

FACULTAD DE MEDICINA DE CORDOBA  
Cátedra de Clínica Médica — Profesor Dr. Temístocles Castellano

---

## Estudio clínico y terapéutico de las hemorragias graves por úlceras gastro-duodenales.

POR EL

**Dr. Ignacio Maldonado Allende**

(Profesor suplente de Patología Interna de la Facultad de Medicina de Córdoba)

(Continuación)

### D) Los recursos del tratamiento médico. —

Son muchos los recursos de orden médico que pueden emplearse; algunos de reconocida eficacia, imprescindibles; otros, de una importancia secundaria, pero también útiles y que no se deben descuidar.

**El reposo**, de todo el organismo en general y en especial del órgano enfermo, es una indicación de importancia fundamental. Reposo en cama y acostado, bolsa de hielo liviana sobre el epigastrio, dieta absoluta, calmar los vómitos evitando los medicamentos que puedan aumentarlos o hacerlos aparecer.

Al mismo tiempo que el reposo, **la dieta** es de una gran importancia. En los primeros días que siguen a la hemorragia, lo mejor es evitar la ingestión de toda substancia alimenticia y hasta medicamentosa. Hay quienes van más allá, contraindicando el dar hielo a retener en la boca o dejar ver ciertos alimentos al en-

fermo, que puedan ocasionar la secreción refleja de las glándulas del estómago.

Para iniciar la alimentación debe esperarse recién al 3°, 4°, 5° o más días (Rehfuss), empezando por pequeñas cantidades de agua y de leche diluída en agua mineral. Creo más conveniente el procedimiento aconsejado por algunos autores norteamericanos, de iniciar más bien por caldo de cereales desgrasado y desalbuminado. En la observación N°. 10, que fué un espléndido éxito del tratamiento médico, creo que éste debió ser atribuído en gran parte a este régimen, el cual fué seguido durante varios días y con toda disciplina. Igual cosa podría decirse de las observaciones 7 y 8.

Es muy paulatinamente que se empezará con otros alimentos (leche sin diluir, crema, caldo común, jugo de frutas, etc.), hasta llegar al régimen apropiado para la úlcera si es que todo tiende a entrar en orden. Al régimen que se vaya instituyendo, **será conveniente agregar dosis moderadas de alcalinos** (Porges, 163 y Rehfuss, 169).

Estando contraindicada la alimentación per os y perdiendo o habiendo perdido cantidades apreciables de sangre, habrá que contemplar estas dos situaciones sin demora. Para ello se puede contar con tres recursos principales: 1°. **La alimentación rectal** a base de los conocidos enemas alimenticios y el gota a gota rectal salino o glucosado, siempre que el enfermo los tolere y que no provoque reflejos gástricos; 2°. **La inyección de sueros por vía subcutánea o endovenosa, clorurado o glucosado isotónicos o el suero policitrado de Normet.**

Las cantidades a inyectar deben ser moderadas y proporcionadas a las necesidades del organismo. También deben ser hechas lentamente y con intervalos. Ya se han hecho clásicas las expresiones de que “no se debe rebalsar el recipiente, facilitando la prosecución de la hemorragia” y aquella de que “se debe evitar el círculo vicioso establecido entre las hemorragias y la inyección de líquidos”. De todos modos, el poder administrar sueros al enfermo es un gran recurso del cual nunca se debe prescindir y que salvará más de una situación difícil.

## La transfusión de sangre. —

Necesario es detenerse a propósito de este recurso terapéutico cuya utilidad es indiscutida y que presta grandes servicios tanto al clínico como al cirujano.

En efecto, cuando se está en presencia de grandes hemorragias gastroduodenales sean éstas ulcerosas o no, se deberá emplear, siempre que sea posible y sea que se vaya a tratar tan sólo médicamente o que se prepare para la intervención y hasta durante el acto quirúrgico mismo, se deberá emplear, decía, la transfusión de sangre.

Desde luego que son muchas las **precauciones** que deben tomarse a propósito de esta medida. La transfusión de sangre es un acto delicado, con muchos peligros más o menos graves y hasta mortales, a los que el médico está en la obligación de conocer y de prevenir. No puedo entrar a extenderme sobre las precauciones que deben tomarse y sobre las complicaciones que pueden ocurrir a raíz de una transfusión de sangre; pero sí debe recordarse la fundamental importancia de todo esto y la grave responsabilidad que cae sobre el médico que las ignora o que las olvida.

Paso por alto algunos detalles de técnica, investigación del dador, aparatos a emplear, precauciones que deben tomarse antes, durante y después de la transfusión, la clasificación de Moss, etc. (Agote, 1915 — Tzanck, 196).

¿Cómo actúa y cuál es el rol de la transfusión sanguínea, cuyos beneficios son tan evidentes? Son cinco las formas principales. Me limitaré a enumerarlas a fin de ser más breve.

En primer lugar tiene un **rol hemostático**, perfectamente comprobado y que se puede obtener aun cuando no sea grande la cantidad inyectada.

En segundo lugar, se obtiene con ella una **acción regenerativa**, obrando sobre los órganos hematopoyéticos, en especial sobre la médula ósea.

Una tercera forma de actuar — y éste es quizás su principal beneficio — está representada por su **rol restaurador de la masa circulante**. Grandes cantidades pueden llegar a inyectarse

en total. En 5 de mis observaciones, se alcanzó a más de tres litros de sangre entre las diferentes transfusiones que se hicieron (Observ. N°s. 2, 3, 4, 6 y 10).

Sin embargo, a este respecto es conveniente recordar que en el hemorrágico, mientras no esté realizada una hemostasia más o menos duradera o definitiva, **no debe provocarse un aumento brusco de la masa sanguínea** lo mismo que de la **tensión arterial**, que podrá renovar o intensificar la sangría por el vaso aun abierto o suavemente ocluido por un coágulo.

En cuarto lugar, tiene una **posible acción anti-infecciosa**, útil para los casos en que al par de la hemorragia haya una infección de la úlcera.

Finalmente, debe saber apreciarse el rol e importancia de la transfusión **como acto previo y preparatorio de una próxima intervención**, lo mismo que cuando acompaña al propio acto quirúrgico.

---

Kelling, citado por Urrutia (198), ha propuesto una especie de **autotaponamiento** abdominal o sea la compresión de la pared abdominal contra la columna vertebral, por medio de un rollo o paquete de gasa que se sujeta con tiras de esparadrapo o un vendaje, manteniéndolo durante muchas horas.

La administración de **substancias coagulantes o que produzcan la contracción vascular**, por vía bucal o en inyecciones, prefiriendo esta última vía para respetar el reposo a que debe estar sometido el tubo digestivo, es un tratamiento al cual conviene siempre recurrir.

Con este objeto se aconsejan las inyecciones de **cloruro de calcio** (al 10 %, 10 ó 20 c.c. por vía intravenosa); el **citrate de sodio** intravenoso; la tromboplastina, el coaguleno, el fibrógeno, etc.; empleándolos a dosis amplias y repetidas.

De nada sirven la emetina y la ergotina (Urrutia). Por el contrario, este último autor aconseja el empleo de la **gelatina** al 10 % subcutánea.

Además de combatir la anemia por medio de las transfusiones, se aconseja el empleo de **los ferruginosos y arsenicales** como

también la **opoterapia gastro-hepática**, utilizando cualquier preparado inyectable de los que presenta el comercio a base de esos productos.

Debe contemplarse también el **estado del aparato cardiovascular**, prescribiendo el suero glucosado hipertónico, el alcanfor, la esparteína, la adrenalina a dosis muy prudentes, la digital, etc.

Conveniente es **sedar el sistema nervioso** cuando el caso lo requiera, empleando el bromuro o el luminal en inyecciones o por enema.

Es necesario **combatir la posible infección**. Ya se dijo que la transfusión sanguínea tenía, posiblemente, una acción benéfica en este sentido. Las vacunas y la bolsa de hielo, serán también de utilidad.

Si bien hay que respetar la motilidad gastrointestinal, cuando haya coágulos abundantes retenidos en el delgado o en el colon, convendrá inyectar soluciones cloruradas hipertónicas por vía intravenosa, las cuales facilitarán la expulsión del "budín sanguíneo", evitando su posible acción tóxica sobre el organismo (Algunos cirujanos practican la yeyunostomía o la cecostomía, intervenciones fáciles y que ayudan a la eliminación de la sangre retenida).

Con el objeto de vaciar el estómago, autores como Urrutia y Rehfuss aconsejan los lavados del mismo con agua templada, adicionada o no de agua oxigenada y percloruro de hierro.

Tengo la impresión de que la proteinoterapia, tan en boga actualmente para la terapéutica del ulcus gastro-duodenal (Pribram), es preferible no emplearla en casos de hemorragia, pues podría ocasionar una reagudización y reactivación de la posible infección concomitante de la misma úlcera, agravando la hemorragia (Observ. N° 3 (?)).

Délagenièrè (69), aconseja la ingestión de clara de huevo, sobre todo como una medida previa a la intervención. Dice haber obtenido resultados favorables.

Son éstas las principales medidas de orden médico que podrán aplicarse, las cuales serán completadas con otros recursos (tratamiento específico, sonda yeyunal, calmar el dolor, etc.), según el caso particular en que se deba actuar.

## E) Los recursos del tratamiento quirúrgico. —

De todo lo dicho en diversas oportunidades en el curso de este trabajo, se desprende que el tratamiento quirúrgico es no más el que mejores éxitos obtiene y el que está indicado — ya precoz, ya precedido por otros recursos — en el mayor número de casos. Con él se podrá obtener, no sólo la salvación del hemorrágico sino también la curación del ulceroso.

Vimos que para que la intervención sea eficaz, tres condiciones fundamentales se exigían: 1°. La intervención lo más precoz posible siempre que se cuente con un caso adecuado; pero por encima de ésto, saber elegir el momento más oportuno y una preparación la mejor posible del enfermo; 2°. La clase de intervención que se practique; 3°. Que se cuente con un buen medio y con un cirujano hábil y experto en esta clase de intervenciones.

Correspondería referirse ahora a las diferentes clases de intervenciones que puedan practicarse, analizando a una por una, estudiando sus porcentajes de éxitos o de fracasos y haciendo otras diversas consideraciones sobre las mismas. Pero ello significaría invadir un terreno puramente quirúrgico. Son los cirujanos, en realidad, quienes pueden dar una opinión más autorizada en este asunto, haciendo el elogio y la crítica de cada una de las intervenciones realizables.

Debo pues limitarme únicamente a recordar la enorme importancia de la resolución que se adopte en este sentido, ya que de ella dependerá en gran parte la vida del enfermo.

Diré solamente, que de todas las intervenciones que puedan realizarse (paliativas, de hemostasia indirecta, de hemostasia directa con o sin resección), es, sin duda, **la resección** — gastrectomía, gastroduodenectomía — amplia o reducida, la que mejores resultados proporcionará. A ella debe acudir siempre que no exista alguna de las contraindicaciones anotadas más arriba (ver las indicaciones del tratamiento médico).

Cuando por causas debidas al mal estado general del paciente o a la lesión misma (úlceras inextirpables) no sea posible la resección, podrán practicarse, ya sea la gastroenterostomía, sola o con taponamiento o cauterización; la ligadura de los vasos

correspondientes de acuerdo a la topografía de la úlcera; la sutura simple de la úlcera; la cecostomía o yeyunostomía, etc.. Pero todas estas intervenciones, serán — salvo algunas excepciones — únicamente paliativas y en un segundo tiempo habrá que llegar seguramente a la resección, si se desea obtener un efecto más perdurable, tanto para la hemorragia como para la úlcera misma.

Esto es lo que se puede afirmar de acuerdo a la opinión sustentada por la mayoría de los investigadores y del estudio de las estadísticas. Adhiero mi modesta opinión en este sentido, según lo que he podido observar durante una breve pero empeñosa dedicación a este importante problema de la patología.

#### PARTE IV.

El número de casos observados asciende a catorce. Algunos otros que hubieran podido ser incluidos, los eliminé, pues no encuadraban, por diversas razones, en el tema en cuestión (deficiencias de su estudio, observaciones interrumpidas, hemorragias benignas o sintomáticas, etc.).

Ciertos recursos con que actualmente se cuenta para el mejor estudio de estos casos y a los cuales me he referido en la Parte II<sup>a</sup>. (gastroscopía, gastrofotografía, radiología de várices duodenales, etc.), no han podido ser practicadas. Hubiera sido interesante su empleo, sobre todo en algunas de las observaciones, pero son recursos de los cuales aún no disponemos a parte de que tienen sus contraindicaciones por el absoluto reposo a que están obligados estos enfermos.

Paso a relatar las observaciones, poniendo al final de cada una de ellas un resumen del diagnóstico y tratamiento practicados con el resultado obtenido.

---

## OBSERVACIONES

**Observación N° 1. —**

Santiago D., arg., 38 años, casado, agricultor. Ingresa al servicio de Clínica Médica del Profesor Temístocles Castellano el 16 de Agosto de 1934.

**A. H.** — Un hermano fallecido por úlcera gástrica perforada y otro, operado por úlcera igualmente, falleció poco después.

**A. P.** — Vivió siempre en Santa Fé y Córdoba. Tifus bien curado a los 12 años. No recuerda otras enfermedades. Esposa y tres hijos sanos. Muy fumador desde los 15 años. Moderado etilismo. Alimentación mixta, irregular y taquifagia. Estreñido habitual.

**A. E. A.** — Desde el año 1918, empieza a sufrir ardores y dolores epigástricos irradiados al dorso, antes de las comidas y postprandiales tardíos, calmándose con los alimentos y con el vómito, que a veces lo provoca con ese fin. Eran dolores periódicos.

En Enero de 1934, empiezan a exacerbarse estos síntomas y se inicia un descenso brusco del peso (perdió unos 15 kgrs.).

Hace pocos días tuvo una hematemesis abundante, la cual se repite en menor cantidad los días subsiguientes. Los vómitos se intensifican y adquieren el aspecto de "borra de café". En vísperas de ingresar al servicio, se repite una nueva y copiosa hematemesis la cual es seguida de melenas.

Se presenta en un estado de gran debilidad y anemia.

**Estado actual.** — Hombre muy desnutrido, de 1.63 mts. de estatura y 43 kgrs. de peso. Decúbito activo, preferentemente dorsal. Piel y mucosas revelando un grado marcado de anemia. Masas musculares reducidas; reacción miasténica pronunciada; tejido adiposo subcutáneo escasísimo. Gran postración y debilidad. No hay fiebre. No se palpan ganglios.

**Cabeza:** Algunas caries de 2° grado; dientes gastados y "manchados"; lengua tónica, húmeda y limpia.

**Tórax:** Simétrico y bien conformado. Ap. respiratorio normal. Ap. cardio-vascular: 96 pulsaciones; tensión arterial de  $9 \frac{1}{2}/6$  al V. L.; ritmo, tamaño del corazón y tonos normales.

**Abdomen:** Llama la atención la saliencia de la región hipogástrica contrastando con la excavación del epigastrio. Estando el enfermo de pié, siente alivio con el levantamiento de las vísceras y pared abdominal, acusando una sensación de dolor y de peso al soltarlas. Se observan contracciones gástricas intermitentes, despertadas por la excitación mecánica. Hay chapoteo gástrico en ayunas. Punto doloroso paraumbilical derecho.



Hígado, bazo, aparato génito-urinario normales.

**Sistema nervioso:** Reflejos, tendinosos disminuídos de intensidad. Lentitud en la ideación.

Se practica un lavaje bicarbonatado tibio, extrayéndose restos alimenticios y coágulos sanguíneos viejos y recientes.

**Examen radiológico:** “Estómago atónico, alargado, con líquido de retención y todos los signos radiológicos de obstrucción orgánica del píloro. El examen de las diferentes posiciones no revela lesión orgánica del estómago, salvo la existencia de una **gastritis crónica** manifestada por el engrosamiento de los pliegues de la mucosa. Ver radiografía. El bulbo duodenal, que tarda en llenarse, está persistentemente deformado y “pequeño”. **“Diagnóstico radiológico:** Gastritis crónica y atonía “gástrica. Úlcera del bulbo duodenal”. — Fdo.: CÉSAR VERDE.

**Análisis de sangre.** G. rojos 3.550.000, Hemoglobina 56 %, g. blancos 9.000, polinucleares neutrófilos 69 %, p. eosinófilos 2 %, p. basófilos 1 %, linfocitos 25 %, grandes mononucleares 3 %. Plaquetas 230.000, tiempo de coagulación 13', t. de hemorragia 3' 40".

Reacciones de Wassermann y de Kahn negativas. Reacción de Roffo negativa. Dosaje de úrea 0.40 ‰.

**Análisis de materia fecal:** Al examen microscópico se constatan numerosos hematíes. Rs. de Weber y Addler positivas.

Fdo.: O. GIRARDET

Se somete al enfermo a un tratamiento a base de suero glucosado y fisiológico, cloruro de sodio al 20 % 30 cc. intravenoso, coaguleno, alcanfor, dieta y reposo absoluto, hielo al vientre.

Al cuarto día de este tratamiento se nota alguna mejoría, pero hace nuevamente una hematemesis de 200 c.c. más o menos, seguidas de melenas en regular cantidad.

Considerando que se trata de un caso quirúrgico por numerosas razones (atonía, gastritis, obstrucción, úlcera hemorrágica), se pide consulta con un cirujano (Dr. Juan Martín Allende), quien aconseja que sea intervenido previa una preparación lo más urgente posible, a base de la intensificación del tratamiento ya instituído.

Un nuevo análisis de sangre daba: G. rojos 2.800.000, hemogl. 47 %, g. blancos 9.200. El peso descendió a 41 kgrs.

**Intervención.** — Cirujano Dr. J. M. Allende. Anestesia a la novocaína-adrenalina. Laparatomía supra-umbilical. Estómago muy grande y dilatado (ver informe anátomo-patológico). Gastrectomía transmesocólica. El enfermo soportó muy bien la operación.

Postoperatorio muy bueno. Se hacen sueros subcutáneos Murphy glucosado y fisiológico, extracto de hígado, hierro, alimentación progresiva a base de leche, jugo de frutas, jugo de carne.

A los 10 días de intervenido, había aumentado 3 kgrs. de peso y el examen de sangre daba: G. rojos 3.600.000, hemogl. 58 %, g. blancos 8.600.

