suficiente como para provocar reacción general e hipertermia ligera. No se practica nunca más de 8 a 10 inyecciones.

Glessner ha usado la pepsinoterapia en el tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales. Vamos a reproducir los trabajos de Glessner y sus conclusiones.

La inyección intracutánea de jugo gástrico normal en el cuy, produce una necrosis limitada, mientras que la inyección de jugo ■gástrico de un ulceroso activo, determina una extensa necrosis y la formación de un absceso.

La instilación de jugo gástrico de un ulcerosa en la córnea del cuy produce una ulceración, que tarda mucho más en **cicatrizarse** que cuando se practica la instilación de jugo gástrico normal.

Posteriormente. Glessner efectuó experiencias en conejos, cuyes, ratas, obteniendo úlceras artificiales, que curaban, en más o menos dos semanas, mediante inyecciones de pepsina.

Según Glessner, la acción de la pepsina no se debe a la albúmina que contiene, pues la pepsina que él usa, obtenida por filtración a través de la porcelana, es absolutamente neutra y desprovista de albúminas.

Los controles de Glessner en 130 enfermos, revelaron ante todo una disminución de la acidez, especialmente en la que respecta al ácido clorhídrico Ubre, en un 50 % de los casos- **Radiológicamente**

no es posible pronunciarse, pues, como sabemos, los nichos, cuando no son malignos, desaparecen una vez que pasa el brote y, por lo tanto, en todos los enfermos, aún sin tratamiento, si son radiografiados un mes o mes y medio después del brote, hay una desaparición del nicho.

en cuanto al dolor, se ha observado su rápida mejoría así como también la desaparición de las melenas en los enfermos que las presentaban.

iGlessner practica dos series de inyecciones por año, de 30 inyecciones cada serie, a la dosis de 0.20 a 0.50 cc. por inyección. A pesar de la mejoría que pueda presentarse, se aconseja continuar con el tratamiento durante dos años; y el mismo Glessner reconoce que no puede excluirse la posibilidad de una recaída.

En Francia se emplea muy poco este método. Loepper es, no obstante, partidario de él. Algunos autores piensan que hay que actuar de un modo más directo sobre la mucosa; creen que el úlcus es la expresión de una sensibilización de la mucosa gástrica frente a la pepsina, y basándose en esto practican inyecciones intramucosas en la cara interna de la mejilla, de una solución de pepsina al 5 %, empleando en la primera inyección un décimo de cc, en la segunda dos décimos y en la tercera tres décimos, haciendo una serie de doce inyecciones mensuales, a razón de tres cada semana.

¿Cómo actúa la pepsina? Para algunos disminuiría la secreción del jugo gástrico y sobre todo neutralizaría el ácido clorhídrico. Otros sostienen que actúa desensibilizando la mucosa (teoría anafiláctica); y para muchos se trataría, en realidad, de un shock proteínico, como lo sostienen los difusores de la teoría infecciosa.

¡Loepper cree que la pepsinoterapia participa tanto de la proteínoterapia como de la endocrinoterapia, ya que la pepsina es un coloide positivo, y específico a la vez. Como coloide positivo, puede reemplazar a las albúminas y actuar como vacuna, provocando shock; y como coloide específico, actuaría mejor que las otras proteínas heterólogas, siendo su acción más perfecta y eficaz.

### *EL RÉGIMEN ALIMENTICIO*

El régimen alimenticio es capital en el tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales. Es indispensable suprimir radicalmente y de un modo definitivo la absorción de sustancias irritantes, especialmente el alcohol y el tabaco.

Todos los regímenes tienen como alimento de base la leche. El régimen lácteo es el mejor tópico que conviene a la mucosa. Cuando el enfermo no lo soporta bien, debe adicionarse a la leche, cacao o café.

La crema de leche se emplea en la actualidad con una frecuencia cada vez mayor. Es muy conocido el método de Sippy, que



consiste en la administración, cada hora, desde las 7 de la mañana hasta las 7 de la noche, de una mezcla de leche y de crema de leche. Conjuntamente se les administra a los enfermos las fórmulas siguientes: Polvo N° 1: carbonato de calcio y subnitrito de bismuto. Polvo N° 2: carbonato, de calcio y óxido de magnesia. Luminal.

Algunos autores prescriben juntamente con la leche el Atural o la Kymosina, en el fin de hacer una digestión previa.

Las harinas malteadas, las sopas de leche, las harinas de cereales, arroz, avena, sagou, sémola, son los alimentos mejor soporados por los ulcerosos. Las verduras deben ser bien cocidas, y reducidas a puré y exprimidas a través de un colador fino. Se les puede añadir yema de huevo o mantequilla muy fresca.