Veinte días después, vale decir, a un mes de la intervención, pesaba 52 kgrs. y los g. rojos subieron a 4.100.000.

Desde entonces lo sigo observando periódicamente. Ha levantado su peso a 60 kgrs. y el estado general es muy bueno. La investigación de sangre en materia fecal es negativa. Continúa con opoterapia hepática.

Un nuevo examen radiológico decía: "Se constatan ya el pseudo-píloro y el pseudo-bulbo. La nueva boca funciona bien, siendo la evacuación normal. No hay signos visibles de lesión".

Fdo.: CÉSAR VERDE

**El estudio anátomo-patológico** de la pieza de resección (ver fotografía de la pieza y microfotografías), dió el siguiente resultado:

"La úlcera, situada en la primera porción del duodeno — cara posterior del bulbo — e inmediatamente después del píloro, es profunda y anfractuosa, presentando como hecho más característico una intensa vascularización que llega a tomar en algunos puntos un aspecto angiomatoso. A este nivel — donde faltan por completo vellosidades y glándulas — se encuentran, además, pronunciados fenómenos de infiltración inflamatoria crónica, que invadiendo los restos de la submucosa, penetran en la muscular en forma de tramos que se extienden a gran distancia de la lesión ulcerosa. En los bordes de la úlcera, lo mismo que en las partes profundas, sigue impresionando la intensidad de los fenómenos congestivos y de las sufusiones hemorrágicas que llegan a interesar, a semejanza de lo que pasa con los hechos inflamatorios, porciones muy alejadas. En las regiones donde la infiltración no es tan acentuada, se observan hechos de esclerosis y de perivascularitis".

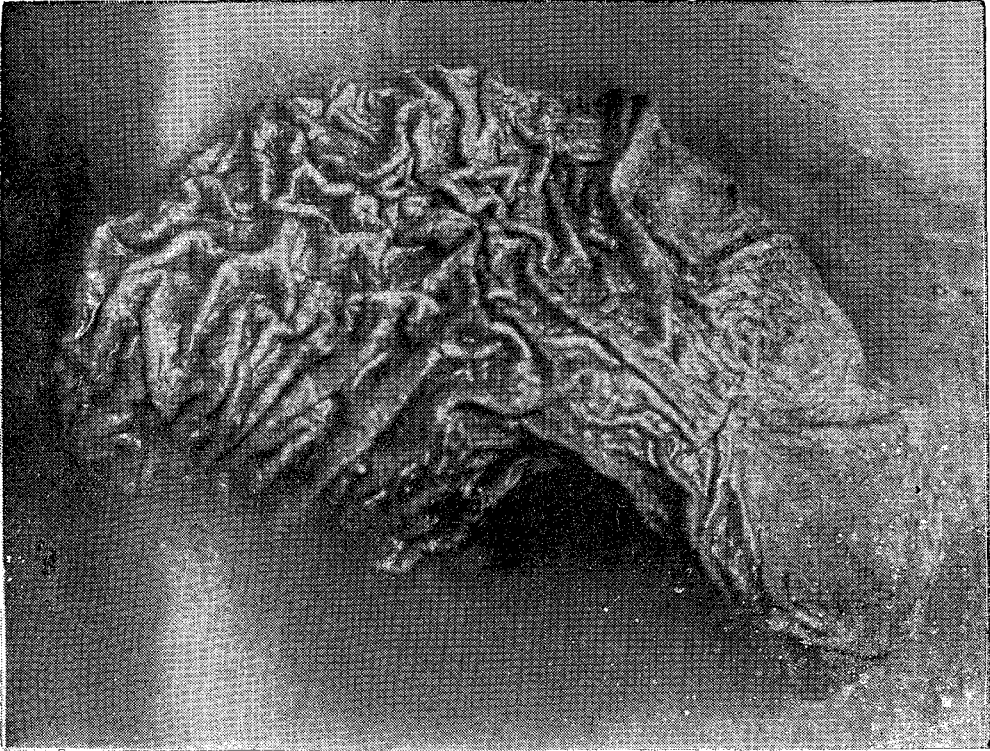
"En los fragmentos de pared extraídos a nivel del antro, se encuentra un adelgazamiento de la mucosa y fenómenos de edema que interesan la submucosa. En el resto del estómago pueden apreciarse manifestaciones de gastritis crónica".

Fdo.: F. STRADA

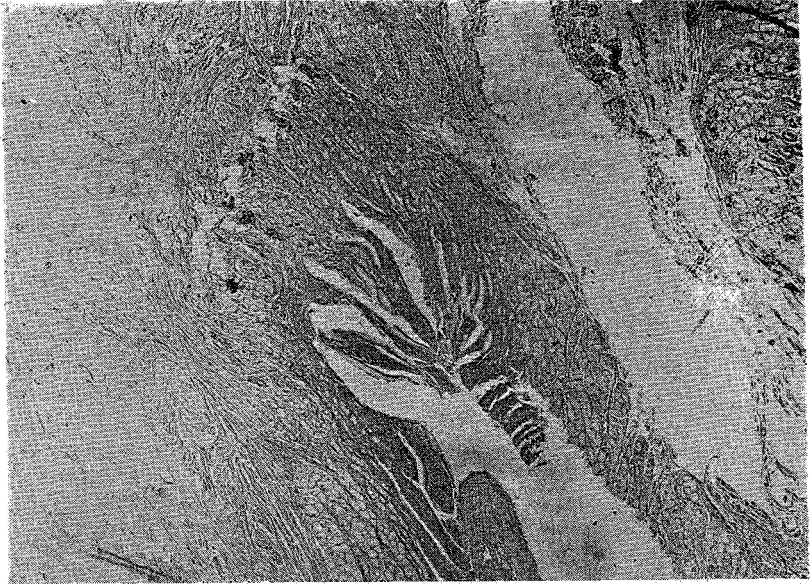
**En síntesis:** Úlcera del bulbo duodenal, cara posterior, con vieja historia. Oclusión pilórica; atonía y gastritis crónica. Hemorragias graves y repetidas. Gastro-duodenectomía. Curación.



Observación N°. 1, radiografía del estómago.



Observación N°. 1, fotografía del estómago.



Observación N°. 1, microfotografía (Dr. G. Brusco).



Observación N°. 1, microfotografía (Dr. G. Brusco).

**Observación N° 2. —**

Es ésta una de las observaciones más interesantes y que más enseñanzas pueden dejar, en cuanto al diagnóstico especialmente.

Santiago B., 44 años, casado, comerciante, italiano. Ingresa al servicio de Clínica Médica del Profesor Temístocles Castellano, sala VII cama 1 del Hospital N. de Clínicas, el 4 de Julio de 1934.

**A. H.** — Padre de 74 años, sano; madre muerta de cáncer de mama; 4 hermanos sanos y 2 muertos en la infancia.

**A. P.** — Vive en Córdoba desde que llegó de Italia a la edad de 4 años. Tifus a los 20 años, neumonía a los 26; blenorragia y algunas gripes.

Alimentación común, mixta, desordenada en cuanto a los horarios y cantidad. Gran fumador desde joven. Bebedor de vino en regular cantidad. Esposa y 1 hija sanas. Vientre corriente, apetito conservado.

**A. E. A.** — Interrogado detenidamente el enfermo, no se recoge ningún antecedente remoto ni próximo en el sentido de sufrimientos anteriores de parte del aparato gastro-intestinal; hasta el año p.p. en que, al parecer, empieza su enfermedad. En efecto, por Agosto de 1933, aparecen melenas de poca cantidad, con los caracteres de hemorragias altas, durando 4 días y sin afectar mayormente al paciente, quien continúa sus ocupaciones y régimen habitual de vida. Hace 15 días, tiene bruscamente una fuerte hematemesis y a la tarde del mismo día, melena abundante inmediatamente después de un estado lipotímico. Horas después, nuevas hematemesis en dos oportunidades más a raíz de las cuales el enfermo queda con el cuadro de una anemia sobreaguda y grave, salvándose — puede decirse — con una transfusión de 500 c.c. de sangre, la cual es repetida al día siguiente en el hospital Español. Poco después, nueva melena de regular cantidad. El enfermo se encontraba en muy graves condiciones, no se había llegado a un diagnóstico preciso y en tales condiciones se juzgó más prudente someterlo a un tratamiento médico.

El examen general del enfermo, a parte de los síntomas subjetivos y objetivos de la anemia, no revelaba ninguna anormalidad apreciable. No se hizo el examen radiológico en esos momentos, dada la gravedad del caso y las hemorragias.

**El examen de sangre daba:** G. rojos 1.950.000, hemogl. 35 % (Sahli), g. blancos 7.900, polin. neutróf. 70 %, p. eos. 1, linfoc. 25, g. mononuc. 4. Tiempo de hemorragia 3', t. de coagulación 12', plaquetas 250.000

Wassermann y Kahn negativas. Urea en suero 0.21 ‰.

**Orina:** Normal. **Materia fecal:** Hay sangre macroscópicamente apreciable.

Se prescribió un reposo absoluto, bolsa de hielo, coaguleno, cloruro de calcio, dieta absoluta, sueros fisiológico y glucosado en dosis moderadas, aceite alcanforado y 1/2 mgm. de adrenalina. Además, se repitió la transfusión haciendo 300 c.c. de sangre citratada.

En los días subsiguientes se notó una mejoría apreciable: los g. rojos ascendieron a 3.700.000, las hemorragias no se repitieron y el enfermo pidió el alta del hospital Español donde se asistía. Antes de salir se hizo una radioscopia (Dr. Pitarch), no encontrándose lesión orgánica visible.

El 3 de Julio de 1934, un día antes de su ingreso al hospital de Clínicas, estando el enfermo en pie, acusa nuevamente fuertes hematemesis, seguidas, horas después, de melenas. Se le practica una transfusión de urgencia (200 c.c. de sangre citratada) y al día siguiente se lo interna en el servicio de C. Médica del Prof. Teófilo Castellano en el hospital de Clínicas.

**Estado actual.** — (4. VII. 1934). Hombre bien constituido, en mediocre estado de nutrición, decúbito dorsal activo. Temperatura de 37.2. Masas musculares y tejido adiposo reducidos. Llama la atención la palidez muy pronunciada de la piel y mucosas.

Lengua algo seca y saburral. Piorrea moderada.

**Cuello:** Nada de especial.

**Tórax:** Simétrico y bien conformado. Aparato respiratorio normal. Aparato cardio-vascular: 130 pulsaciones, tensión arterial de 10/6.5 al V. L.

**Abdomen:** Vientre ligeramente excavado y paredes abdominales algo tensas. No hay puntos dolorosos ni se palpa ninguna tumoración.

**Hígado:** Investigado prolijamente, su tamaño es normal y no hay signos de insuficiencia hepática. Bazo en sus límites normales. Aparato uro-genital normal. Sistema nervioso normal.

**Análisis de sangre:** G. rojos 2.200.000, hemogl. 40 %, g. blancos 8.600, polin. neutrófilos 71, p. eosinófilos 1, linfoc. 24, gr. mononucl. 3 %. Tiempo de hemorr. 3', t. de coagul. 12'. Plaquetas 260.000. Reticulocitos en sangre 3 % (Friedländer y Wiedemayer).

Wassermann y Kahn negativas. Urea en suero sanguíneo 0.37 ‰. Reserva alcalina 48.1 % (Van Slyke).

**Orina:** normal. — **Materia fecal:** Se observan abundantes glóbulos rojos sanos y destruidos. Rs. de Weber y Addler positivas.

Aunque significaba algún peligro para el enfermo, se resuelve practicar un examen radiológico a fin de aclarar las dudas diagnósticas, ya que el paciente carecía de antecedentes ulcerosos y no se encontraba al examen clínico ninguna otra afección que fuera capaz de justificar las hemorragias.

**El examen radiológico** fué negativo “no encontrando ningún síntoma directo ni indirecto de lesión gástrica o duodenal”.

Sospechando, a pesar de todo, la existencia de una úlcera, se inicia un tratamiento médico a base de reposo, dieta, sueros, tonicardiacos, extracto hepático inyectable, cloruros de sodio y calcio, coagulantes y hielo. Sus beneficios pudieron apreciarse en pocos días. Un nuevo examen de sangre practicado el día 12 de Julio — ocho días después de su ingreso — daba: G. rojos 2.700.000, hemoglob. 71 %, eosinófilos 5 %, reticulocitos 9 % (O. Girardet).

Se inicia alimentación per os con leche diluída, jugo de frutas, agua bicarbonatada. El enfermo reacciona rápidamente, las hemorragias no se reproducen y sólo hay melenas microscópicas. Las buenas condiciones en que se encontraba nos permiten, a los 15 días de su ingreso, repetir el examen radiológico a fin de aclarar el diagnóstico.

Se lo examinó en diferentes posiciones, principalmente en decúbito ventral, se hicieron seriogramas (ver radiografías seriadas), estudio de los pliegues de la mucosa (ver radiografía), etc., sin que a la lesión fuera posible ponerla de manifiesto. El informe decía: “No hay síntomas de lesión orgánica en estómago y duodeno. El estudio de los pliegues de la mucosa gástrica no demuestra alteración de los mismos. Las radiografías seriadas del duodeno son normales”.

Después de dos meses de observación y de tratamiento médico, el enfermo pide el alta saliendo muy mejorado.

El diagnóstico clínico — sin poder asegurarse — era el de **úlcera gástrica a forma primitivamente hemorrágica.**

Pero vino una tercera etapa en la evolución de este interesante caso.

Después que salió del hospital, la mejoría continuaba y el enfermo volvió a sus tareas habituales. A fines del mes de Octubre, vale decir, cuatro meses y medio después de sus primeras



hemorragias, se vuelven a producir violentas y abundantes hematemesis. Es internado en un sanatorio particular y previo un tratamiento médico de urgencia, es sometido a un nuevo examen radiológico.

El resultado de este examen fué de gran interés, encontrándose, a la **sexta radiografía**, "una úlcera pequeña en cara anterior de la vertiente duodenal del píloro". — Fdo.: Carlos Quiroga Losada. (Ver radiografía última).

Aunque el caso era, sin duda, grave, se resuelve la intervención inmediata previa transfusión sanguínea y preparación.

Cirujano: Dr. P. L. Mirizzi. Anestesia local a la percaína adrenalina. Laparatomía supraumbilical. Llegado al estómago y duodeno, se comprueba la presencia de una úlcera en la vertiente duodenal del píloro, cara anterior. Es pequeña, profunda, sin adherencias. Teniendo en cuenta las malas condiciones del enfermo, se limita a una gastroenterostomía posterior. La intervención fué bien tolerada.

Postoperatorio bueno. Mejoría progresiva, encontrándose unos días después en buenas condiciones, con buen estado general, pulso 86', tensión arterial de 12/7.5 al V. L., glóbulos rojos 4.100.000, hemoglobina 82 % (Sahli).

**En síntesis:** Enfermo sin antecedentes de lesión ulcerosa y cuya historia de su padecimiento puede dividirse en tres etapas sucesivas:

- 1°. Hemorragias graves a repetición; no se hace diagnóstico etiológico preciso. Tratamiento médico: Mejoría transitoria.
- 2°. Hemorragias graves a repetición; se sospecha úlcera a comienzo hemorrágico, pero no se obtiene confirmación radiológica. Tratamiento médico: Mejoría transitoria.
- 3°. Nuevas hemorragias, más graves aún que las anteriores. Diagnóstico radiológico y quirúrgico: **Úlcera de cara anterior del píloro**. Tratamiento quirúrgico: curación hasta la actualidad.



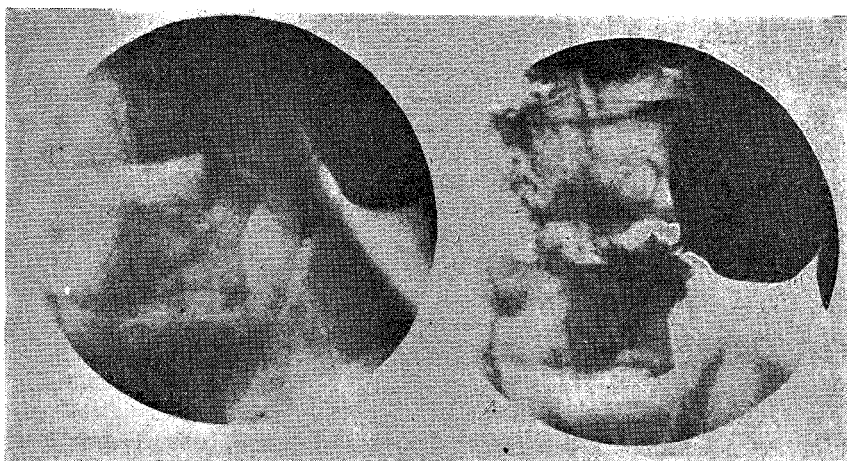
Observación N°. 2, radiografía del estómago



Observación N°. 2, el Bulbo duodenal aparece normal.



Observación N°. 2, pliegues de la mucosa.



Observación N°. 2, seriograma del búlbo duodenal demostrando su marcada y persistente deformación.

**Observación N°. 3. —**

Francisco M., arg., 37 años, casado, lechero, domiciliado en Km. 4 del camino a Río Ceballos.

Lo atendía desde mediados del año 1933 por padecer de una úlcera gástrica en parte media de pequeña curvatura, controlada clínica y radiológicamente.

**A. H.** — Sin importancia.

**A. P.** — Vivió siempre en la campaña de esta provincia. No recuerda enfermedades anteriores, salvo una que otra grippe benigna.

Gran fumador y etilista moderado pero habitual. Alimentación común, muy condimentada y a horarios irregulares. Espesa y tres hijos sanos. Trabajos rudos y a la intemperie.

**A. E. A.** — Desde hace un año y medio empieza a sentir ardor y dolor postprandial — una o dos horas después — con asiento epigástrico y propagación a los flancos y al dorso.

Ha perdido algunos pocos kgrs. de peso. Apetito conservado; moderado estreñimiento desde el comienzo de su enfermedad. Nunca tuvo vómitos ni hemorragias anteriores.

Mediante los datos de la anamnesis y del examen clínico, se sospechó la existencia de una úlcera gástrica, confirmándose la

con el examen radiológico, el cual demostraba la presencia de un nicho en parte inferior de pequeña curvatura.

Una vez hecho el diagnóstico, se inicia un tratamiento médico: Dieta del tipo Salomón para úlceras, alcalinos, proteinoterapia, reposo. Mejora el enfermo de su sintomatología, con aumento de peso, desaparición del dolor y ardores y regularización de su funcionamiento gastrointestinal.

En la noche del 30 de Octubre (año 1933), es llevado el enfermo a mi consultorio por haber comprobado, minutos antes, una hematemesis cuya cantidad la calculaban sus familiares en más de un litro de sangre. Mientras procedo a la terapéutica de urgencia — previo reconocimiento y después de hacer el diagnóstico de hematemesis por úlcera gástrica — se produce una nueva hemorragia de unos 200 c.c.

Es sometido el enfermo a un tratamiento médico riguroso: Reposo absoluto en cama, bolsa de hielo al vientre, cloruro de calcio intravenoso, dieta absoluta, sueros fisiológico y glucosado, gota a gota rectal. A las 24 horas del primer accidente, se reproduce la hematemesis en pequeña cantidad esta vez. El estado general es aún bueno; la tensión arterial es de 10.5/5 al V. L. (diez días antes de las hemorragias era de 13/6.5); 90 pulsaciones, diuresis buena. Se produce una deposición sin sangre.

Se le practica entonces una primera transfusión de sangre citratada, con dador del grupo II igual que el del enfermo y en cantidad de 450 c.c., continuándose con la terapéutica anterior. Un análisis de sangre daba: G. rojos 3.700.000, hemoglob. 56 %, g. blancos 9.600, polinucl. neutr. 72, eosinóf. 4, g. mononucleares 4 %, linfocitos 20 %.

Pocas horas después, nuevamente gran hematemesis. La tensión arterial descendió a 9.5/3., 110 pulsaciones; se produce una melena de regular cantidad. Hay 37.2 de temperatura, lengua seca, zumbidos de oídos. G. rojos 3.150.000, hemoglob. 50 %, tiempo de hemorr. y de coagulación normales.

Nuevas transfusiones con ocho horas de intervalo que suman 750 c.c., las cuales mejoran el estado general, hasta que al día siguiente se producen nuevamente las hematemesis en tres oportunidades. En ese día los g. rojos descendieron a 2.800.000 y la hemoglobina a 48 %.

Considerando la gravedad del caso y en vista del fracaso del tratamiento médico, el cual nos resultaba impotente para evitar la repetición de las hemorragias, se consulta la opinión de un cirujano sobre la posibilidad de una medida quirúrgica; aconsejando éste continuar con el tratamiento médico y las transfusiones, pues se deseaba intervenir en mejores condiciones, una vez

yuguladas las hemorragias. Pero éstas reaparecen en varias ocasiones más y 48 horas después el estado de nuestro enfermo era el siguiente: Gran postración y debilidad marcadísima; vientre timpanizado, sin cubrir la matidez hepática y algo sensible a la presión, 106 pulsaciones, tensión de 7/2 al V. L., tonos apagados y corazón ligeramente dilatado en todos sus diámetros. Se producen hematemesis fraccionadas y melenas de sangre vieja y putrefacta. G. rojos 1.900.000, g. blancos 8.200, rel. globular 1/231.5, hemoglob. 31 %, V. G. O. 81, p. neutróf. 72, p. eosinóf. 6, linfoc. 21, g. mononuel. 1. Normoblastos, poiquilocitosis, anisocromia, regular número de eritrocitos policromatófilos.

A pesar de la extrema gravedad del caso, cada vez mayor, se pide una nueva consulta con un cirujano, quien, previo estudio del caso, resuelve su intervención inmediata. Es preparado con transfusión de 400 c.c. de sangre (grupo II) sueros y tónicos cardíacos.

Cirujano: Dr. Antonio Nores. Anestesia a la novocaína-adrenalina. Abierta la cavidad abdominal por laparatomía supraumbilical, se llega al estómago el cual está dilatado y con algunos coágulos sanguíneos que se palpan al través de su pared. Se comprueba la existencia de **pequeña úlcera pre-pilórica, profunda, sin adherencias ni perforación**. Se practican ligaduras de coronaria estomáquica y gastroepiploica derecha, haciéndose acto seguido una gastroenterostomía. La intervención fué perfectamente tolerada por el enfermo.

A la mañana siguiente, el estado general había mejorado. Se practica una nueva transfusión (400 c.c.), sueros, tónicos cardíacos; hay 116 pulsaciones. No se repiten las hematemesis en todo ese día pero había melenas en regular cantidad, de sangre retenida. A las 24 horas de la intervención la mejoría parecía continuar, pero un nuevo conteo de glóbulos rojos reveló una disminución de 1.800.000 y 30 % de hemoglobina, señal de que la hemorragia no se había coartado.

Horas después se produce una nueva hematemesis pequeña seguida por otras que se repiten todo el día. Se empeora progresivamente, los g. rojos bajan a 1.200.000, la tensión arterial es indeterminable y el enfermo fallece. No fué posible practicar autopsia.

**En síntesis:** Úlcera prepilórica, posiblemente angioterebrante y con abundantísimas hemorragias. Fracaso del tratamiento médico. **Intervención quirúrgica tardía.** Ligaduras y gastroenterostomía. Muerte.

**Observación N°. 4. —**

Br. de Kon. de V., argentina, 28 años, casada, q. d., domiciliada en esta ciudad.

**A. H.** — Padres y siete hermanos sanos.

**A. P.** — Vivió siempre en Córdoba, siendo de origen sajón. No recuerda enfermedades anteriores. Casada hace pocos meses con hombre sano. No hay embarazo. Alimentación común; ligero estreñimiento desde hace mucho tiempo.

**A. E. A.** — Ya hace unos cuatro o cinco años, acusó dolores que por sus caracteres hicieron pensar en litiasis biliar. Poco después, las manifestaciones se hicieron notorias en favor de úlcera gástrica y, al decir de la enferma, en varias ocasiones tuvo melenas de pequeña cantidad que coincidían con una mejoría de sus molestias.

El 28 de Noviembre de 1933, aparece una fuerte hematemesis seguida, con escasos intervalos, de una melena. Se le prescribe tratamiento médico: Reposo absoluto, hielo al epigastrio, sueros, coagulantes, etc.. No se repite la hemorragia, la enferma se siente bien y se inicia a los 5 días una alimentación por boca a base de leche y crema cada 4 horas.

El 5 de Diciembre por la mañana, aparecen síntomas de hemorragia interna: Zumbidos de oído, taquicardia, palidez marcada de la piel y mucosas, estado lipotímico. Un conteo de g. rojos da 2.500.000 y hemoglobina 47 %. Pocas horas después el estado tiende a agravarse rápidamente y un nuevo análisis revela brusco descenso de los g. rojos a 1.200.000.

Se practican transfusiones sanguíneas repetidas y en junta de médicos se resuelve llevar a cabo la intervención esa misma noche. Los glóbulos rojos habían ascendido a 1.800.000 después de la transfusión.

Cirujano: Dr. Bertola. Anestesia local con novocaína-adrenalina. Una vez llegado al estómago por laparatomía supraumbilical, se sospecha la existencia de una úlcera del bulbo, vecina al píloro y para demorar menos el acto quirúrgico, dada la gravedad de la enferma, se hace taponamiento y gastroenterostomía. Enseguida, nueva transfusión de 350 c.c., bien tolerada, después de la cual los g. rojos ascienden a 2.300.000 y la hemoglobina a 44 %.

A las 48 horas de la intervención, el estado general era bueno y no había síntomas que hicieran pensar en una nueva hemorragia, sacándose poco después el taponamiento. La enferma sale del sanatorio pocos días después, sin acusar síntomas de hemorragia y con un marcado mejoramiento del estado general.

Pero desgraciadamente la evolución del caso no terminó aquí. Llevaba más de un mes de la operación, el estado general era muy



bueno, los g. rojos habían ascendido a 4.500.000 y las hemorragias no se habían vuelto a presentar; hasta que, súbitamente, hace una hematemesis muy abundante. Se le prescribe tratamiento médico y transfusiones pero la hemorragia se repite insistentemente y en gran cantidad.

Un examen radiológico reveló que la boca de la gastroenterostomía funcionaba bien (Dr. César Verde) y en vista de la gravedad del caso y de lo ineficaces que resultaban los recursos médicos, es nuevamente intervenida en la noche del 5 de Febrero de 1934.

Cirujano: Dr. Bertola. Se practica una resección amplia (gastroduodenectomía) la cual es bien tolerada durante el acto operatorio mismo, pero algunas horas después la enferma fallece en estado de choc.

El estudio anátomo-patológico de la pieza reseçada — cuya fotografía acompaño — dió el siguiente resultado:



Observación N°. 4, fotografía de la pieza reseçada.

“Se trata de una úlcera superficial, con escasa infiltración inflamatoria y destrucción de la mucosa, conservándose la estructura glandular y profunda. Hay escaso pigmento hemático en las tónicas musculares. Macroscópicamente: La ulceración está

“ localizada en la porción pilórica y tiene una dirección paralela  
 “ al esfínter pilórico, abarcando una longitud de dos centímetros  
 “ y una altura que varía entre cinco milímetros y un centímetro.  
 “ Los bordes de la ulceración aparecen despegados”. — Fdo.: F. Strada.

**En síntesis:**

Úlcera de la región pilórica, con hemorragias graves, rebeldes al tratamiento médico. Una primera intervención de carácter conservador, la gastroenterostomía, resulta solamente paliativa por un corto tiempo. Al repetirse las hemorragias, se practica, ya tarde, una gastrectomía. Muerte.

**Observación N° 5. —**

Florentino Z., español, 36 años, soltero, mozo de hotel. Ingres a la sala V, cama 14 del hospital de Clínicas, servicio del Prof. P. L. Mirizzi, el 7 de Diciembre de 1933.

**A. H.** — Sin importancia.

**A. P.** — Vive en esta ciudad desde que vino de España en la infancia. Lleva una vida muy desordenada, abusando del alcohol y tabaco, comiendo a horarios irregulares, apurado; muy trasnochador. Tifus y blenorragia bien curados. Niega lúes.

**A. E. A.** — Hace veinte días se iniciaron sus molestias, consistentes en dolores, principalmente en región epigástrica, calmándose con la alimentación para reaparecer 2 ó 3 horas después. Dice no haber sentido antes más molestias que acideces pasajeras y periódicas. Mientras tanto el enfermo continúa con su régimen habitual de alimentación y de vida, sin prestar cuidado alguno a sus dolencias.

El 1° de Diciembre, encontrándose en el retrete, es sorprendido por una abundante deposición de color negruzco, semifluida, a semejanza del alquitrán, sin acompañarse de dolor alguno. En los dos días subsiguientes continuaron reproduciéndose estas deposiciones en número de 1 a 3 diarias, con las mismas características que la primera en cuanto a su aspecto y abundancia.

Al 4° día tiene una lipotimia con caída y pérdida del conocimiento, estando obligado desde entonces a guardar reposo en cama. Las hemorragias continúan y una abundante hematemesis se produce poco antes de su ingreso al servicio.

**Estado actual.** — Enfermo en buen estado de nutrición. Piel y mucosas muy anémicas. Decúbito indiferente. Temperatura de 37 — 37.8°.

**Cabeza:** Nada de particular, salvo las manifestaciones anémicas de la piel y mucosas y el mal estado de la dentadura (caries y piorrea).

**Cuello:** Normal.

**Tórax:** Normal. Aparato respiratorio normal. Aparato cardiovascular: 110 pulsaciones, tensión arterial de 11/7 al V. L. Ritmo, área, tonos, ect. normales.

**Abdomen:** Bien conformado, sin circulación colateral ni ascitis. Puntos dolorosos epigástrico medio y paraumbilical derecho. Hígado y bazo de tamaño normal. No hay síntomas de insuficiencia hepática.

**Sistema nervioso:** Obnubilación parcial del psiquismo.

**Examen de sangre:** G. rojos 2.000.000, hemoglobina 47 %, g. blancos 8.200, p. neutróf. 67, p. eosinóf. 1, linfocitos 28, g. mononucleares 4 %. Moderada anisocitosis, raros poiquilocitos. Tiempo de hemorragia 3' 10', t. de coagulación 12'. (O. Girardet).

Rs. de Wassermann y de Kahn negativas. Dosaje de úrea 0.36 ‰.

**Análisis de orina:** normal.

Dadas las condiciones de gravedad en que ingresó, no se consideró prudente practicar exámenes radiológicos ni otras investigaciones que impidieran el reposo absoluto del órgano, en que se lo colocara. Fué sometido, por consiguiente, a un tratamiento médico a base de transfusiones de sangre (600 c.c. en dos veces), sueros, reposo, dieta absoluta, alcanfor, coagulantes.

Reaparece una vez más otra hematemesis al 5° día, pero esta vez de poca cantidad y en los días subsiguientes elimina por vía rectal los coágulos retenidos. Con la prosecución del tratamiento médico el enfermo mejora y diez días después de su ingreso, el examen de sangre reveló un aumento de los g. rojos a 3.050.000, hemoglobina 56 %.

La mejoría continuó en los días subsiguientes (g. rojos 3.950.000), pero una nueva melena demostró que las hemorragias tendían a repetirse.

Un examen radioscópico decía: "Estómago excitado, del tipo del estómago duodenal. No presenta lesión orgánica. Bulbo duodenal deformado persistentemente y dejando ver una pequeña imagen (mancha) en cara posterior. Diagnóstico radiológico: Úlcera del bulbo duodenal". (Fdo.: Carlos Quiroga Losada). Ver radiografía.

Se resuelve la intervención la cual es llevada a cabo 25 días después de su ingreso.

**Cirujano:** Dr. P. L. Mirizzi. Anestesia raquídea a la percaína, muy bien tolerada. Laparatomía mediana supra-umbilical. Se

constata la presencia de una úlcera en cara posterior del bulbo duodenal, vecina al píloro y una infiltración de la región circundante. Es practicada una gastroduodenectomía Billroth II.



Observación N°. 5, radiografía de estómago y duodeno.



Observación N°. 5, bulbo duodenal.

Postoperatorio muy bueno. Temperatura hasta 38° los dos primeros días. No se repiten más las hemorragias, continuándose con opoterapia hepática y régimen de alimentación progresivo y adecuado a la gastrectomía.

A los 10 días de la operación los g. rojos habían aumentado a 4.300.000 y la hemoglobina a 72 %. (Fdo.: O. Girardet).

El enfermo es vigilado hasta la actualidad encontrándose en perfectas condiciones. El último examen de sangre daba: g. rojos 5.000.000, hemoglob. 82 % (Agosto de 1934). En materia fecal no hay sangre a la investigación microscópica directa y mediante las pruebas de Weber y Meyer.

**El examen anátomo-patológico** de la pieza reseçada dejaba ver "una úlcera no callosa, sin adherencias, del tamaño de una moneda de cinco centavos, asentando en la cara posterior del "bulbo duodenal; no revela la presencia de fenómenos inflamatorios ni degenerativos". Fdo.: F. Strada.

**En síntesis:** Enfermo sin pasado gástrico claro, que presenta hemorragias muy graves, al parecer de origen ulceroso. El tratamiento médico, inclusive las transfusiones de sangre, salva la situación del primer tiempo. Operación poco días después de la última hemorragia, haciéndose resección amplia (gastroduodeneotomía).

Diagnóstico: Úlcera duodenal hemorrágica. Curación.

### Observación N° 6. —

Clara de Ch., arg. 22 años, casada, q. d. Ingresa a la "Clínica Alemana" el día 25 de Febrero de 1934.

**A. H.** — Sin interés.

**A. P.** — Ha sido siempre sana. Esposo y un hijo sanos. Estreñimiento moderado; alimentación común, mixta y ordenada.

**A. E. A.** — Ya desde hacía unos meses acusaba dolores en la región paraumbilical derecha, periódicos y sobre todo postprandiales.

El 13 de Febrero de 1934, estando en Buenos Aires, empieza un estado infeccioso en el cual predominaban la fiebre — hasta 39-40°. — y algunos dolores abdominales intensos, variables en su horario y asentando principalmente en la región epigástrica. Allí es tratada durante unos días, llamando la atención de uno de los médicos que la asistieron (Dr. Naón), la existencia de una tumoración pequeña y dolorosa en parte derecha del epigastrio.

Como la enfermedad prosiguiera, es traída a Córdoba e internada en un sanatorio en estado de gravedad, pensándose en la posibilidad de una infección eberthiana.

El 4 de Marzo aparece una hematemesis abundante y melenas de sangre oscura. Al día siguiente se repiten las hemorragias, haciéndose una transfusión de 300 c. c. de sangre citratada, con buena tolerancia, a más del tratamiento médico del caso. Diez días después de las hematemesis y melenas, éstas reaparecen, siendo la intensidad y abundancia mayores que la primera vez. Se hacen nuevas transfusiones que son seguras de otras tantas hemorragias, acompañadas de dolor epigástrico y de gran desmejoramiento del estado general.

**El estado actual** en esas circunstancias era el siguiente:

Estado de nutrición muy malo, escasísimo tejido adiposo subcutáneo, masas musculares muy reducidas y marcada reacción miasténica. Temperatura de 37.5 — 38.5°. No se palpan ganglios. Piel y mucosas muy anémicas, sin ictericia. Facies demacrada, pálida, ojerosa. Decúbito dorsal semiactivo. Lengua húmeda. No hay gingivorragias ni epistaxis.

**Aparato respiratorio** normal. **Aparato cardio-vascular**: 122 pulsaciones, tensión arterial de 10/7.5 al V. L.

**Abdomen**: Vientre excavado en batea. Observando bien, puede apreciarse una ligera saliencia en los límites del epigastrio con el hipocondrio derecho, por encima del ombligo.

A la palpación: paredes flácidas, depresibles. En el lugar antes mencionado, se palpa una tumoración en forma de plastrón, a límites poco netos, bastante dolorosos, adherente a los planos profundos y que no desciende al respirar (Dr. Temístocles Castellano).

El hígado es de tamaño normal. No hay ictericia ni síntomas clínicos de insuficiencia hepática. Bazo no se palpa ni se percute agrandado.