La mantequilla cocida es prohibida, la fresca puede tomarse. El aceite de olivo se puede tomar puro, pero no cocido. Se recomienda mucho en la alimentación de los ulcerosos el Porrish, las harinas Mellins, benger-rfod, etc. Más tarde se puede emplear mermelada, compotas, cremas, pan tostado. La fruta de ordinario debe tomarse cocida. La fruta cruda, aunque sea muy madura, provoca frecuentemente acideces y quemaduras. Se puede dar jugos de frutas, por las vitaminas que contienen.

Finalmente, pasados los brotes dolorosos o las hemorragias, se le permitirá al enfermo la carne sancochada, el pescado, la carne asada, el conejo, los sesos, el lomo a la parrilla.

Se puede autorizar también el ave y los pescados fritos, en los períodos de franca mejoría, pero quitándoles la piel a unos y otros.

El desayuno puede consistir en una taza de leche, descremada mediante la kymosina, a la que se agrega un poco de té o café, o una leche malteada; un poco de porrish, un huevo pasado y pan tostado con una compota de naranja, albaricoques, fresa o fram-buesa.

Otros autores, entre los cuales hay que colocar a Gutmann, creen que no se debe ser tan estricto en el régimen alimenticio y que los enfermos, sometidos a cualquier régimen, tendrán siempre sus brotes, dolorosos y sus períodos de acalmia. Gutmann no cree que ni el régimen más severo ni el reposo en cama puedan acortar la duración de un brote. Piensa, más bien, que la proteinoterapia tiene una acción evidente sobre el dolor, sobre el espasmo, sobre las reacciones inflamatorias y es decidido partidario del empleo de la solutropina. De ordinario practica de 8 a 10 inyecciones. Las inyecciones son endovenosas y el intervalo entre ellas es de 3 a 5 días.

### *LOS TRATAMIENTOS QUIRURGICOS*

Unos cuantos renglones, antes de terminar, sobre los tratamientos quirúrgicos.

La escuela francesa, sobre todo la escuela de la Salpetrière, distingue, cuando se trata del tratamiento quirúrgico de las úlce-

ras, dos directivas **distintas**, según que la úlcera sea duodenal o gástrica.

Se admite que la úlcera duodenal casi nunca sufre la transformación cancerosa y que, por lo tanto, el enfermo puede ser tratado médicamente, siempre y cuando los brotes dolorosos no sean muy intensos, no se repitan con mucha frecuencia y cuando no hayan ni adherencias ni callosidades, ni manifestaciones de estenosis. Veamos algunas reglas de nuestro maestro Gutmann, sobre las indicaciones quirúrgicas en las úlceras duodenales.

Indicaciones operatorias absolutas:

1° Úlceras con signos clínicos y radiológicos de estenosis pilórica, que no se modifican después del tratamiento médica.

2°.—Úlceras cuyos períodos de crisis se aproximan y sueldan, de tal modo, que el enfermo sufre de una manera continua.

3° Úlceras con hemorragias repetidas.

Indicaciones operatorias, pero no urgentes:

1.—Úlceras cuyos dolores persisten, a pesar de los tratamientos rigurosos.

2. Frecuencia de las recidivas.

3. Úlceras sin estenosis orgánica verdadera del píloro, pero >con dificultad en la evacuación **pilórica**, no suprimida por los tratamientos.

4. Brotes subfebriles con dolores persistentes, a pesar del tratamiento médico. "Amenaza de figuración o de hemorragia."

En estos casos la operación se debe hacer en frío, después de proteinoterapia, aplicación, de hielo, etc-.

Además, se debe operar los enfermos que por razones de orden práctica no pueden interrumpir su trabajo para someterse a tratamientos médicos prolongados, o los que, por razón de su profesión, estén obligados a desplazamientos continuos; agentes viajeros, marinos, aviadores, que correrían el riesgo de una perforación en el curso de sus viajes.

Estos mismos principios se aplican a todos los sujetos que viven en regiones apartadas, lejos de cuidados quirúrgicos inmediatos.

En cuanto a las úlceras gástricas, aquí el tratamiento médico debe reservarse para las úlceras francamente benignas de la porción vertical del estómago. porque las úlceras gástricas, a diferencia de las duodenales, pueden transformarse y degenerar en un cáncer. La gastroenteroanastomosis casi no tiene indicaciones. La operación debe ser radical: una amplia gastrectomía.