Exámenes de sangre: Rs. de Wassermann y de Kahn negativos. Dos. de úrea 0.42 por mil. Reacción de Widal negativa. Reacción de Huddleson negativa.

Citológico completo de sangre: G. rojos 2.100.000 (después de varias transfusiones); hemoglobina 40 %, g. blancos 9.400, p. neutrófs. 70, p. eosinófs. 0.5, p. basóf. 1, linfoc. 25, gr. mononuel. 3.5. Plaquetas 360.000, t. de hemorr. 4' 20", t. de coagul. 13'.

**Análisis de orina**: Vestigios de albúmina. **Materia fecal**: Hay sangre macroscópicamente visible. Dadas las condiciones de gravedad de la enferma no se consideró prudente practicar el examen radiológico.

El tratamiento médico instituido a base de reposo absoluto, dieta, coagulantes, transfusiones repetidas, lavados tibios con percloruro de hierro, ect. no daba resultado y la enferma se agravaba cada vez más. En estas condiciones se aconsejó la intervención quirúrgica como un recurso extremo.

Cirujano: Dr. J. Zilvetti Carranza. "Anestesia local y es-plácnica: 60 c.c. de novocaína-adrenalina al 0.50 %, muy bien tolerada. Transfusión de 500 c.c. de sangre durante el acto operatorio.

"Abierto el vientre se constata en región epigástrica, a la derecha e inmediatamente por encima del ombligo, un plastrón adherente y difuso, que engloba duodeno y cara inferior de hígado, palpándose una parte más o menos dura en el centro del mismo. Todo intento de pespegarlo es seguido de una hemorragia en napa de las adherencias.

"En estómago se palpa una pequeña zona bien circunscripta, de consistencia dura, asentando en el antro pilórico".

"Gastrectomía Ofmeister-Finsterer. Diagnóstico quirúrgico: **Úlcera duodenal hemorrágica del tipo angioterebrante, con plastrón de periduodenitis e inextirpable. Probable úlcera pequeña del estómago**".

El postoperatorio de los primeros días fué bueno, continuándose con transfusiones, lavado gástrico (líquido claro), sueros glucosado y salinos. Pocos días después se inicia la alimentación por boca.

Pero a la semana de operada empieza a desmejorar, el pulso se acelera, hay lengua seca, vómitos, el estado general empeora y fallece tres días después. No fué posible practicar autopsia.

**Estudio anátomo-patológico del segmento gástrico reseca-do** (como se indica más arriba, el plastrón que englobaba la úlcera duodenal, resultó inextirpable):

"**Aspecto macroscópico:** Pueden observarse tres pequeñas ulceraciones, la más grande de las cuales alcanza a unos 4 milímetros en su mayor diámetro, de forma redondeada y próximas entre sí; ubicándose en la región del antro pilórico. Dichas ulceraciones son superficiales, de bordes planos y bien definidos, de fondo grisáceo y poco profundo (Ver fotografías).

"**Aspecto macroscópico:** Lesiones ulcerosas que interesan únicamente las capas superficiales de la mucosa, respetando las capas profundas en contacto con la muscularis. La submucosa y la muscular no acusan lesiones".

"Las ulceraciones de la mucosa presentan los siguientes detalles histológicos: 1°. falta el epitelio de revestimiento y las criptas; 2°. Intensos fenómenos de edema que interesan los tubos glandulares; 3°. Fenómenos de infiltración parvicelular y, en algunos puntos, acúmulos de leucocitos neutrófilos; 4°. La superficie de la exulceración está recubierta por un exudado albuminoso que engloba elementos descamados". (Ver microfotografías). Fdo.: F. Strada.

**En síntesis:**

Enferma con antecedentes próximos de probable afección gástrica o duodenal y que, últimamente, presenta síntomas de enfermedad infecciosa aguda. Hematemesis y melenas graves e incoercibles, diagnosticándose **úlceras duodenal angioterebrante**. El tratamiento médico no la mejora. Intervención (en malas condiciones): Gastrectomía. Diagnóstico quirúrgico: Úlcera duodenal inextirpable por periduodenitis. Ulceración gástrica. Deceso a los diez días de operada. Diagnóstico anátomo-patológico (estómago): Tres ulceraciones gástricas inextirpables y probablemente recientes.

Las hemorragias graves fueron debidas — muy probablemente — a la úlcera duodenal.

**Observación N° 7. —**

Rosa de Gr., 62 años, casada, rumana (israelita), q. d. Es observada por la primera vez el 12 de Marzo de 1932.

**A. H.** — Sin interés.

**A. P.** — Vino de Rumania hace 12 años, viviendo siempre en esta ciudad. Esposo y 4 hijos sanos. Alimentación preferentemente cárnea y condimentada. Moderadas cantidades de alcohol (vino) en las comidas. Es estreñida habitual. No recuerda enfermedades anteriores de importancia, salvo epistaxis hace algunos años, que un médico le dijo ser por hipertensión, no volviendo éstas a repetirse después de un tratamiento local y general.

**A. E. A.** — Desde hace unos diez años acusa ardores y dolores post-prandiales, 1 a 3 horas después, con asiento epigástrico y de carácter periódico.

Un examen radiológico practicado hace tres años, demostró que la vesícula y vías biliares estaban normales. Nunca siguió un tratamiento continuado, haciendo con frecuencia desarreglos en las comidas.

Hace seis semanas (a fin del mes de Enero de 1934), siente súbitamente un desvanecimiento y aparece una hematemesis seguida de melenas, ambas en regular cantidad. Hace reposo y dieta durante 24 horas y en vista de que la hemorragia no se reproduce, abandona la cama y vuelve a su alimentación de costumbre.

Hace dos días, vale decir cuarenta días después de su primer accidente, se presenta una nueva hematemesis, esta vez abundante — más de tres cuartos litros de sangre pura — la cual reaparece al día siguiente en menos cantidad.

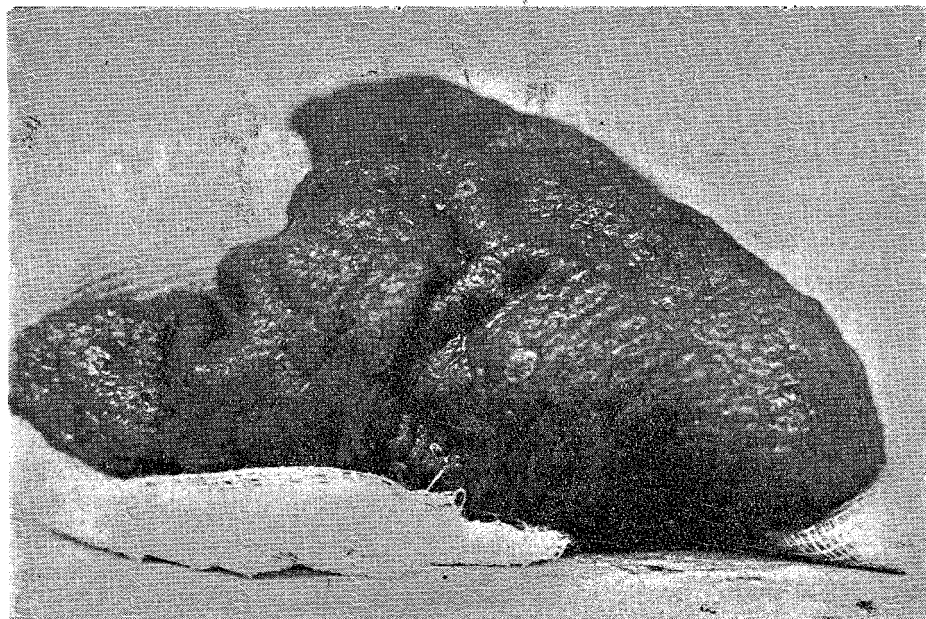


**Estado actual.** — Enferma en buen estado de nutrición, en decúbito dorsal activo, muy debilitada.

Llama la atención de inmediato la marcada palidez de la piel y mucosas, revelando una profunda anemia. Temperatura de 37.4. No se palpan ganglios.

**Cabeza:** Lengua saburral, mal estado de higiene bucal y ausencia de casi todas las piezas dentarias.

**Cuello:** Normal, no se palpan ganglios en fosa supraclavicular.



Observación N°. 6, fotografía de la mucosa gástrica mostrando tres pequeñas ulceraciones superficiales.

**Tórax:** Simétrico y bien conformado. Ap. respiratorio: normal. Aparato cardiovascular: 104 pulsaciones, tensión arterial de 18.5/10 al V. L., 2º. tono de la base algo reforzado; ritmo fundamental conservado. Area cardíaca normal. Moderado grado de arterioesclerosis.

**Abdomen:** Bien conformado. Ligera resistencia de pared en el epigastrio. Puntos epigástricos mediano y superior dolorosos a la presión. No se palpa tumor. Hígado de tamaño normal. Vesícula y vías biliares normales. No hay síntomas de insuficiencia hepática. Bazo no se palpa ni se percute agrandado.

Aparato urogenital normal. Sistema nervioso: Hay un cierto grado de obnubilación intelectual. Zumbidos de oído.

**Examen de sangre:** G. rojos 2.700.000, hemoglobina 52 % (Sahli). G. blancos 9.600, p. neutrófilos 72, p. eosinófilos 4.5, linfoc. 21, gr. mononucl. 2.5%. T. de hemorr. y de coagulación normales; plaquetas 320.000. Moderada anisocitosis, anisocromia, uno que otro hematíe basófilo. Fdo.: Oscar Girardet.



Observación N°. 6, microfotografía del estómago (Dr. G. Brusco).

Dosaje de úrea en suero 0.47 ‰. Reaccs. de Wassermann y de Kahn negativas.

**Examen de materia fecal:** Abundantes hematíes sanos y destruídos. Weber y Addler intensamente positivas. — Fdo.: O. Girardet.

**Orina:** Densidad 1.011, vestigios de albúmina. Resto normal. Por las dudas diagnósticas que este caso planteaba, dada la

edad de la enferma y a pesar de las hemorragias graves que presentó, se resolvió pedir un examen radiológico, el cual dió el siguiente resultado:

“Estómago sin líquido en ayunas, de posición normal, hipertónico. En los límites del tercio medio con el tercio infe-



Observación N°. 6, microfotografía del estómago (Dr. G. Brusco).

rior de pequeña curvatura, se constata un nicho de tamaño mediano, sin adherencias. **No hay signos de infiltración neoplásica.** Bulbo normal”. — Fdo.: César Verde (Ver radiografía).

Hecho el diagnóstico de **úlcera gástrica** y descartado el temor de una neoplasia, quedaba por resolver el problema terapéutico.

Dada la edad de la enferma, la intensidad de la anemia y la arterioesclerosis e hipertensión que acusaba, se consideró conve-

niente el limitarse a un tratamiento médico expectante. Se ordenó reposo y dieta absolutos, sueros glucosado y fisiológico a dosis reducidas e inyectados lentamente, lacarnol y arterocolina, cloruro de calcio, coaguleno y fibrógeno.

Al 4° día, no habiéndose repetido las hemorragias, se disminuye el suero y se inicia una alimentación por os a base de pequeñas cantidades de leche y caldo de cereales, los cuales son bien tolerados.



Observación N° 7, radiografía del estómago y bulbo duodenal.

Al 8° día el estado general es mejor, hay deposiciones sin sangre, lengua tónica y húmeda, 84 pulsaciones, tensión arterial de 16.5/9 al V. L. **El examen de sangre dió:** G. rojos 3.250.000, hemoglobina 60 %, g. blancos 8.200, p. neutrófilos 69, pol. basóf. 2, pol. eosinófilos 6.5, linfocitos 19, gr. mononucleares 3.5 %. — (Fdo.: O. Girardet). Dosaje de úrea: 0.33 ‰.

Quince días después la mejoría proseguía y a los treinta días de las últimas hemorragias, los g. rojos habían aumentado a 3.900.000, siendo el estado general bueno.

Desde entonces periódicamente es observada esta enferma, encontrándose actualmente en buenas condiciones, con una cifra normal de glóbulos rojos y de hemoglobina, sin repetición de las hematemesis y melenas (se ha investigado la presencia de sangre en

materia fecal en dos oportunidades más, con resultado negativo), y con una mejoría relativa de su síndrome ulcerooso anterior.

Hace dos meses se le practicó una nueva radioscopia, informando el radiólogo lo siguiente: "Estómago en buena posición. Píloro funciona bien. En pequeña curvatura se observa el nicho " con iguales caracteres que la vez anterior. Bulbo duodenal normal".

Ultimamente se le propuso una consulta con un cirujano, a fin de intervenir la úlcera, pero la enferma se opuso.

#### **En síntesis:**

Mujer de 62 años, con 10 de historia ulcerosa y que presenta últimamente graves hemorragias a repetición (hematemesis y melenas). Diagnóstico clínico y radiológico: Úlcera gástrica de pequeña curvatura. Tratamiento médico: Curación de las hemorragias, mejoría de la úlcera.

#### **Observación N° 8. —**

Antonio Cast., 45 años, casado, español, empleado de hotel. Ingresó al servicio del Prof. Temístocles Castellano en el Hospital de Clínicas, sala 7 cama 4, el 3 de Julio de 1934.

**A. H.** — Padre muerto de 92 años, madre muerta de síncope cardíaco a los 40 años, tiene dos hermanos sanos.

**A. P.** — Vino de España hace 30 años, residiendo en Rosario y Capilla del Monte. No recuerda ninguna enfermedad anterior de importancia. Esposa y cuatro hijos sanos. No fuma ni bebe. Alimentación mixta, irregular en los horarios e interrumpiendo varias veces cada comida por razones de su oficio.

**A. E. A.** — Desde hace más de 20 años acusa ardores, acidez y dolores epigástricos con típica sensación de "hambre dolorosa"; calmándose con los alimentos y reapareciendo unas 3 ó 4 horas después de su ingestión. Pasó como 5 años sin sentir molestias pero éstas se hicieron nuevamente presentes desde entonces. Viene adelgazando lentamente desde hace varios años; moderado estreñimiento.

Ya en 1929 fué presa súbitamente de una sensación de mareo y debilidad e inmediatamente después notó una palidez marcada. Se le trató médicamente, no haciéndose otro diagnóstico que el de hemorragia intestinal, por haber expulsado algunos días después abundantes coágulos retenidos. En pocos días reaccionó y volvió a sus actividades sin que se repitiera este accidente.

Hace cuatro días, después de acusar una exacerbación de sus molestias habituales en este último tiempo, siente una debilidad marcada, zumbidos y mareos que lo obligan a acostarse; minutos después, abundante hematemesis de más o menos un litro de sangre.

Es sometido a un tratamiento médico enérgico y 48 horas después se lo traslada a esta ciudad. Lo examino en mi consultorio y en vista de su gravedad aconsejo sea internado, ingresando al hospital de Clínicas. En ese intervalo de tiempo había tenido nuevamente otras dos hematemesis y melenas.

**Estado actual:** Estado de nutrición mediocre, constitución leptosómica; facies demacrada y pálida. Temperatura de 37.3. Decúbito semiactivo, preferentemente dorsal. Llama la atención de inmediato, la marcada palidez de la piel y mucosas. No se palpan ganglios.

**Cabeza:** Nada de especial fuera de los signos de anemia y la presencia de focos sépticos gíngivo-dentarios. Lengua tónica, algo seca.

**Cuello:** Nada especial.

**Tórax:** Simétrico, sin anomalías. Aparato respiratorio: normal. Aparato cardio-vascular: Area ligeramente aumentada a expensas del ventrículo izquierdo; punta en 6ª. costilla, línea mamilar. Segundo tono en foco aórtico aumentado de intensidad. Aorta de tamaño normal (control radiológico). Hay un ligero grado de arterioesclerosis. 100 pulsaciones, tensión arterial de 16/10 al Vaquez-Laubry.

**Abdomen:** Punto doloroso paraumbilical derecho y contractura del recto anterior derecho. El hígado es de tamaño normal; no hay signos de insuficiencia hepática (Prueba de la galactosa). Bazo de tamaño normal.

Aparato urogenital: Normal. — Sistema nervioso: Normal.

**Exámenes de sangre:** Reacciones de Wassermann y de Kahn negativas. Dosaje de úrea en el suero 0.45 %<sub>00</sub>. Reserva alcalina 47.62 %. (Van Slyke).

Glóbulos rojos 2.100.000, hemoglobina 40 % (Sahli). G. blancos 9.400, polin. neutrófilos 75, p. eosinófilos 2, linfocitos 18, grs. mononucel. 5 %. Ligera anisocitosis y algunos g. rojos basófilos. Reticulocitos 2 % (Friedländer y Wiedemayer).

Tiempo de hemorragia 3' 20". T. de coagulación 13'. Contaje de plaquetas 210.000. — Fdo.: O. Girardet.

**Análisis de orina:** Normal. — **Análisis de materia fecal:** Hay sangre apreciable macroscópicamente y en regular cantidad.

El examen radiológico que se practicó dió el siguiente resultado:

“Estómago de tipo duodenal, sin presentar ninguna lesión

“ orgánica visible. El píloro funciona bien. Bulbo duodenal: Está “ deformado permanentemente y pequeño, adquiriendo el aspecto de “hoja de trébol”, con pequeño nicho central bien visible”.

“Diagnóstico radiológico: Úlcera del bulbo duodenal”. —  
Fdo.: César Verde.

El día antes de su ingreso al hospital, el mismo radiólogo le sacó las dos imágenes seriadas adjuntas (ver radiografías), las cuales demostraban la persistente deformación del bulbo duodenal y el nicho de cara.

En los primeros días de su ingreso al hospital, se sintió muy bien no presentándose nuevas hemorragias. Pero al tercer día, aparecieron una hematemesis moderada y síntomas subjetivos evidentes de nueva hemorragia.