La norma de conducta de nuestro maestro de la **Salpetrière**, es la siguiente: cuando un enfermo presenta un nicho, es sometido inmediatamente a un tratamiento de prueba o test terapéutico: la Soluprotina.

Después de un mes de tratamiento, el brote debe haber desaparecido o por lo menos debe haberse atenuado notablemente. Paralelamente, la imagen radiológica debe haberse también modifi-

cado, o reducido por lo menos. Al cabo de este tiempo el enfermo es nuevamente radiografiado; si el nicho persiste o ha aumentado,, aun cuando los signos clínicos hayan desaparecido, hay mucha probabilidad de que sea maligno. Se puede observar todavía, por espacio de algunos días, a estos enfermos, muy de cerca, pero ya la decisión quirúrgica está planteada; y si nuevos exámenes radioscópicos y radiográficos confirman que el nicho está siempre ahí, debe operarse.

Desde luego el cáncer ulceriforme, esa forma especial de cáncer que simula clínicamente la úlcera, que tanto han estudiado los autores lyoneses y nuestro Maestro Gutmann en los últimos años tiene una indicación quirúrgica precisa e inmediata.

El régimen del ulceroso operado, al que se le ha hecho, ya una gastroenteroanastomosis, ya una gastrectomía, debe ser el mismo que el del ulceroso en períodos de sedación. Es necesario prevenir al enfermo antes de la operación, para evitar una sorpresa. Gutmann dice que se debe ser más severo en la aplicación del régimen en el operado que en el no operado. El maestro añade: "Yo he expuesto, a propósito de la evolución general de las úlceras, que no creo en la influencia del régimen sobre el retorno de los brotes. Al contrario, estoy persuadido que en los operados el yeyuno no está hecho para recibir directamente alimentos irritantes y que después de la derivación es necesario preservar a la mucosa de dichas irritaciones, para evitar la úlcera péptica.

Es urgente, por lo tanto, continuar el tratamiento con productos tópicos, entre los -cuales el bismuto continúa siendo el medicamento tipo.

Es muy difícil precisar el tiempo durante el cual el enfermo operado deberá seguir su régimen. Hay que tener en cuenta si el enfermo después de la operación no tiene absolutamente dolor, o si de tiempo en tiempo presenta malestares.

De un modo general, hay que vigilar durante meses la nutrición de los operados y evitar las excentricidades gastronómicas. Alcohol, especias, salsas, deben ser prohibidas a los ulcerosos operados. Estos enfermos deben comer lentamente y masticar cuidadosamente. No deben fumar sino exclusivamente después de las comidas.

El tratamiento de las hemorragias, que, como hemos dicho en nuestra conferencia sustentada en la Asociación Médica Peruana "Daniel A. Carrión," sobre las úlceras gástricas y duodenales, más<sup>1</sup>, que un síntoma son una complicación, merece un capítulo aparte.

Es bien sabido que hay una escuela, que, con Finsiterer, de Viena, a la cabeza, preconiza la intervención inmediata, ya que es imposible prever si la hemorragia se va a detener o no; y otra que aconseja la temporización, empleando un tratamiento médico. Es<sup>2</sup> esta última conducta la que hemos visto seguir en la Salpetrière\* a nuestro maestro Gutmann, que opina que la muerte por hemorragia ulcerosa es excepcional, salvo en los casos en que está lesionada una gruesa arteria y en los cuales la muerte sobreviene de un modo tan rápido, que no da tiempo para intervenir.

La transfusión es la primera medida que se impone. El enfermo debe estar acostado, inmóvil, con su vejiga de hielo, su inyección, de morfina y a dieta hidrica. La sed debe ser combatida por rehidratación subcutánea o rectal. En la Salpetrière, se les pone un enema, gota a gota, de suero glucosado, al cual se le añade de 2 a 4 granmos de cloruro de calcio.

El cloruro de calcio, el coaguleno, la peptina, la retropituitrina y últimamente el citrato de sodio, que los autores americanos han demostrado que posee cualidades coagulantes in vivo, son los medicamentos *más* empleados.

Preconizamos] nosotros el empleo de estas soluciones de citrato ■ de sodio, sobre las cuales se están haciendo ensayos en el Hospital "Dos de Mayo." La solución que se inyecta es de un 30 % y la dosis que se debe emplear es de 30 cc, por vía intramuscular. La inyección es dolorosa, por lo cual debe asociarse a un analgésico local (novocaína).