Un conteaje de g. rojos dió 2.050.000 y el dosaje de hemoglobina 39 %

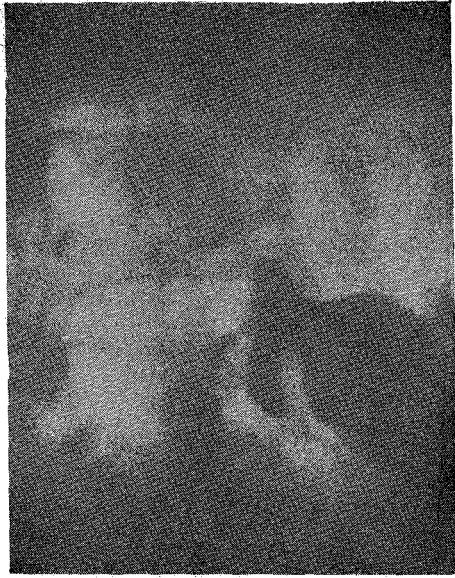
Se consultó la opinión de un cirujano sobre la conveniencia de someterlo a una operación, pero siendo el caso grave y teniendo también en cuenta la hipertensión arterial, ésta es aconsejada para más adelante, una vez que el tratamiento médico hiciera su efecto. La cantidad de sangre que llevaba perdida se calculó que ascendía en total a unos dos litros.

Es proseguido entonces el enérgico tratamiento médico que se iniciara, agregando una transfusión sanguínea de 300 c.c.. Se prescribe, además, insulina 5 unidades dos veces diarias, auto-hemoterapia, sueros glucosado y salino, reposo y dieta absolutos, cloruro de calcio y de sodio intravenosos, extracto hepático inyectable.

El efecto del tratamiento médico fué evidente. La hemorragia sólo reapareció al 7° día, pero esta vez muy benigna y sin alterar la mejoría progresiva. El 15 de Julio, los g. rojos habían aumentado a 2.800.000 y la hemoglobina a 44 %; los eosinófilos, que al principio estaban en la proporción de 2 %, subieron a 7 %; los reticulocitos ascendieron a 8 %. El 22 de Julio, 19 días después de su ingreso, el número de g. rojos era de 3.200.000 y la hemoglobina 55 %.

Se prosigue el tratamiento médico, haciéndose desde hace una semana alimentación por boca a base de caldo de cereales, caldo de mazamorra y leche con agua mineral, todo a pequeñas dosis progresivas. El enfermo se siente muy mejorado, ha recobrado sus fuerzas, las deposiciones son de aspecto normal y el análisis de las mismas solo revela la presencia de escasa cantidad de sangre. La tensión arterial es de 15/9 al V. L.; 80 pulsaciones.

El 8 de Agosto: G. rojos 3.900.000, hemoglobina 58, valor globular 0.75, reticulocitos 11 %; plaquetas 280.000; g. blancos



Observación No. 8, seriograma del bulbo duodenal.



Observación No. 8, seriograma del bulbo duodenal.



8.000, p. neutrófilos 64, eosinófilos 9, linfocitos 20, gr. mononucleares 4 %. Se continúa el tratamiento médico.

Un nuevo examen radiológico demuestra la "persistencia de la misma imagen anterior, en "hoja de trébol", con pequeño nicho central visible". (Dr. Verde).

El 12 de Setiembre los g. rojos habían ascendido a 4.300.000, la hemoglobina a 72 %, eosinófilos 10, reticulocitos 12, plaquetas 280.000.

Considerándose que ya no había peligro, se hace un sondaje gástrico fraccionado:

A . . . . .	3.70 ‰.
H . . . . .	1.90 „
C . . . . .	1.50 „
F . . . . .	0.20 „
Rs. de Weber y Addler negativas. (6° tubo).	

Es trasladado a un servicio de cirugía (sala V cama 25 del hospital de Clínicas) y mientras se lo estudiaba con la intención de intervenirlo, el enfermo pide licencia y no regresa más.

Había tenido posteriormente buenas noticias de este enfermo, pero últimamente se me informa que estando en Capilla del Monte, ha vuelto a tener una nueva hematemesis.

#### En síntesis:

Paciente con larga historia de úlcera duodenal. Hemorragias muy graves y repetidas. Diagnóstico clínico y radiológico: Úlcera del bulbo duodenal. Tratamiento médico: Cesación de las hemorragias, mejoría del síndrome ulceroso; recidiva de las hemorragias meses después.

#### Observación N° 9. —

Martín Benr., 50 años, casado, italiano, agricultor. Ingresó al Hospital Español el 24 de Febrero de 1934, asistiéndose primero en el servicio de Clínica Médica y pasando después a la sala general de cirugía.

**A. H.** — Sin interés.

**A. P.** — Nacido en Turín — Italia — pasó después a Francia y Suiza donde trabajó en minas de carbón, viniendo después a Córdoba, dedicándose a la agricultura.

Coqueluche, sarampión, gripes, blenorragia. A los 31 años contrajo un chanero genital, que curó con tópicos locales. Esposa y 7 hijos sanos; 1 muerto en la primera infancia y un aborto de

4 meses. Alimentación común, mixta. Mastica tabaco desde muy joven; buen bebedor de vinos y licores. No es estreñido.

**A. E. A.** — Hace unos dos meses empieza a sentir dolores pre y post-prandiales, periódicos al principio y después continuos; acompañados de ardores y acidez; estreñimiento y adelgazamiento progresivo, sin pérdida del apetito. En el último mes ha adelgazado en forma más llamativa que al principio.

Es internado en el servicio de Clínica Médica del hospital Español en donde se le hace el diagnóstico de úlcera del duodeno y por considerarlo un caso quirúrgico, se lo traslada al servicio de Cirujía del mismo hospital el 7 de Marzo de 1934.

A los pocos días de estar internado, presenta una melena abundante la cual se repite en los dos días subsiguientes, apareciendo también una hematemesis de regular cantidad.

**Estado actual.** — Enfermo en regular estado de nutrición, decúbito preferentemente ventral, facies algo demacrada, palidez marcada de la piel y mucosas, cicatrices pigmentadas en el tercio inferior de ambas piernas. Temperatura subfebril; no se palpan ganglios; esqueleto y músculos bien desarrollados.

**Cabeza:** Pupilas normales. Piorrea y caries avanzadas; lengua saburral, húmeda, tónica.

**Cuello:** Normal. No se palpan ganglios.

**Tórax:** Simétrico y bien conformado. Aparato respiratorio: Bronquitis crónica banal. Aparato cardio-vascular: 98 pulsaciones; tensión arterial de 14/9 al V. L. Ligero grado de arterioesclerosis.

**Abdomen:** Vientre aplanado. En epigastrio se nota un ligero relieve y pueden observarse, intermitentemente, algunas ondas de contracciones peristálticas. Chapoteo en ayunas. No se palpa ninguna tumoración. Dolor espontáneo y a la presión en parte media del epigastrio. Hígado de tamaño normal, sin signos de alteración funcional. Bazo de tamaño normal.

**Exámenes de sangre:** Rn. de Wassermann negativa. Reserva alcalina 63.5 c.c. (Van Slyke). Dosaje de úrea 0.39 ‰. Citológico completo: G. rojos 3.700.000, hemoglobina 0.57 ‰, g. blancos 9.000, pol. neutrófilos 69, pol. eosinófilos 2, p. basófilos 1.5, linfocitos 25, grs. mononucleares 2.5 ‰. Plaquetas 240.000; t. de hemorragia 3' 15'', t. de coagulación 11''. Anisocitosis, g. rojos basófilos. — Fdo.: G. Brusco.

**Análisis de orina:** Normal.

**Materia fecal:** Hay sangre macroscópicamente visible.

**Jugo gástrico:** (Ewald-Boas) En ayunas: H... 1.70 ‰, F... 0.80, C... 0.80, A... 3.30. Rs. de Weber y Addler francamente positivas.

Desp. com. de pr.: H... 2.10, F... 0.70, C... 1, A... 3,90 ‰.

**Examen radiológico:** “Estómago distendido, con líquido en ayunas; el fondo llega a tres traveses por debajo de la línea iliáca; motilidad y tonicidad disminuídas. No hay signos de lesión ulcerosa o neoplásica. Bulbo duodenal tironeado hacia la derecha; tarda en llenarse y está deformado persistentemente. **Diagnóstico radiológico:** Atonía gástrica, espasmo pilórico; úlcera de cara posterior del bulbo duodenal”. — Edo.: Carlos Quiroga Lozada.



Observación N°. 9, radiografía del bulbo duodenal.

Hubiera sido interesante el poder practicar en este enfermo el estudio de los pliegues de la mucosa que muy probablemente nos revelaría la existencia de una gastritis crónica, al igual que en la observación N°. 1.

Se inicia tratamiento médico contemplando las hemorragias, la úlcera y una supuesta especificidad, con la idea de intervenirlo en cuanto mejorara el estado del enfermo; pero las hemorragias empeoraban la situación cada vez más.

Un lavado de estómago en ayunas saca algunos restos alimenticios, líquido hiperácido y numerosos coágulos retenidos. Se pres-

cribe hielo, reposo, dieta, sueros glucosado y salino, cloruro de calcio, bicianuro de mercurio.

Al 5° día nueva hemorragia (hematemesis y melena). Las condiciones del enfermo se tornan cada vez peores. Un contaje de g. rojos revela un descenso a 3.000.000. Un enema saca abundantes coágulos sanguíneos retenidos. La úrea de la sangre aumenta a 0.65 ‰. Diuresis buena.

Al 9° día se hace transfusión de 350 c.c. de sangre citratada. Al día siguiente aparece oliguria, 1.40 grs. ‰ de úrea en sangre, 115 pulsaciones; tensión arterial de 15/10.5 al V. L. Las hemorragias no se han repetido. Se continúa el mismo tratamiento médico, agregando escilarina, cloruro de sodio hipertónico endovenoso y más suero. La úrea aumenta progresivamente llegando a 3.76 por mil al 12° día, 4.44 por mil tres días después, 5.26 por mil más tarde y el enfermo es sacado del hospital en período agónico.

**En síntesis:** Antecedentes de úlcera desde un tiempo atrás; hemorragias graves recientes. Diagnóstico: Úlcera duodenal hemorrágica, atonía y dilatación gástrica, obstáculo píloro; probable gastritis erosiva. Tratamiento médico, inclusive transfusión de sangre y tratamiento específico. Muerte.

#### Observación N°. 10. —

Bartolomé Mol., argentino, 38 años, casado, agricultor. Viene de Clucellas, Provincia de Santa Fé, ingresando en la "Clínica Alemana" de esta ciudad, el 12 de Mayo de 1934.

**A. H.** — Padres sanos, 4 hermanos fallecidos en la infancia y 6 sanos. Colaterales sin interés.

**A. P.** — Nacido en Clucellas (P. de Santa Fé) donde ha vivido siempre. Esposa y dos hijos sanos; otro hijo padece de epilepsia. Ha sido siempre sano. Fumador exagerado y regular bebedor de vino. Alimentación principalmente vegetariana. Siempre ha trabajado en la agricultura.

**A. E. A.** — Historia franca de úlcera duodenal desde hace doce años, últimamente sin períodos de acalmia, tendiendo a acentuarse sus padecimientos y con adelgazamiento progresivo. No acusa hemorragias anteriores. No se ha tratado.

Ingresa a la Clínica Alemana en donde se le hace diagnóstico clínico y radiológico de úlcera duodenal.

Es intervenido a los pocos días de su ingreso (Dr. J. Zilveti Carranza) siendo su informe el siguiente:

"Anestesia con novocaína-adrenalina para planos superficiales y después anestesia esplácnica. Abierto el vientre se encuentra una úlcera de cara anterior del bulbo duodenal, vecina al

“ píloro y libre. Se hace la operación de Judd, consistente en la extirpación del segmento ulcerado y de la región anterior del píloro en una extensión de 3 por 2 centímetros”.

“**En cara posterior del bulbo se ve y se palpa una úlcera de bordes anfractuosos, profunda, adherente al páncreas y en donde puede introducirse el dedo hasta dos centímetros. Esta úlcera resulta inextirpable**”.

“El post-operatorio fué muy bueno, aumentando rápidamente de peso y calmándose de inmediato las molestias que acusaba el enfermo, en especial los dolores y el ardor que eran casi permanentes”. — Fdo.: J. Zilvetti Carranza.

Después que el enfermo estaba totalmente restablecido y ya por salir del sanatorio, tiene, súbitamente, un estado lipotímico, pierde el conocimiento y unos minutos despés aparece una hematemesis de extraordinaria abundancia (sangre pura).

Los glóbulos rojos, que pocos días antes eran en número de 4.700.000 y la hemoglobina de 84 %, descienden a 1.200.000 y 33 % respectivamente.

Se le hace una transfusión de 350 c.c. de sangre citratada (de un hermano y del mismo grupo sanguíneo); pero 20 horas después, nueva melena abundante, repetida en tres oportunidades más en las 24 horas subsiguientes. En ese intervalo se le hacen cuatro transfusiones más, que suman un total de 1.200 c.c. al mismo tiempo que tratamiento médico: Reposo absoluto, dieta, hielo, inyección lenta y moderada de suero salino y glucosado, coagulantes, alcanfor, morfina.

Después de la segunda hemorragia y mientras se prepara la nueva transfusión, un examen de sangre dió la cifra excepcional de 465.000 glóbulos rojos por  $\text{mm}^3$ . y 26 % de hemoglobina. Como este análisis despertara dudas, es repetido obteniéndose igual resultado.

Después de las transfusiones y tratamiento médico muy riguroso, las hemorragias no se repiten más que al cuarto día, en que aparece una hematemesis de unos 100 c.c. Siete días después del primer accidente los glóbulos rojos habían ascendido a 2.250.000 y la hemoglobina a 51 %.

Un examen de materia fecal no revela la presencia de sangre (reacciones químicas e investigación microscópica). Ya desde el 5° día, se había iniciado una alimentación per os, a base de caldo de cereales exclusivamente, siendo muy bien tolerada.

Después de ser observado durante 25 días más y de comprobarse su mejoría progresiva, el enfermo sale de alta en buenas condiciones. Periódicamente tengo noticias directas del enfermo, quien me manifiesta sentirse muy bien y no haber presentado más hemorragias.

**En síntesis:**

Ulceroso de vieja data, que es intervenido necesariamente a causa de una sintomatología ruidosa y molesta. Resección en ojal, de úlcera de cara anterior de bulbo y segmento de píloro (operación de Judd), comprobando la presencia de otra úlcera en cara posterior del bulbo, penetrante en pancreas y muy profunda, que resulta inextirpable.

Un tiempo después, gravísimas hemorragias que ponen su vida en serio peligro.

Tratamiento médico: Curación de las hemorragias hasta el presente, mejoría marcada de la úlcera. (Esta mejoría franca del síndrome ulceroso, podría también ser atribuida a la resección del segmento pilórico anterior).

**Observación N° 11. —**

Narciso Cast., argentino, 34 años, casado, jornalero. Ingresó al servicio de Clínica Médica del Profesor Temístocles Castellano en el hospital de Clínicas (sala 7, camas 7 y 5), el 6 de Agosto de 1934.

**A. H.** — Un hermano padece de úlcera gástrica y otro de enfermedad al hígado.

**A. P.** — Infancia sana; flemón amigdalino hace 4 años y padece de sinusitis frontal derecha crónica. Niega venéreas. No ha sido constipado. Gran fumador y bebedor de 1 litro de vino diario en las comidas. Alimentación pesada, abusando de los fiambres y embutidos, comiendo a horarios irregulares y apurado. Esposa y dos hijos sanos.

**A. E. A.** — Hace más de un año que empieza a sentir ardores y dolor epigástrico, con propagación al dorso y en cinturón. Estos dolores son netamente periódicos, se calman con la ingestión de alimentos y reaparecen a las dos o tres horas después. El apetito está conservado pero ha perdido unos 6 kgrs. de peso y se ha estreñado. Hace dos días, estando en su trabajo, acusa una hematemesis abundante — sangre pura nos dice el enfermo — acompañada de fuerte dolor antero-posterior. Al día siguiente aparecen melenas repetidas, de sangre vieja al principio y casi fresca horas después. Ingresó al servicio, repitiéndose durante los dos primeros días hematemesis pequeñas en varias ocasiones. El dolor, de carácter intenso, persistía.

**Estado actual.** — Hombre bien constituido, en mal estado de nutrición y muy debilitado. Piel y mucosas sumamente pálidas, anémicas; decúbito activo e indiferente. Temperatura de 37.6.

**Cabeza:** Sinusitis frontal derecha crónica. Lengua saburral (saburra oscura, por las hematemesis). Piorrea y caries de 2° y 3er. grado.

**Cuello:** Normal.

**Tórax:** Simétrico y bien conformado. Aparato respiratorio: Normal. Aparato cardio-vascular: 115 pulsaciones, tensión arterial de 11/7.5 al V. L.

**Abdomen:** Vientre excavado; dolor intenso al presionar a dos centímetros por encima del ombligo. Hígado de tamaño y funciones normales. Bazo de tamaño normal. El examen de fosa ilíaca derecha no revela ninguna particularidad anormal.

Aparato urogenital: Normal. Sistema nervioso: Normal.

**Exámenes de sangre:** Rs. de Wassermann y de Kahn negativas. Dosaje de úrea 0.48 ‰. Reserva alcalina 50.1 % (Van Slyke). Citológico completo de sangre: Glóbulos rojos 3.150.000, hemoglobina 56 % (Sahli); g. blancos 11.500, polin. neutrófilos 77, p. eosinófilos 2, p. basófilos 0.5, linfocitos 18, gr. mononucleares 2.5 (%). Plaquetas 220.000, t. de hemorragia 3' 30", t. de coagulación 14'. Marcada anisocitosis, poiquilocitosis, policromatofilia, uno que otro eritrocito basófilo. (Fdo.: O. Girardet).

**Análisis de orina:** Normal. **Materia fecal:** Puede observarse sangre macroscópicamente en regular cantidad.

Por los dolores que acompañaron a la hemorragia, por la fiebre y la leucocitosis, este caso fué interpretado como úlcera infectada al par que hemorrágica. La indicación terapéutica que correspondía era la del tratamiento médico. Se ordenó reposo y dieta absolutos, hielo en gran parte del abdomen, sueros salino y glucosado, vacuna antiptiógena, higiene bucal prolija, tratamiento de la sinusitis (Dr. A. G. Remorino), leche intramuscular, cloruro de calcio intravenoso, opoterapia hepática inyectable.

Durante los dos primeros días de seguido este tratamiento las hematemesis se repiten pero en menos cantidad y el dolor epigástrico a propagación dorsal persistía. Un nuevo examen de sangre revela un descenso de los g. rojos a 3.000.000 y de la hemoglobina a 55 %; g. blancos 10.800, pol. neutrófilos 77, eosinófilos 2 %.

No se consideró prudente hacer un examen radiológico hasta que no se atenuaran o desaparecieran las hemorragias y el período infeccioso.

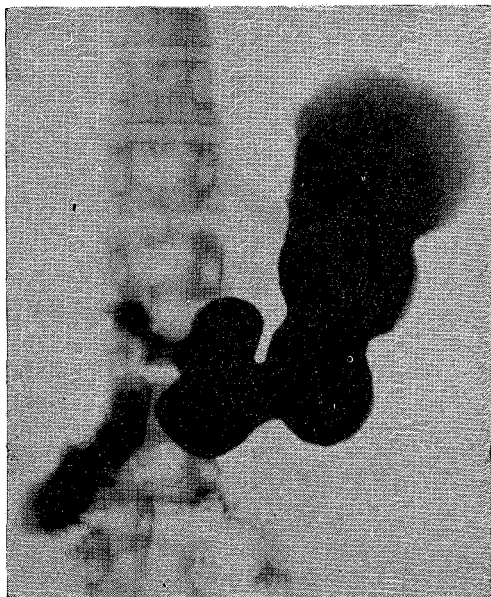
El tratamiento es continuado en igual forma deteniéndose las hemorragias después del tercer día. A los seis días, los g. rojos habían aumentado a 3.250.000 y los g. blancos descendieron a 8.400, el dolor era mucho menos intenso, la temperatura descendió a 36.8 y el estado general mejoró. Sin embargo, el análisis de la

materia fecal revelaba la existencia de sangre (investigación microscópica y reacs. de Weber y Addler positivas).

Al 7° día se autoriza, por primera vez, la ingestión de pequeñas cantidades de leche y caldo de mazamorra colado y liviano. Al 8° día un examen radiológico dió el siguiente resultado:

“Estómago en buena posición, hipertónico y de tipo duodenal, sin signos de lesión orgánica. Píloro contracturado pero deja pasar la mezcla opaca al cabo de unos minutos. Bulbo duodenal persistentemente deformado, con un nicho en parte media de cara anterior.

“Diagnóstico radiológico: Ulcera del bulbo duodenal”. (F'do.: C. Verde). La radiografía seriada confirmó este diagnóstico.



Observación N° 11, radiografía del estómago y bulbo duodenal.

Mientras tanto la mejoría continúa, los síntomas de infección desaparecen, no hay signos que hagan presumir nuevas hemorragias y los g. rojos ascienden a 4.000.000.

El 28 de Agosto, 22 días después de su ingreso a la clínica, ya sin más tratamiento que el reposo, un régimen de alimentación muy liviano y eloruro de calcio intravenoso, el enfermo pide el alta para reingresar al cabo de un tiempo.

A su salida, un nuevo examen de sangre decía: G. rojos 4.100.000, hemoglobina 77 %, reticulocitos 7 % (Friedländer y



Wiedemeyer), g. blancos 7.600, p. neutrófilos 70, pol. eosinófilos 6, linfocitos 21, grs. mononucleares 3 (%). Plaquetas 320.000. En materia fecal no hay sangre. (Fdo.: O. Girardet). En el mes de Diciembre he vuelto a examinar al enfermo, quien estaba en buenas condiciones y sin haber presentado nuevas hemorragias hasta entonces. (G. rojos 4.800.000).

### En síntesis:

Enfermo con historia de úlcera duodenal desde hace más de un año. Hemorragias repetidas, de gravedad mediana, coincidiendo con un período probablemente infeccioso de su úlcera. Diagnóstico clínico: Úlcera duodenal infectada. Diagnóstico radiológico: Úlcera duodenal. Tratamiento médico contra la hemorragia y contra la infección. Curación hasta la fecha y mejoría clínica del síndrome ulceroso.

### Observación N°. 12. —

Antonio G., español, 39 años, casado, verdulero. Domiciliado en el Barrio Flores de esta ciudad. Ingresa a la sala general del hospital Español el 10 de Octubre de 1933.

**A. H.** — Sin interés.

**A. P.** — Infancia sana. Niega venéreas. Alimentación irregular en calidad, cantidad y horarios. Es alcoholista moderado pero habitual. Fumador exagerado. Estreñido crónico. Esposa y dos hijos sanos. Trabajo liviano.

**A. E. A.** — Desde hace unos diez años tiene periódicamente, por las mañanas, vómitos acuosos no retencionistas. Desde algunos meses a esta parte viene sufriendo de ardores, acidez y eructos a toda hora pero especialmente en relación con las comidas, 1 ó 2 horas después.

Anoche a las 20 horas, siente bruscamente un mareo y estado lipotímico, gran palidez y minutos más tarde una abundante hematemesis seguida, horas después, por una melena copiosa. Se le hace una medicación de urgencia y es internado en el servicio general del hospital Español.

**Estado actual.** — Regular estado general. Panículo adiposo abundante y músculos bien desarrollados. No se palpan ganglios. No hay fiebre. Piel y mucosas revelando una anemia marcada.

**Cabeza:** Pupilas de reacción lenta pero iguales. Piorrea y algunas caries. Amígdalas sépticas.

**Cuello:** Normal.

**Tórax:** Normal. Aparato respiratorio: Normal. Aparato car-

dióvascular: 100 pulsaciones; tensión arterial de 10.5/7 al V. L. Soplo sistólico mitral propagado al dorso. Ritmo y área cardíaca normales. Aorta y arterias periféricas normales.

**Abdomen:** Forma normal. No se palpa tumoración. Punto doloroso epigástrico medio; ligera contractura de defensa. Hígado: Tamaño del órgano normal; no hay síntomas de insuficiencia funcional. Bazo: No se palpa.

Aparato uro-genital: Normal. Sistema nervioso: Normal.

**Exámenes de sangre:** Rs. de Wassermann y de Kahn negativas. Dosaje de úrea 0.37 ‰. Reserva alcalina 51.2 c.c. ‰. Citológico completo: G. rojos 2.600.000, hemoglobina 50 ‰ (Sahlí); g. blancos 6.600, pol. neutrófilos 66, p. eosinófilos 3, linfocitos 28, gr. mononucleares 3 ‰. Tiempo de hemorragia 3' 30", t. de coagulación 13'.

**Análisis de orina:** Normal.

**Materia fecal:** Deposiciones con sangre macroscópicamente visible.

Es sometido a un tratamiento médico riguroso: Reposo absoluto, dieta absoluta, hielo sobre epigastrio, suero glucosado y solución salina hipertónica, coaguleno y cloruro de calcio. Al día siguiente se le practica un lavado de estómago con solución bicarbonatada tibia, saciando el líquido del lavado francamente sangui-nolento y con algunos coágulos, sin restos alimenticios.

Horas más tarde, nueva hematemesis de unos 50 c.c. y al día siguiente melena. Un examen de sangre daba: G. rojos 2.300.000 y hemoglobina 48 ‰.

Con el objeto de aclarar el diagnóstico, ya que si bien el enfermo presentaba antecedentes de probable úlcera los había también en el sentido de una gastritis crónica anterior (posiblemente alcohólica), es practicado un examen radiológico el cual dió el siguiente resultado: "Estómago de tipo duodenal, en posición normal y sin signos de lesión orgánica. Píloro funciona bien pero " con algunos momentos en que el espasmo no deja pasar la mezcla opaca. Bulbo duodenal deformado y con un nicho visible " en su cara anterior. Diagnóstico radiológico: **Úlcera del bulbo duodenal.** — Fdo.: R. Pitarch. (Por razones ajenas a mi voluntad no puedo presentar la radiografía correspondiente) Hubiera sido de un alto interés realizar un estudio sobre el estado de los pliegues de la mucosa gástrica, a fin de poder comprobar la existencia o falta de gastritis, lo cual tenía su importancia bajo el punto de vista de la hemorragia misma.

Se continúa el tratamiento médico agregando una transfusión de 250 c.c. de sangre citratada con dador del mismo grupo (II), que es bien tolerada.

Desde entonces el enfermo empieza a mejorar, no pierde más

sangre, iniciándose una alimentación por boca a base de leche diluída con agua alcalina y jugo de frutas. Al 10° día un nuevo análisis revela un aumento de g. rojos y hemoglobina a 3.400.000 y 62 % respectivamente. Veinte días después de ingresar había recuperado algo de su peso, calmó las molestias, el examen de materia fecal demostraba la ausencia de sangre (Rn. de Addler negativa). Pulso de 72, tensión arterial de 12/7 al V. L.

Se inicia régimen de Sippy, los g. rojos llegan a 4.100.000 y la hemoglobina a 79 %.

El enfermo pide el alta saliendo en buenas condiciones.

He conseguido informes en el mes de Setiembre p.p. — aproximadamente un año después de sus hemorragias — no habiendo éstas reaparecido pero acusando nuevamente ardores y acidez.

### En síntesis:

Antecedentes etílicos; probable gastritis crónica y existencia de una úlcera del bulbo duodenal. Aparición de hemorragias repetidas y de carácter grave. Diagnóstico clínico y radiológico de **úlcera duodenal con hemorragias** Tratamiento médico: Curación, hasta un año después, de las hemorragias y mejoría transitoria del síndrome ulceroso.

### Observación N°. 13. —

Fermín L., argentino, 37 años, casado, empleado de la Maternidad, ingresa al servicio del Profesor Temístocles Castellano, sala 7 como 5 del hospital de Clínicas, el 5 de Setiembre de 1934.

**A. H.** — Padre muerto de afección hepática a los 58 años; madre y 5 hermanos sanos.

**A. P.** — Vivió siempre en Córdoba. Sarampión, coqueluche, neumonía y escarlatina en la infancia. Chanero genital hace 15 años, no tratado. No fuma ni bebe. Alimentación común y completa. Estreñimiento moderado desde hace doce años. Esposa sana; ni hijos ni abortos.

**A. E. A.** — Ya en 1930 estuvo en este mismo servicio (cama 13 sala VII) por síntomas dispépticos, dolor en hipocondrio derecho y adelgazamiento. Presentaba en aquella época un hígado grande, irregular y duro, comprobándose la existencia de una sífilis terciaria en actividad, no tratada hasta entonces. Salíó de alta, después de un tratamiento específico que lo mejoró mucho, con el diagnóstico de sífilis hepática terciaria.

El 3 de Setiembre de 1934, dos días antes de su segundo ingreso, estando en su trabajo, acusa un estado lipotímico y apare-

ce una fuerte hematemesis (3/4 de litro). Se le hace una transfusión de 200 c.c. de sangre y tratamiento médico riguroso; pero la hematemesis reaparece en dos oportunidades más, aconsejándosele entonces su ingreso a la clínica.

**Estado actual.** — Decúbito activo indiferente; más desnutrido que cuando su primer ingreso; piel y mucosas muy anémicas; temperatura axilar de 37.8°. No se palpan ganglios; masas musculares y tejido adiposo muy reducidos.

**Cabeza:** Piorrea marcada. Lengua saburral y algo seca. Halitosis marcada.

**Cuello:** Nada de especial.

**Tórax:** Simétrico y bien conformado. Aparato respiratorio: Es digno de insistirse sobre su absoluta normalidad clínica y radiológica, pues en las primeras hemorragias se pensó en la posibilidad de que fueran hemóptisis.

Aparato cardio-vascular: 114 pulsaciones, 12/7.5 de tensión arterial al V. L.. Aorta ligeramente ensanchada en su porción ascendente.

**Abdomen:** Vientre excavado en hipogastrio y ligeramente saliente en epigastrio. No hay puntos dolorosos. **Hígado:** Borde superior en 5° espacio; al inferior se lo palpa a tres centímetros del reborde costal, de consistencia aumentada, indoloro, de borde cortante y algo irregular. El lóbulo izquierdo del hígado es de mayor volumen. Sobre la superficie de la glándula se palpan algunas irregularidades. Hay ascitis y circulación colateral muy discretas. Ver pruebas de la función hepática. Bazo: Se palpa su polo inferior.

Aparato uro-genital: Normal. Sistema nervioso: Normal.

Exámenes de sangre: Rs. de Wassermann y de Kahn negativas. Dosaje de úrea 0.37‰. Reserva alcalina 51.3 c.c. % (Van Slyke). Rs. de Roffo y Bottelho negativas. Citológico completo de sangre: G. rojos 1.900.000, hemoglobina 0.36 %; Reticulocitos 3 %; g. blancos 7.000, pol. neutrófilos 56, eosinófilos 2, linfocitos 36, grs. mononucleares 6 (%). Plaquetas 230.000, t. de hemorragia 4', t. de coagulación 13'. — Fdo.: O. Girardet.

**Análisis de orina:** Vestigios de albúmina, regular cantidad de urobilina.

**Materia fecal:** Hay sangre visible macroscópicamente.

Mientras se trata de investigar la causa verdadera de las hemorragias, es sometido a un tratamiento severo. Dos días después, nueva hematemesis y melena que ponen en serio peligro su vida. Transfusión de 400 c.c. de sangre citratada y a raíz de la cual se produce un ligero shoe.

Cinco días después el enfermo empieza a mejorar, no repitién-

dose las hemorragias. Sin embargo, aparecen ascitis y circulación colateral.

Se prosigue el tratamiento médico agregando bismuto soluble y salirgán. Los g. rojos aumentan a 2.400.000 y la hemoglobina a 42 %.

Es practicado un examen radiológico con el siguiente resultado:

“Estómago rechazado a la izquierda por el hígado. No se encuentran signos de lesión orgánica como tampoco en píloro. El estudio de los pliegues no revela alteraciones visibles. Bulbo



Observación N°. 13, radiografía del estómago y bulbo duodenal deformados y desviados.

“ duodenal deformado por la compresión pero de funcionamiento normal y sin signos de lesión orgánica al igual que las otras porciones”. — Fdo.: César Verde. (Ver radiografía).

Al examen esofagoscópico: “Sólo se ha constatado una pequeña varicosidad situada a 35 centímetros de la arcada dentaria. Esta pequeña várice no parece haber sangrado y no lo ha hecho ni aún con el paso del esofagoscopio”. — Fdo.: A. G. Remorino.

Mediante la prosecución del tratamiento médico se empieza a salvar la grave situación creada por las hemorragias y 15 días des-

pués los g. rojos habían aumentado a 3.500.000, la hemoglobina a 58 %, el valor globular era de 0.82, reticulocitos 9 %, eosinófilos 9 %.

Se continúa el tratamiento específico (bismuto y yoduros), se inicia alimentación liviana a base de leche descremada, sopas de cereales y jugos de frutas. La mejoría es progresiva y 35 días después la ascitis había desaparecido, el estado general era bueno, aumentó de peso y los g. rojos llegaban a 4.300.000.

A este enfermo se lo sigue observando desde el consultorio externo del servicio hasta la actualidad, habiendo mejorado notoriamente. Las hemorragias no se han repetido. Nuevos exámenes radiológicos demuestran la ausencia de úlcera gástrica o duodenal.

#### **En síntesis:**

Antiguo específico, tratado tardíamente. Sífilis hepática de forma esclerogomosa. Aparición de muy graves hemorragias. El examen clínico y el radiológico no descubren úlcera gástrica ni duodenal. La esofagoscopia no justifica el origen esofágico de las hemorragias.

Diagnóstico de probabilidad: Hematemesis por várices gástricas en una sífilis hepática con síndrome de hipertensión portal. Tratamiento médico: Curación hasta el presente de las hemorragias y mejoría marcada de la afección causal.

(En este enfermo hubiera sido de gran interés el poder practicar la gastroscopia y el estudio radiológico de los várices esofágicos, gástricos y duodenales, a fin de confirmar o rectificar el diagnóstico).

#### **Observación N° 14. —**

Carlos N. C., argentino, 39 años, casado, empleado, ingresa al servicio de Clínica Quirúrgica del Profesor Juan M. Allende, sala 3 cama 21 del hospital de Clínicas, el 6 de Junio de 1934.

**A. H.** — Padre muerto de aortitis a los 68 años; madre sana; de 15 hermanos que han sido, 9 han muerto en la infancia y los que viven son sanos.

**A. P.** — Vivió siempre en Córdoba. Infancia sana. A los 19 años contrajo un chancro genital siendo tratado como luético desde entonces. Fumador y etilista moderado. Alimentación regular, mixta; ligero estreñimiento. Esposa e hijos sanos.

**A. E. A.** — Enfermo que relata un pasado gástrico de muchos años atrás, con dolores inmediatamente después de las comidas,

vinagreras intensas y vómitos ácidos frecuentes, sin sangre; con periodos alternados de grandes molestias y de relativo bienestar.

Desde unos 15 años atrás, siente sus molestias mucho más intensas que otras veces, no encontrando mayor alivio con los alcalinos que siempre ha usado en gran cantidad. Cuenta el enfermo que el día de la fecha (6 de Junio), a las 3 horas y media de la madrugada, se despierta con un dolor agudísimo localizado en el epigastrio y vómitos. El dolor es de tipo cólico y se acompaña de sensación de quemadura; tiene momentos de mayor intensidad, viéndose obligado a adoptar la posición en "gatillo de fusil". Es internado de urgencia esa misma noche.

**Estado actual.** — Facies descompuesta, ojeroso, estragado, con surco naso-geniano pronunciado. Lengua húmeda y saburral.

Aparato respiratorio normal. Aparato cardiovascular normal. Vientre excavado, en "batea", muy perceptibles los relieves musculares, especialmente de los rectos.

A la palpación hay fuerte contractura muscular especialmente en el epigastrio. Dolor exquisito en epigastrio y región paraumbilical derecha. Timpanismo discreto sin cubrir la matidez hepática.

**Diagnóstico: Úlcera gástrica perforada.**

Es intervenido de urgencia esa misma noche.

Cirujano: Dr. Gabriel Oddone. Anestesia general, éter. Abierta la cavidad abdominal se encuentra una úlcera del estómago, situada en cara anterior y próxima a la parte media de pequeña curvatura, con una perforación en "sacabocados" y del tamaño de un ojo de gallina. La úlcera aparece fijada profundamente.

Se sutura la perforación con puntos separados y se aplica encima una franja epiploica con puntos de sostén, a fin de aislar perfectamente la perforación. Cierre de la pared sin drenaje. Cuando se estaba cerrando la pared, tiene el enfermo un síncope respiratorio que obliga a emplear anhídrido carbónico y tónicos cardíacos. A la hora tiene un abundante vómito obscuro y despierta.