En cuanto a la alimentación, sólo después de tres o cuatro días de dieta hidrica azucarada, se debe comenzar una alimentación prudencial. Se emplean mucho los caldos gelatinosos y las gelatinas<sup>3</sup> de Pata (Calí foot jelly); perfumados a la naranja, pues existen preparaciones alcoholizadas que no convienen. Después se da clara de huevo, leche helada, con Kymosina, leche condensada; y sólo después de la segunda semana, se pasa a las harinas o cereales, a los purés, a las cremas cocidas, etc.

(De la "Gaceta Peruana de Cirugía y Medicina.—  
Lima, Diciembre de 1941).

## Analogías y diferencias gastrológicas entre el espru tropical y la anemia perniciosa («»)

A. RODRÍGUEZ OLLEROS, M. D.

*San Juan, Puerto Rico*

El ahondar en el diagnóstico diferencial entre el espru tropical y la anemia perniciosa, además de la importancia que ello tiene en el campo de la investigación, es de un gran valor práctico. Dados nuestros conocimientos actuales de ambos síndromes, en términos terapéuticos nos sería dable aconsejar a un paciente de espru un cambio de clima, cosa que sería inútil hacer con una anemia perniciosa. Es sabido, como lo expresan Azmy y Zanaty, que la anemia de Addison es extremadamente rara entre las razas que viven en el trópico, pero hay que considerar que en los tiempos actuales la frecuencia e importancia del traslado de poblaciones no permite descartar en absoluto de ningún país otras enfermedades que aquellas cuyo desarrollo sea incompatible con las condiciones climáticas y sociales.

Sabido, es que, clínicamente, resulta imposible, en algunos casos, establecer un diagnóstico diferencial preciso entre el espru tropical y la anemia perniciosa. De ahí la necesidad de recurrir a métodos de laboratorio, de los que hasta la fecha no se había logrado encontrar ninguno de valor práctico, para resolver el problema.

A la vista de la literatura que sobre este punto ha sido publicada en los últimos dos años, se pueden mantener con todo el valor de cuando fueron escritas, las palabras de Rhoads y Miller: "La única diferencia entre ciertos casos de espru y de anemia perniciosa consistió en que una sustancia rica en vitamina soluble en agua resultó terapéuticamente efectiva *pese* en ciertos casos de espru, mientras que, para que su acción terapéutica fuese efectiva en los casos de anemia perniciosa, había que ponerla en incubación con jugo gástrico normal."

A esta misma conclusión llegan Davison y Wintrobe, aunque señalan la existencia de casos excepcionales de anemia perniciosa curados con grandes cantidades de levadura autolizada administrada por la boca.

El hecho diferencial fundamental gastrológico —y a la vez fisiopatológico, en el concepto de Castle— de estas dos anemias estriba en la ausencia del principio intrínseco en cantidad efectiva en el jugo gástrico de los pacientes de anemia perniciosa. Pero para

la demostración de este principio intrínseco, aunque es posible, aún no disponemos de un método de valor práctico.

Recientemente Gessler y sus colaboradores han descrito en el jugo gástrico normal un enzimo proteolítico capaz de hidrolizar la caseína, liberando las proteosas; enzimo que actúa en medio alcalino, cualidad que le distingue de la pepsina. De otra parte, se diferencia de la tripsina y erepsina por no liberar N. en grandes cantidades. Creen que este fermento es idéntico al factor intrínseco de Castle y han comprobado que no existe en el jugo gástrico de los pacientes de anemia perniciosia. Haría falta un mayor número de investigaciones sobre esta proteasa de Gessler para poderla enjuiciar definitivamente.

De las restantes exploraciones corrientes que pueden hacerse en el estómago, la más frecuente es la curva de secreción clorhídrica, la cual sirve por sí sola para diferenciar gran parte de los casos de esprú tropical de los de anemia perniciosia. Se acepta generalmente que la aclorhidria histaminorresistente es una característica siempre concurrente en la anemia perniciosia. Sólo algunos autores, como Hurst, admiten la existencia de casos excepcionales de anemia perniciosia con ácido clorhídrico libre. De los casos de esprú tropical, únicamente un 30 por ciento, aproximadamente, presentan aquilia histaminorresistente. Estos casos, presentan mucha similitud con los de anemia perniciosia y únicamente señala un hecho distintivo la diferencia observada por Rodríguez Olleros y Hernández Morales en la eliminación del rojo neutro a través de la mucosa gástrica.

Sobre esta base, vamos a discutir sucesivamente los aspectos bacteriológicos, gastroscópicos y de la cromoscopia con el rojo neutro, en ciertos pacientes de esprú tropical en Puerto Rico y a confrontar sus resultados con los obtenidos -en las mismas investigaciones por diferentes autores en casos de anemia perniciosia en países no tropicales.