Post-operatorio. — Días 7 y 8. Enfermo que ha dormido; pulso de 80; lengua húmeda, vientre blando.

Día 11. Buen estado general. Se saca el hielo. Día 15. Se sacan puntos; empieza a alimentarse. Días 16 a 21. Se constata que el enfermo ha cambiado la fisonomía, hasta entonces rosada y de buen aspecto, presentando facies algo desencajada y pálida. Día 22: La palidez se acentúa demostrando un grado de anemia que llama la atención. No ha tenido hematemesis pero las deposiciones son oscuras y el examen de las mismas revela que tienen sangre en regular cantidad.

**Examen de sangre:** G. rojos 1.400.000, hemoglobina 24 %,

V. G. 0.80. Se procede a practicar una transfusión de 500 c.c. de sangre con dadora universal (Dr. Pardini) falleciendo el enfermo a pesar de ella, el 23 de Junio a las 23 horas. No fué posible practicar autopsia.

**En síntesis:**

Historia larga de úlcera. Cuadro abdominal agudo que obliga a intervenir de urgencia. Operado en las primeras horas, se encuentra úlcera gástrica antigua y perforada. Sutura y epiploplastia.

A los 15 días de intervenido, hemorragias graves y repetidas. Transfusión de sangre. Muerte.

### CONCLUSIONES

**Bajo el punto de vista clínico:**

1°. — Es importante, bajo el punto de vista de las hemorragias que pueden ocasionar, recordar los diferentes tipos anatómopatológicos de úlceras gastro-duodenales.

2°. — La hemorragia de origen ulceroso puede producirse por varios mecanismos diferentes, variando también con ellos, la cantidad y persistencia de la misma.

3°. — Las causas gastro-duodenales o extragastro-duodenales de la hemorragia, son múltiples y de la más variada naturaleza. La úlcera ocupa un lugar prominente entre todas ellas, tanto en el sentido de la frecuencia como de la gravedad de las hemorragias a que puede dar lugar; pero debe tenerse bien presente a la posibilidad de otras etiologías, aun en presencia de la úlcera.

4°. — Las hemorragias de origen criptogenético irán desapareciendo a medida que mejor se conozcan e investiguen las posibles etiologías. Las más de las veces se tratará de úlceras pequeñas a comienzo hemorrágico.

5°. — La coexistencia de la hemorragia con la perforación de una úlcera, ya preceda, coincida o siga la primera a la segunda, es una rara pero muy grave eventualidad, cuyo diagnóstico y medidas terapéuticas deben ser lo más precoces posibles.

6°. — Para el diagnóstico causal debe el médico esgrimir todos los medios que tenga a su alcance y que no estén contraindi-



cados por la hemorragia misma. La radiología, empleando técnicas cuidadosas, en diferentes posiciones y en manos de un radiólogo experimentado, será el más eficaz recurso y debe repetirse — siempre que el caso lo permita — cuantas veces se crea necesario para llegar al diagnóstico, no sin dejar de tener en cuenta los peligros que la misma encierra.

7°. — Si una vez eliminadas todas las etiologías posibles mediante un prolijo examen integral (anamnesis, examen clínico, radiológico, materias fecales, sangre, gastroscopía, etc.), el diagnóstico de la causa de la hemorragia no se hubiera aclarado, se lo debe considerar, prácticamente, como de origen ulceroso.

8°. — El pronóstico debe estar supeditado, entre otras razones, a la causa de la hemorragia, a su número y abundancia, a su modo de producción, al cuadro hematológico y al estado general del sujeto.

#### **Bajo el punto de vista terapéutico:**

1°. — El criterio para decidir el tratamiento de las hemorragias graves de origen ulceroso no puede ser unilateral y sistematizado.

2°. — El tratamiento médico, con el cual la mortalidad es algo mayor que con el quirúrgico, debe estar indicado en los siguientes casos:

Ante un diagnóstico causal imposible; cuando la infección juegue un rol preponderante; cuando la hemorragia, si bien ha sido grave, no se reproduce en las horas o días subsiguientes (tratamiento médico provisorio o definitivo); cuando el grado de anemia sea muy avanzado y el estado general muy desmejorado (tratamiento médico provisorio o definitivo); cuando se haya podido diagnosticar la existencia de úlcera inextirpable (indicación discutible); cuando el medio no sea propicio para una intervención delicada.

3°. — En todos los demás casos debe practicarse la intervención quirúrgica, la cual deberá ser precoz y radical (gastrectomía), en la medida de lo posible. Con ella se podrá obtener la salvación del hemorrágico al par que la curación del ulceroso.

4°. — La transfusión sanguínea a larga mano, es un recurso del cual no debe prescindirse, sea que se resuelva el tratamiento médico o el tratamiento quirúrgico.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) *Abrami* — Los grandes síndromes de las cirrosis. Ensayo de clasificación. Rév. des mal. du foie. Mayo 1932.
- 2) *Abrami* — Las esplenopatías cirrógicas. Bull. et mém. de la Soc. Méd. des Hôp. 23. II. 1934.
- 3) *Agote* — Las úlceras agudas hemorrágicas del est. y duod. Anales del Inst. de Clín. Méd. T. IX, 1924-25, pág. 90. Buenos Aires.
- 4) *Alberti* — Fortschr. an den Geb. d. Röntgenstr.. Enero 1931.
- 5) *Akerlund* — El lugar que actualmente ocupa el diag. de los nichos en la úlcera del duodeno. Acta Radiológica, vol. VIII, fascic. 6, págs. 538 a 546.
- 6) *Allemand* — Lésions anatomiques et trait. chirurg. dans les grandes hémmorr. gastriques aigües. Thèse de Lyon, 1933.
- 7) *Allende C. I.* — Boletín Soc. de Cir. de B. Aires. 9. VIII. 1933, pág. 746.
- 8) *Andreesen* — Journal of the Amer. Med. Assoc. 22. X. 1927.
- 9) *Arce* — Soc. de Cir. de B. Aires. 12. VII. y 22 VIII. 1933.
- 10) *Asteriades* — Soc. Nat. de Chir. de París. 26. X. 1932.
- 11) *Aubijoux* — Hémmorr. gastro-duodénales dans la lithiase biliare. Thèse de París, 1923. (Síntesis en Arch. Mal. de l'app. dig. et de la nut.. 1924, pág. 88).
- 12) *Baggio* — La hemorr. por éstasis después de operaciones sobre el estómago del perro. Foglia Medica 15. X. 1925, p. 757.
- 13) *Balfour* — The Journal of the Amer. Med. assoc.. N° 8, 1919. Trat. quir. de las formas hemorr. de las úlceras gastroduodenales. The Journal of the Am. Med. Assoc. N° 8, 1924. The Journal of the Am. Med. Assoc. N° 6, 1917. The Journal of the Am. Med. Assoc. 1927. The Archives of Surgery, 1917 (Citado por Duval).
- 14) *Balner* — The Lancet. Julio 1927.
- 15) *Basst* — Périduodénite et appendicite. Arch. des Mal. de l'app. dig. et Nut.. Nov. 1925.
- 16) *Becart* — La gastrophotographie. París, 1931.
- 17) *Beco* — L'ulcère gastro-duod.. Son traitement. La Presse Médic.. 5. V. 1934.
- 18) *Berard y Mallet Guy* — Lyon Chirurg. Enero-Febrero 1932. Hemorr. gást. por úlc.. Documentos anatómono-patológ.
- 19) *Begouin, Lafargue, Magandie, Dubourg* — 18 cas de grandes hémmorr. gastro-duodén. Bordeaux Chir. IV. 1933.
- 20) *Behrend* — Hemorr. y perf. en las úlc. gastro-duod. Journ. of Am. Med. Ass.. 20. XII. 1930.
- 21) *Berg* — Coexistence of perforated and bleeding duod. ulcers. Surg. Clin. North-Amer. VI. 1931.
- 22) *Berner* — Norsk Magaz. for langevidens Kaben. T. 86, N° 12, 1925.
- 23) *Bevalot* — Hemorr. g-d et transf. sang.. These Paris, 1931.
- 24) *Bitot y Mauriac* — Hemat. par arterioclérose. Gazette des Hôp.. 13. III. 1913.

- 25) *Boas* — El valor de las hemorragias ocultas. *Mediz. Klin.* 7. IX. 1934.
- 26) *Boas* — Nuevas directivas en el tratamiento de las úlceras. *Deut. Med. Woch.* 4. XI. 32.
- 27) *Bock* — *Zentralblatt für Chir.*, act. 1929. — El trat. de las hemorr. ag. y prof. de la úlcera gástrica.
- 28) *Bohmansson* — *Acta Chir. Escandinavica*, 1926, suplemento 7.
- 29) *Bonnet* — *Lyon méd.*, 1897, p. 52.
- 30) *Bortz* — Hemorragias gástricas 'difusas'. *Archives of Internal Medicine*, Julio 1932.
- 31) *Boston* — Hemorr. gástrica debida a una telangiectasia familiar. *The Amer. Journ. of Med.* N° 6, 1930.
- 32) *Bouchard* — Noevi arteriales del esófago. *Révue de Méd.*, pág. 837, 1902.
- 33) *Bouchut y Ravaut* — Las píloro-duodenitis. *Arch. des mal. de l'app. dig.* 1927, p. 121.
- 34) *Bralm* — *Deutsche Med. Woch.*, 1908.
- 35) *Bramwell* — *Clinical Studies*. Vol. I, parte 3, Abril 1903.
- 36) *Brenckmann* — *Arch. mal. de l'app. dig.*, Junio 1932.
- 37) *Broca y Weil* — Complicaciones hemorr. de la apendicitis. *Presse Médic.* pág. 1, 1909.
- 38) *Bulmer* — La mortalidad por hematemesis. *The Lancet*, 23 Julio 1927, pág. 168.
- 39) *Balmer* — La mortalidad por hematemesis. *The Lancet*, 1° Octubre 1932, pág. 721.
- 40) *Butler* — Tratamiento de las hemorr. gastro-duodenales. *La Clinique*, XII. 1928, p. 435.
- 41) *Cadenat y Moulouquet* — Colecistitis calculosa con hematemesis. *Soc. de Chir. de Paris*, 9. I. 1929.
- 42) *Caeiro* — La gastrectomía en el trat. de las hemorr. graves de la úlc. g.-d. *Bol. de la Soc. Cir. Bs. As.* 5. VII. 1933.
- 43) *Caloni* — El trat. de las hemorr. g.-d. por la yeyunostomía. Tesis de Lyon, 1920.
- 44) *Camelot y Courty* — Tratamiento de las hemorr. de la úlcera g.-d. *Journal de Méd. de Lille*, 1923.
- 45) *Carnot, Harvier et Mathieu* — Las úlceras digestivas. París 1922.
- 46) *Castaigne y Dujarier* — Complicaciones de la úlc. gástrica. *Cong. franc. de Med.* 1907.
- 47) *Cazin* — Tratamiento de las grandes hemorr. debidas al exulceratio simplex. *París chirurg.* pág. 237, 1920.
- 47') *Ciceri* — Úlceras g.-d. con hemorragia. *Giornale Veneto di Soc. medic.* Venezia, 1933, XI.
- 48) *Ciminata* — Las hemorr. llamadas parenquimatosas del estómago. *Wiener Klin. Woch.* XLV, N° 10, 4. III. 1932.
- 49) *Codevelle* — Las hemorr. g.-d. en las esplenomegalias primitivas. *Revue des mal. du foie, pancréas et rate*, pág. 372, 1930.
- 50) *Collin* — Úlcera duodenal. Tesis de París 1894.
- 51) *Cuneo* — El trat. quir. de las grandes hemorr. g.-d. *París Médical*, 4. IV. 1931, p. 332.
- 52) *Cuneo* — Discusión sobre el tratam. quir. de las hemorr. g.-d., *Soc. de Chir. de París*, 25. V. 1932.
- 53) *Corachán* — Cirujía gástrica. T. 1°, 1934. Barcelona.
- 54) *Cordier, Croizat y Plauchu* — Pileflebitis y enferm. de Banti. *Bull. et Mém. de la Soc. Med. des hop.* París 1933, pág. 180.
- 55) *Coryn* — Tres úlc. hemorr. del estómago. *Journ et Ann. Soc. Belge de chir.* Mayo 1925.

- 56) *Cushing* — Perforación de la úlcera gástrica y hematemesis. Surg. Gynec. and Obst. 1932.
- 57) *Chabrol* — Las hematemesis esenciales. Su relación con la patología espleno-hepática. Soc. Méd. des hop.. París, 6. V. 1932.
- 58) *Chaoul* — Diagn. radiológ. del apar. digest. Traduce. española. 1928.
- 59) *Charbonnel* — Discusión sobre el trat. de las grandes hemorr. g - d. Soc. de Méd. de Burdeos, Dic. 1930.
- 60) *Charlot* — Hematemesis en la apendicitis. Tesis de París, 1900.
- 61) *Chauvenet* — Trat. de las gastrorragias graves. París Méd. 12. XI. 1932.
- 62) *Chevallier* — Las hemorr. de los capilares. Problema act. de Patol. Méd. Paris, Masson, 1931.
- 63) *Chevallier-Jackson, Tucker, Clerf, Luckens, Moore* — Hematemesis. Un llamado a los métodos objet. del examen. The Journ. of. Amer. Med. Assoc. 19. XI. 1925.
- 64) *Chiesman* — Mortalidad por hemorr. graves en la úlcera. The Lancet, 1. X. 1932.
- 65) *Chiray* — La vesícula biliar.
- 66) *Chiray y Amy* — Algunas hemorr. g - d. mal conocidas. Presse Méd., 9. VII. 1930.
- 67) *Deaver* — Hemorr. gástricas. Surg. Gynec. and Obst. Tomo XVIII. N° 3, 1924.
- 68) *Decker* — Munch. Med. Wochenschr.. Octubre 1920.
- 69) *Delageniere* — Trat. preoperat. de las grandes hemorr. g - d. por la ing. de clara de huevo. Arch. Franco-Belges de Chir. N° 2, 1934.
- 70) *Delbet* — La vacuoter. en el trat. de las hemorr. ulcerosas. Rev. de Chir. N° 1, 1925.
- 71) *Delore, Comte, Labry* — Las gastrorragias de causas mal conocidas. El estómago vascular pulsátil. Presse Méd., 20. I. 1926.
- 72) *Delore et de Girardier* — Las hemorr. de las úlc. g - d. y su trat. Révue de Chir. 1928. p. 429.
- 73) *Delore et de Girardier* — A propós. del trat. quirúrg. de las hemorr. gástricas de origen ulceroso. Presse Méd. N° 69. 1928.
- 74) *Delort et Luquet* — Hemorr. digest. a repetición. Arch. des Mal. de l'app. dig.. 1925, p. 47.
- 75) *Delore, Martin et Mallet Guy* — Les. de vecindad del ulcus gást. crón. Arch. Franco-Belges de Chir. 1925. p. 58.
- 76) *Démole* — Estudio sobre la etiología de las hematemesis. Tesis de París, 1931.
- 77) *Dielafoy* — Clin. Méd. de l'Hôtel-Dieu. Tomos III y IV.
- 78) *Donovan* — Soc. de Cir. de Buenos Aires. 2. VIII. 1933.
- 79) *Dufour* — Las hemtem. infecc. Tesis de París, 1897-98.
- 80) *Duval* — Las hematem. sin ulceración en las gastropatías dolorosas. Arch. Mal. de l'app. digest. P. 155, 1924.
- 81) *Duval* — Discusión sobre las indic. terap. en las grandes hemorr. g - d. Soc. de Chir. 6. IV. 1932, págs. 828-913.
- 82) *Einhorn* — Trat. de las hemorr. ag. en la úlc. péptica. Med. and Record. 4. IX. 1926, 2. III. 1932.
- 83) *Eiselsberg* — La exclusión del piloro. Acta Quir. Escand. T. 59,, 1925.
- 84) *Elliot* — Perfor. gást. ag. y úlc. duod. Ann. of Surgery. Enero 1909.
- 85) *Escudero* — Lecc. de Clín. Méd. T. III.
- 86) *Escudero* — Cit. por J. A. Caeiro. Soc. de Cir. de B. Aires. 16. VIII. 1933.
- 87) *Faroy* — Hemorr. del tubo digest. sin les. ulcerosas. Arch. mal. app. dig. Marzo 1924.

- 88) *Ferrata* — Le Emopatie. Vol. II, Fasc. II. 1933.
- 89) *Faucher* — Ligad. de la coron. y pílora. por una hematem. grave. Soc. de Cir. de París.
- 90) *Figarella* — Trat. quir. de las hemorr. graves de or. ulcer. Tesis de Marsella, 1933.
- 91) *Finsterer* — Trat. oper. de las hemorr. ag. y prof. del estóm. y duod. Wiener Klin. Woch. 4, II, 18. IX. 1931.
- 92) *Finsterer* — Trat. de las hemorr. graves del estóm. Journal Chir. N° 5, 1933.
- 93) *Fritzche* — Las hemorr. parenquim. primit. mortales. — Berliner Klin. Woch. 1919, p. 747.
- 94) *Gallart-Mones* — Contrib. al est. de ciertas gastrop. crón., dolorosas y hemorrág. sin úlcera. Acad. y Labor. de Ciencias Méd. de Cataluña. Sesión del 26. V. 1926.
- 95) *Gallart-Mones* — Anales de Medic. de Barcelona. Abril de 1928.
- 96) *Gilbridge* — Las grandes hemorr. de las úlc. g.-d. y su tratam. The Journal of Amer. Med. Assoc. 20. V. 1930, p. 1746.
- 97) *Gosset, Tzanck y Charrier* — Bases fisiológ. para la transf. de sangre por hemorr. Presse Méd. 20. X. 1930.
- 98) *Goyena, Bianchi y Ceiro* — Schwannoma del estómago. B. Aires, 1931.
- 99) *Greggio* — Cit. por *Morton*.
- 100) *Gregoire* — Anat. del duodeno consider. bajo el punto de vista méd.-quir. Arch. d'Anat. Pathol. Núms. 3 y 4 de 1934.
- 101) *Gregoire* — Discus. sobre el trat. de las grandes hemorr. ulcer. Soc. de Chir. de París, 11. V. 1932.
- 102) *Gregoire y Weill* — Las gastrorr. de las esplenomeg. Arch. Mal. app. Digest., Junio 1928 y Presse Méd. p. 385. 1929.
- 103) *Gur* — Las hemorr. agudas en el curso de las úlceras y ulceraciones g.-d. Tesis de París, 1921.
- 104) *Gutmann* — Los síndromes dolorosos de la región epigástrica. 2ª. ed. París 1934.
- 105) *Gutmann y Demole* — Sobre el origen de las hemorr. g.-d. Soc. Méd. des Hop. 29. IV. 1932.
- 106) *Gutmann, Schlumberger y Laval* — Hemorr. digest. en un angiomatoso. Soc. Méd. des Hop. 4. I. 1932.
- 107) *Gutzeit* — Las lesiones de la mucosa gástrica en los saturninos. Münch. Med. Woch. 21. IX. 1928.
- 108) *Haberer (Von)* — Deutsch. Zeitsch. f. Chir. Núms. 1 a 4. 1922.
- 109) *Hartmann* — Disc. sobre el trat. de las gr. hemorr. ulcers. Soc. Chir. París, 25. V. 1932.
- 110) *Hartmann* — Trabajos de cir. anát. clín. 7ª. serie, París, 1928 p. 25.
- 111) *Harvier y Maison* — Lesiones vascul. de la pared gást. en el curso de las hematem. Bull. et mém. de la Soc. Méd. des Hop. 23. II. 1934.
- 112) *Henning* — Los result. obten. hasta ahora y el valor clín. de la gastroscopía. Ergenbn. d. Gesamtmed. Números 3 y 4, pág. 539, 1931.
- 113) *Hers* — Deutsch. Med. Woch. 9. IV. 1926.
- 114) *Holmgren* — Trat. de la úlc. g.-d. Acta Med. Scand. N° 4, 6. XII. 1933.
- 115) *Hurst* — Trat. de las hemorr. graves g.-d. The Lancet. 31. V. 1924.
- 116) *Jeannenev* — Hemorr. gást. graves. Soc. de Cir. de Burdeos. 9. II. 1933.
- 117) *Jeannenev* — Rol de la inf. en las hemorr. gást. Arch. mal. app. dig. Junio 1929.

- 118) *Jeanvaine* — Cáncer de riñón y hematemesis. Cong. francés de urol. 1929.
- 119) *Jacobovici* — La mucoclasia del píloro y del duodeno en las úlc. no resecables. Zentralblatt f. Chir. 22. X. 1932.
- 120) *Judd* — The Journ. of the Mich. State Medic. Soc. Junio 1931.
- 121) *Judine* — Ules. perfor. del estóm. y duod. Journ. Chir. 1931, p. 188.
- 122) *Kaliniewicz* — Oper. radic. en la úlc. gást. hemorr. desp. de transfusión. Polski Przeg. Chirurg. N° 4, 1931 (Varsovia).
- 123) *Kalish* — Prueba de las hemorr. ocultas provoc. de Boas. Deut. Med. Woch. 15. X. 1926.
- 124) *Kiraly* — Indic. oper. en las hemorr. gást. ag. Tesis de París, 1929.
- 125) *Kirmisson* — Apendic. y gastrorr. Gaz. Hebdom. 1. II. 1900.
- 126) *Kohn* — Pract. Treat. on Dis. of the Dig. System. T. I. y II. 1930.
- 127) *Kummer* — Gastrorr. y enterorr. criptogenét. Arch. Mal. App. Dig. p. 742. 1924.
- 128) *La Gravinese* — Espasmos del tubo digestivo en la ovaritis esclerocística. Ginecolo. Obst. 1930.
- 129) *Laignel-Lavastine, Schwob, Guilly, Bidou* — A propos. de dos casos de esplenomeg. prim. acomp. de hemorr. g. - d. con anemia grave. Bull. et mém. de la Soc. M. des H. 23. II. 34.
- 130) *Largey* — Cont. al est. de las úlc. crón. no perf. del duod. Tesis de París, 1925.
- 131) *Lecene y Leriche* — Terap. Quir. T. III. 1926.
- 132) *Leclerc* — Trat. de urg. de las hemorr. gást. por la jejunos. p. 349, 1923.
- 133) *Lefevre* — Úlc. g. - d. hemorr. y su trat. Gaz. Hebd. des Soc. Méd. de Bord. 23. III. 1930.
- 134) *Lefevre* — Diez nuevos casos de úlc. hemorr. g. - d. Bord. Chirurg. IV. 1932.
- 135) *Lefevre y Broustet* — Ind. op. en las úlc. hemorr. g. - d. Journal de Med. de Bord. 10. V. 1930.
- 136) *Lenoir, Richet, Jacqueline* — Indic. y contraindic. oper. de la úlc. del estómago. Presse Med. p. 593, 1921.
- 137) *Linkberg* — Trat. quir. de la úlc. duod. sangrante. Zentralblatt f. Chir. 31. I. 1931.
- 138) *Loeper y Forestier* — El estóm. de los biliares. Journ. Méd. Franc. p. 327, 1920.
- 139) *Lorenz* — Fiebre en la úlc. Tesis de Berlín. 1912.
- 140) *Maguñhan* — Úlc. gást. y duod. (Trad. franc. de Pauchet) 1924.
- 141) *Maldonado Allende* — Las hemorr. ag. y a repet. por úlc. g. - d. Rev. Médica. Córdoba. II, 1934.
- 142) *Mallet Guy y Peycelon* — Docum. para el est. de las gr. hemorr. gást. ag. Journal de Chir. p. 809, XII. 1932.
- 143) *Mauvais* — Hemorr. g. - int. en la lit. bil. Tesis París 1929.
- 144) *May, Guggenheim y Jammet* — Un caso de exulcer. simp. Bull. et mém. Soc. Méd. des Hop. 12. III. 1934.
- 145) *Mackulicz* — Cong. alemán 1897 (cit. por Figarella).
- 146) *Mondor* — Diagn. de urg. del abd. 2ª. ed. T. I y II. 1934.
- 147) *Morgan* — Hemorr. mortal consec. a mioma gástr. The Brit. Med. Journal. 4. VII. 1931.
- 148) *Moschowitz* — Hemorr. mas. mást. sin úlc. demostr. Amer. Jour. Of. Med. Sc. p. 74, 1916.
- 149) *Muller* — Trat. de las hemorr. ag. g. - d. Arch. f. Klin. Chir. T. CXXIV, 1923.

- 150) *Nielsen* — Elección entre trat. méd. y quir. de las úlc. gást. Acta Quir. Escand. T. LV. 1922.
- 151) *Outland y Clendening* — Hematem. por apendic. crón. Arch. of Int. Med. p. 273, 1920.
- 152) *Pans* — Cong. de Cir. del Norte. Oslo, 1925.
- 153) *Papin y Wilmoth* — El trat. quir. de las gr. hemorr. g.-d. de or ulcer. Cong. Franc. de Cir. Octubre 1933.
- 154) *Pasman y Ceballos* — Las gr. hemorr. de las úlc. g.-d. Bolet. y trab. de la Soc. de Cir. B. Aires, 1. VII. 1931.
- 155) *Patel* — La yeyunostomía en las hemorr. gást. Lyon Chir. p. 45, 1924.
- 156) *Pauchet* — Ulc. duod. hemorr. Presse Méd. 27. III. 26 y 19. V. 26.
- 157) *Pauchet, Luquet y Hirschberg* — Ulceras del estómago y duodeno. París 1929.
- 158) *Peco* — Indic. oper. en las hemorr. g.-d. La Semana Médica 13. II. 1930.
- 159) *Perigord* — Ulcus penetr. del estóm. Tesis de París 1926.
- 160) *Piccini* — Hemorr. ag. por úlc. gást. y op. de Balfour. II Policlínico. p. 835, 1924.
- 161) *Pietri* — Contrib. al est. del estóm. vascular pulsatil. II Policlínico, 3. III. 1926.
- 162) *Poix* — Hemorr. gást. graves sobrevin. en el post-operat. de las úlc. g.-d. perforadas. Tesis de Lyon, 1929.
- 163) *Polony* — Ulc. perfors. y hematem. mortales. Soc. cir. de París. 2. II. 1929.
- 163') *Porges* — Enfermed. del estómago. (Traducción brasileña) 1933.
- 164) *Pototschnig* — Arch. Ital. di Chir. 20. VIII. 1927.
- 165) *Puhl* — Las hemorr. parenquimat. del estóm. Deutsch. Zeit f. Chir. p. 117, 1926.
- 166) *Quan* — Trat. de la úlc. hemorrág. Bull. et Mém. Soc. de París, 1924.
- 167) *Ramond (F.)* — La ligad. del arco art. de la peq. curvad. gást.. Progrés Méd. 28. XI. 1931.
- 168) *Ramstedt* — Zentralblatt f. Chir. 15. III. 1924.
- 169) *Rehfuss* — Diagn. y trat. de las enferm. del estómago. 1927.
- 170) *Renaud* — Gran hemorr. gást. sin efracción de la mucosa. Bull. et M. de la S. M. des H. 23. II. 1934.
- 171) *Ribas y Ribas* — Indic. quir. en la úlc. gást. Rev. Españ. de Med. y Cir. 43, 1922.
- 172) *Rivers y Wilbur* — Diagn. y signif. de las hematem. Journ. of Am. Med. Ass. 7. V. 1932.
- 173) *Robineau* — Disc. sobre el trat. quir. de las gr. hemorr. ulcers. Soc. Nac. de Cir. de París. 7. V. 32.
- 174) *Roger* — Hemorr. gást. en la inf. exper. del ciego. Arch. Med. Exp. Enero 1906.
- 175) *Rovsing* — Ulc. duod. crón. Cong. de los ciruj. del Norte. Cristianía 1919.
- 176) *Rusznjak y Vandrofy* — Causas de error en las hemorr. oc. Berl. Klin. Woch. 12. XII. 1921.
- 177) *Sanguinetti* — Azcemias en el curso de las hemorr. deten. en el tubo dig. (Est. clín. y exper.) Arch. arg. de enf. del ap. dig. N° 3, 1934.
- 178) *San Martín* — Hem. fulmin. por úlc. duod. Gastrec. Cur. Bolets. Soc. Cir. B. Aires. 17. VI. 1931.
- 179) *Sante* — Hemorr. masiva del tractus g.-i. Journ. of Am. Med. Ass. N° 21, 1929.
- 180) *Santy* — Dos casos en disc. Soc. Cir. de Lyon. 11 II. 1932.

- 181) *Schatski* — El radio-diagn. de las vár. del esóf. y del estóm. y su imp. en la clin. Presse Méd. 1932 (rév. de rev.).
- 182) *Scheidter* — La infl. baromét. en el or. de las hemorr. y perfor. de la úlc. gást. Deutsche Zeitsch. f. Chir. T. CCXXXIX, Enero 1934.
- 183) *Schindler* — Trat. y atlas de la gastroscopía. Munich, 1923.
- 184) *Schindler* — Progr. del diagn. de las enf. gást. por el empl. del gastroscopio. Rev. Méd. Ger. Ib. Amer. 1. II. 1934.
- 185) *Schindler* y *Sielman* — Control gastroscóp. de las imág. estero-radiográficas de la mucosa gást. Münch. Med. Woch. 20. XI. 1931.
- 186) *Schoemaker* — Red Stomac. Surg. Gin. and Obst. N°. 40, 1925.
- 187) *Seneque* — Ind. oper. en las hem. de las úlc. g. - d. Bull. Méd. 26. III. 1932.
- 188) *Shaw* — Hematemesis. The Lancet, VIII. 1933.
- 189) *Sole, Piñeyro Sorondo y Mosto* — La úlcera del estómago. B. Aires, 1930.
- 190) *Soupault* — Ind. y contraind. oper. en las hemorr. ag. de or. g. - d. Rev. Crit. de Pat. et Ther. Febrero 1931.
- 191) *Testut-Latarjet* — Anatomía descriptiva.
- 192) *Thompson* — Hemorr. mortal. por erosión de la art. g. - d. en las úlc. del duod. Ann. of Surgery 1913.
- 193) *Tixier y Clavel* — Las grandes hemorr. g. - d. París 1933.
- 194) *Tixier, Pollosson y Dargent* — Hemorr. mortal por úlc. del est. Soc. Nat. de Méd. de Lyon 30. XI. 1932.
- 195) *Tzanck* — Hemorr. g. - d. y transf. sang. Soc. Med. des hop. de París. 3. VI. 1932.
- 196) *Tzanck* — La transfusión. París, 1934.
- 197) *Tzanck* — Intoler. gast. a forma hemorr. Las hemorra. llam. esenciales. Soc. Med. des Hop. de París. 20. IV. 1932.
- 198) *Urrutia* — Trat. de las hemorr. g. - d. Anales de la Clín. de Medicina. 1925.
- 199) *Velazquez* — La mejoría subjet. post-hemorr. de los ulcers. Clín. y Labor. Marzo 1930.
- 200) *Viannay* — Gastrorr. gr. por ulc. trat. por g. - e; curación. Soirée Méd. N°. 8, 1925.
- 201) *Wagner* — Peligros de la hemorr. y de la perf. desp. de las op. conserv. por úlc. gást. Zentralblatt f. Chir. T. II. N°. 23, 1924.
- 202) *White* — La gastrotaxis. The Lancet, Nov. 1906. (Cit. por Duval).



## INCOMPATIBILIDADES

---

El desempeño de la función pública sufre, en ciertos casos, restricciones motivadas por impedimentos **de derecho** o **de hecho**, que limitan o impiden la acumulación, en la misma persona, de dos o más empleos; es a lo que se ha denominado **incompatibilidades**.

Las hay en todas las legislaciones y en todas las administraciones, cualquiera que sea la forma de gobierno.

Al orden jurídico le interesa especialmente determinar: a) su naturaleza y alcance; b) la competencia del órgano que las establece.

En cuanto a lo primero, las incompatibilidades pueden ser de dos clases, a saber: **de derecho** y **de hecho**, pero en consideración a circunstancias especiales, generalmente de índole personalísima, puede admitirse una tercera que llamaremos **de orden moral**, ajena a la legislación, pero que está implícitamente contenida en los principios de ética elemental que presiden y dominan el régimen jurídico y la conciencia universal. Que un hijo sea ministro de su propio padre o el padre ministro de su hijo, es algo que no puede concebirse en un Estado jurídicamente organizado, aun cuando las leyes nada digan al respecto; he ahí una incompatibilidad moral.

Lo mismo ocurrirá en todos los casos en que la función sea de confianza pública o de contralor, o cuando las actividades particulares del funcionario comprometan la dignidad del cargo o la necesaria imparcialidad, etc. etc.

En cuanto a las incompatibilidades de derecho pueden clasificarse en dos grupos: 1°. Las que derivan del principio de la

división de poderes, que establece la Constitución; 2°. Las que expresamente determinan las leyes.

Respecto de las primeras, por su propia índole se deduce que ellas resultan del régimen constitucional que al consagrar la división tripartita del poder público, no consiente que un mismo individuo sea miembro de dos poderes a la vez, porque así vendría a ser ilusorio el principio básico del sistema.

En consecuencia, incumbe al poder constituyente dictar la prohibición, aunque ella resulta o surge de la propia organización, viniendo casi a ser innecesaria su expresión literal.

Parece indudable que un juez no debe ser legislador o presidente, y viceversa. Por igual razón, el empleado dependiente de un poder del Estado, no debe depender de otro. Así se satisface el principio fundamental de la división de poderes.

Entre nosotros, las Constituciones de la Nación y de las provincias, declaran incompatible el ejercicio simultáneo de funciones anexas a dos poderes del Estado o de empleos correspondientes.

En lo nacional los miembros del Congreso no pueden aceptar empleos del P. Ejecutivo — Art. 64 C. N. — ni los miembros de este último, Presidente o Vice, pueden ejercer otro cargo nacional o provincial — Art. 29 — ni el Presidente ejercer funciones judiciales, arrogarse el conocimiento de causas pendientes o restablecer las fenecidas — Art. 95.

Los ministros no pueden ser senadores o diputados — Art. 91 — ni tampoco los eclesiásticos regulares ni los gobernadores de provincia por la de su mando — Art. 65.

Igualmente se prohíbe a los jueces de las cortes federales formar parte de los tribunales de provincias — Art. 34 id.

La Constitución de Córdoba legisla también sobre la materia, prohibiendo la acumulación en la misma persona, de dos o más empleos de las tres reparticiones provinciales en que se divide el poder público — Art. 26.

El Gobernador y el Vice no pueden ejercer otro empleo ni recibir emolumento alguno de la Nación o de la Provincia — Art. 95 — y los eclesiásticos regulares no pueden ser senadores o diputados — Art. 79 id.

Tal es, en general, en nuestro país, el estado de la cuestión, en lo que a incompatibilidades de orden constitucional se refiere; las establece el poder constituyente y a él solo le incumbe hacerlo, privativamente.

El Congreso no puede legislar sobre ellas por no ser poder competente al efecto.

Podría sí, dictar leyes prohibiendo o limitando la acumulación de empleos **dentro de una misma rama** del poder público, y también sobre incompatibilidades de **facto**, como son las que derivan de una imposibilidad física, que obsta al ejercicio de mas de un empleo, horario, etc.

Esto último puede ser también atribución del P. Ejecutivo, es decir, las **de hecho**, mas nunca las **de derecho**, pues son éstas de privativa jurisdicción Constitucional o legal.

En consecuencia las resoluciones administrativas que no consultan estos principios, son ilegales por falta de competencia en el órgano emisor, pues no incumbe al P. Ejecutivo, crear, restringir o suprimir derechos, que sólo al legislador corresponde hacerlo en la medida que las necesidades públicas lo requieran y en cuanto sus atribuciones lo permitan o autoricen.

De otro modo se cae en la anarquía reglamentaria, se invaden facultades y cercenan derechos, se perjudica, a lo mejor, el servicio público y se crea al empleado un motivo mas de zozobra e intranquilidad, como si no bastara la constante incertidumbre de las luchas políticas, en las que el empleo público es el botín de guerra.

Sería de desear que el Congreso reglara, en buenos principios, esta materia tan zarandeada por la inevitable rotación de los partidos en el poder.

FÉLIX SARRÍA

---