### *BACTERIOLOGÍA*

Normalmente, el contenido gástrico es estéril, a causa principalmente de la imposibilidad de que las bacterias se desarrollen en medios de PH. tan bajo como el que existe en el jugo gástrico por razón de su contenido en ácido clorhídrico.

En los casos de anemia perniciosia el estómago se encuentra casi constantemente invadido por la flora del grupo coli Katsch, Dick), hasta el punto de que esta invasión se considera como una de las características de la llamada aquilia perniciosia, mientras que en las designadas como aquilias funcionales, porque no se acompañan de signos gastroscópicos de atrofia, falta la flora gram positiva (Henning y Norpoth). Este hecho solamente atrae la atención sobre la posibilidad de que existan otros factores, además del

ácido clorhídrico, que concurren para determinar la esterilidad del jugo gástrico.

A 25 casos de esprú tropical de la Escuela de Medicina Tropical\* se les hizo investigación bacteriológica de la segunda extracción gástrica bacteriológica de la Escuela, con el resultado siguiente:

|                                             |    |
|---------------------------------------------|----|
| Número total de casos .....                 | 25 |
| Flora gram <b>positiva</b> y negativa ..... | 14 |
| Flora gram negativa .....                   | 8  |
| Flora gram positiva .....                   | 1  |
| Estériles .....                             | 2  |

De estos 25 casos, solamente dos tenían aclorhidria histaminorresistente, por lo que es forzoso **aceptar** que otros factores, independientes de la aclorhidria, puedan influir en la pérdida del poder de desinfección del jugo **gástrico** en estos enfermos.

Afectivamente, la perturbación **de** los factores que mantienen, estéril el jugo gástrico ha sido puesta en evidencia, en medio ambiente tropical, por Lloyd Arnoid. Este autor ha operado 25 perros, colocando y fijando bajo la piel, de manera que puedan ser puncionadas estérilmente, diversas asas intestinales tomadas a alturas, diferentes. Colocados estos perros en cámaras especiales de las que se utilizan para el cultivo de plantas tropicales, a 909 F. y de 86 a 90 por ciento de humedad, se puede comprobar que las **partes** altas del aparato digestivo pierden el poder de desinfección y permiten la invasión por la flora común de las porciones más **bajas**.

Uno de los factores que colabora con el ácido clorhídrico en la función de mantener estéril el estómago, es la pequeñísima cantidad de sulfocianato que, independientemente del segregado por la saliva, se segrega con el jugo **gástrico**. En, el jugo gástrico segregado en ayunas existe sulfocianato (ONS) en valores que oscilan entre 1.3 y 2,32 miligramos por ciento. Bririck ha encontrado valores altos en el úlcus y disminuidos en los casos de tuberculosis y anemia perniciosa. Falta por hacer la investigación de cuál es la cantidad del sulfocianato que contiene el jugo gástrico, de los pacientes de esprú, y quizás su resultado **pudiera** explicarnos en parte por qué se coloniza su estómago tan fácilmente por la flora del intestino grueso, a pesar de conservar, en la mayor parte de los casos, ácido clorhídrico libre en el jugo gástrico.

---

**Quiero** rendir en esta ocasión público tributo de admiración y agradecimiento a la memoria de la Dra. Cecilia Benítez, .precozmente .fallecida, quien perteneció a los laboratorios del Departamento de Bacteriología de la Escuela <de Medicina Tropical y que fue un modelo de mujer investigadora y amante de la ciencia.

*GASTROSCOPIA*

Comparando las descripciones gastroscópicas de la anemia perniciosa dadas por Henning, Jones, Benedict y Hampton, Moutier, Gutzeit y Teitge, y Schindler y Serby con las consignadas por nosotros en casos de *esprú tropical*, nótese a primera vista ciertas analogías referentes al tipo de lesión de la mucosa gástrica, habiendo, en cambio, algunas diferencias en lo que concierne a la intensidad de las lesiones.

En la anemia perniciosa se suele encontrar una gastritis atrófica, según unos autores, predominantemente en áreas y, según otros, generalizada. Estas lesiones se benefician con la hepatoterapia, hasta el punto de que, en muchos casos, después de este tratamiento la gastritis atrófica aparece "gastroscópicamente curada."

Nosotros toemos verificado investigaciones gastroscópicas en tres grupos *de*, enfermos de *esprú tropical*.

En el primer grupo, todos los enfermos, menos uno, padecían del síndrome de *esprú tropical*, con gastritis atrófica, unas veces regionales y la mayoría de tendencia generalizada, pero en ningún caso alcanza ésta la intensidad que habíamos observado anteriormente con el gastroscopio rígido en casos de anemia perniciosa en países templados.

En el grupo con síndrome de *esprú tropical* incompleto encontramos también, en la mayoría de los casos, gastritis atróficas, pero de menos intensidad aún que en el grupo precedente.

Y finalmente, en el grupo con *esprú latente*, en el que casi todos los pacientes han logrado controlar los síntomas con la hepatoterapia, ha desaparecido la predominancia de las características gastroscópicas de gastritis atrófica, que persiste rara vez, viéndose en los otros casos mucosas normales, gastritis superficiales y, en algunos, aspecto gastroscópico de gastritis hipertrófica.

En realidad, no podemos aceptar sin reservas la identidad del cuadro gastroscópico con el histológico, especialmente en los casos de alteraciones gastroscópicas moderadas (Swalm y Morrison). Por esta razón nos parece muy digno de seguir el criterio expresado por Miller de describir, en lugar de clasificar, las observaciones gastroscópicas.

Según esto, la descripción gastroscópica del estómago en el •síndrome de *esprú tropical* coincide con la de la anemia perniciosa, pero con los signos menos acentuados. También coincide en ambas dolencias su mejoramiento por la hepatoterapia.

Paro como esta mejoría de los signos gastroscópicos que se produce en los casos de anemia perniciosa por influencia de la hepatoterapia, según ha visto Carey, no se acompaña nunca de restauración histológica, cabe preguntar si ocurre lo propio con la mejoría gastroscópica que se logra por la hepatoterapia en el *esprú tropical*. Y de otra parte, también debe plantearse la cuestión de



si el aspecto atrófico se traduce efectivamente, como ocurre en la anemia perniciosa, en una verdadera atrofia histológica.

Sí recordamos que 90 por ciento de nuestros casos de esprú completo padecían atrofias gastroscópicas y que solamente 33 por ciento tenían aquilia histaminorresistente, forzoso es aceptar que en una parte de los casos la atrofia gastroscópica no se acompaña de atrofia funcional, y por lo tanto, no existe en esos casos atrofia histológica, lesión que, por el contrario, se manifiesta siempre en la anemia perniciosa.

'No olvidemos que -el aspecto gastroscópico y su mejoría aparente por la hepatoterapia pueden ser debidos, más- que a verdaderos y profundos cambios histológicos de la mucosa gástrica, a variaciones en el aflujo de la sangre y a la turgencia de la mucosa.

Pero queda ese grupo de pacientes de esprú con atrofia gastroscópica y aquilia gástrica completa, como en la anemia perniciosa, en los que la exploración de la función de expresión gástrica del rojo neutro evidencia un carácter diferencial gástrico 'entre ambos síndromes.

#### CROMOSCOPIA

La función de excreción gástrica del rojo neutro, administrado por vía parenteral, es la última que el estómago pierde en el curso de la atrofia de la mucosa. Henning y Jürgens afirman, fundándose en un estudio gastroscópico de 161 pacientes a los que se habla hecho la prueba de rojo neutro, que en las gastritis atróficas severas, considerando como típicas las de la anemia perniciosa, el rojo neutro no se elimina, en tanto que, en casos de aclorhidria histaminorresistente, sin acompañamiento de lesiones atróficas graves, el rojo neutro continúa eliminándose. A idénticas conclusiones habían llegado Katsch y Kalk, presentando como ejemplo una gastritis consecutiva a un intento de suicidio con ingestión de ácido, en el que observaron que pasado el primer período de "mudez" absoluta, durante el cual la mucosa no dio señal alguna de actividad, se inició la regeneración, apareciendo en primer término la función de excreción del rojo neutro, comprobándose en sucesivos exámenes que aumentaba la secreción de cloruros totales, apareciendo después la secreción de ácido clorhídrico libre únicamente bajo la estimulación con histamina; y, finalmente, segregase también el ácido clorhídrico obedeciendo a estímulos menos fuertes como el de la cafeína por vía oral. Es decir, en sentido inverso: en una atrofia progresiva se pierden sucesivamente, (a) la secreción clorhídrica libre espontánea, (b) la secreción clorhídrica ausente (aún cuando se estimule con histamina), (c) la secreción de cloruros totales y (el), en último grado, la excreción del rojo neutro.

Además de estos autores, muchos otros han hecho notar que es característico de la anemia perniciosa la presencia de aquilia histaminorresistente y la falta completa en el jugo gástrico del rojo neutro que se ha inyectado intramuscular o intravenosamente. (Davison, Wilcox, Haegenson, Winkelstein y Marcus, Streicher, Held y Morrison).

En un trabajo anterior hecho en colaboración con Hernández Morales, comunicamos el resultado obtenido con la prueba de eliminación gástrica del rojo neutro en 27 pacientes de esprú tropical que habían sido vistos en el dispensario de la Escuela de Medicina Tropical. Hoy añadimos 22 casos más, también de esprú tropical, vistos en la Clínica Pereira Leal. En todos los casos se practicó la prueba del rojo neutro en el siguiente método:

A cada paciente, tras un ayuno de 12 horas, le hacíamos una exploración, fraccionada de la secreción gástrica, utilizando como desayuno estimulante la solución de cafeína (0.2 gramos de cafeína pura en 300 cc. de agua) coloreada con dos gotas de la solución, de azul de metileno. Cuando este desayuno había sido evacuado del estómago, inyectábamos intramuscularmente en la nalga 5 cc. de la solución de rojo neutro al 1 por ciento y, además, en los casos en que durante la curva de secreción, no se había evidenciado secreción de ácido clorhídrico libre, administrábamos simultáneamente una inyección subcutánea de histamina. A partir del momento de la inyección del rojo neutro, extraíamos el contenido gástrico-cada 5 minutos, hasta obtener la coloración rosada. Consideramos ese momento como el comienzo de la eliminación por el estómago» ¡del colorante inyectado.

#### CUADRO I

##### *Medias de eliminación del R. N. en el esprú tropical*

| <i>Hiperacidez</i> | <i>Normacidez</i> | <i>Hipoacidez</i> | <i>Anacidez</i> |
|--------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| 13.7 minutos       | 12.4 minutos      | 14.4 minutos      | 24.2 minutos    |

##### *Comparación con individuos normales en el trópico (32 casos)■*

| <i>Hiperacidez</i> | <i>Normacidez</i> | <i>Hiperacidez</i> |
|--------------------|-------------------|--------------------|
| 16.6 minutos       | 14.7 minutos      | 25 minutos         |

Queremos hacer resaltar de estos resultados los obtenidos en el grupo de anacidez, compuesto por 14 casos, 6 de los cuales presentaban aquilia resistente a la inyección de histamina, no obstante lo cual todos los casos llegaron a eliminar el rojo neutro.

Por el contrario, en otros dos casos con aquilia histaminorre-sistente y atrofia gástrica, pero uno de ellos con síntomas clínicos y neurológicos característicos de anemia perniciosa, siendo el otro un caso típico de pelagra, *no* se eliminó rojo neutro por ninguno de los dos.

Si relacionamos nuestros resultados del estudio gastroscópico del esprú tropical con el resultado obtenido en la eliminación de rojo neutro, es indudable que en este síndrome el estómago no llega al grado de atrofia que es componente constante del cuadro de la anemia perniciosa, lo -cual puede evidenciarse fácilmente. El hecho, por lo tanto, tiene importancia práctica, pues la prueba de eliminación del rojo neutro por el estómago, realizado con el método descrito, demuestra que en todos los casos de esprú tropical en que la hemos realizado ha dado resultado positivo, incluso en aquellos que clínicamente y por otros datos, de exploración gástrica, mostraban ciertos signos que podrían inducir a confundirlos con enfermos de anemia perniciosa.

#### CONCLUSIONES

1. En una gran mayoría de enfermos de esprú tropical el estómago es invadido por la flora gram negativa del intestino grueso, <como ocurre en las anemias perniciosas.
2. El aspecto atrófico que se observa en el examen gastroscópico en los individuos que padecen esprú es de menor intensidad que el que hemos visto en casos de anemia perniciosa en los países templados.
3. Contrastando con los pacientes de anemia perniciosa, los de esprú tropical eliminan el rojo neutro por la mucosa **gástrica**, aún existiendo aquilia refractaria a la histamina.
4. Creemos que esta prueba puede servir para hacer el diagnóstico diferencial entre ambos síndromes.

---

#### OBSEQUIO

El Dr. Louis R. Fletcher, residente en Quiriguá Guatemala, ha obsequiado para la Biblioteca de la Asociación, los libros siguientes: Diccionario de Medicina, por el Dr. E. Dabout. — Medical Dictionary, por W. A. NEWMAN DORLAND. — El Conocimiento Supra-normal, por el Dr. Eugene Osly.

Muchas gracias Dr. Fletcher.

# MIEMBROS DE LA ASOCIACION MEDICA HONDUREÑA

---

## Socios Honorarios

|                                |                      |
|--------------------------------|----------------------|
| Dr. Vicente Mejía Colindres    | San José, Costa Rica |
| Dr. José María Ochoa Velásquez | Comayagua            |

---

## Socios activos en Tegucigalpa

|                              |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| Dr. Salvador Paredes         | Dr. Juan A. Mejía          |
| Dr. Ramón Valladares         | Dr. Manuel Cáceres Vijil   |
| Dr. Antonio Vidal            | Dr. Henry D. Guilbert      |
| Dr. Héctor Valenzuela        | Dr. José R. Durón          |
| Dr. Trinidad E. Mendoza      | Dr. José María Sandoval h. |
| Dr. Manuel Larios C.         | Dr. Martín A. Bulnes       |
| Dr. Manuel Castillo Barahona | Dr. J. Gómez Márquez       |
| Dr. José Manuel Dávila       | Dr. Carlos M. Gálvez       |
| Dr. Abelardo Pineda U.       | Dr. Blas Cantizano M.      |
| Dr. Marcial Cáceres Vijil    | Dr. Ramón Alcerro h.       |
| Dr. Isidoro Mejía h.         | Dr. Gustavo Adolfo Zúniga  |
| Dr. Humberto Díaz            |                            |

---

## Socios fuera de Tegucigalpa

|                               |                         |
|-------------------------------|-------------------------|
| Dr. Rafael Martínez V.        | La Lima                 |
| Dr. Juan V. Moncada           | La Ceiba                |
| Dr. Guillermo Pineda          | Trinidad, Santa Bárbara |
| Dr. L. R. Fletcher            | Quiriguá, Guatemala     |
| Dr. Emilio Gómez Rovelo       | La Ceiba                |
| Dr. Roberto Gómez Rovelo      | Danlí                   |
| Dr. Roberto Lázarus           | Limón, Costa Rica       |
| Dr. Gabriel Izaguirre         | San Juancito            |
| Dr. Salomón Paredes R.        | La Lima                 |
| Dr. Luis Munguía              | Costa Rica              |
| Dr. Gabriel Aguilar ✓         | Progreso                |
| Dr. Eugenio Matute            | San Pedro Sula          |
| Dr. José Mendoza ✓            | La Ceiba                |
| Dr. Plutarco E. Castellanos ✓ | Comayagua               |
| Dr. Trinidad Boquín           | México                  |

## Socios Fallecidos

|                             |                     |
|-----------------------------|---------------------|
| Dr. Rubén Andino Aguilar    | Tegucigalpa         |
| Dr. Alfredo Sagastume       | Tegucigalpa         |
| Dr. Francisco A. Matute     | La Ceiba            |
| Dr. Lorenzo Cervantes       | La Paz              |
| Dr. Marco Antonio Rodríguez | Santa Rosa de Copán |
| Dr. Domingo Rosa            | Ocotepeque          |
| Dr. Virgilio Rodezno        | Ocotepeque          |
| Dr. Juan Jesús Casco        | Tela                |
| Dr. Cornelio Moncada        | San Pedro           |
| Dr. Francisco Sánchez U.    | Tegucigalpa         |
| Dr. Miguel Paz Barahona     | San Pedro Sula      |
| Dr. Manuel L. Aguilar       | Choluteca           |
| Dr. Marco Dello Morales     | Tegucigalpa         |
| Dr. Pastor Gómez h.         | Tegucigalpa         |

## SUMARIO

Páginas

|                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Notas Editoriales. — Charlatanismo Impune . . . . .                                                         | 197 |
| Por el Dr. Carlos M. Gálvez                                                                                 |     |
| Experiencias en el Sulfato de Magnesia . . . . .                                                            | 200 |
| Por el Dr. Manuel Caceres Vilji                                                                             |     |
| Casos de Beriberi . . . . .                                                                                 | 203 |
| Por el Dr. Martín A. Bulnes B.                                                                              |     |
| Breves Consideraciones Sobre Púrpura Hemorrágica . . . . .                                                  | 206 |
| Por el Dr. Plutarco E. Castellanos                                                                          |     |
| Algunos hechos de terapéutica hormonal sexual cruzada como<br>fuente armónica de felicidad humana . . . . . | 209 |
| Por el Dr. Edmundo Esconiel                                                                                 |     |
| Disontia . . . . .                                                                                          | 229 |
| Por el Dr. Ernesto Gaing                                                                                    |     |