HISTOFISIOLOGIA PATOLOGICA

e importancia del diagnóstico de las gastropatias de origen ulceroso.

POR EL DOCTOR JOAQUÍN LOMBANA (de Bogotá)

(Presentado al tercer Congreso Médico Nacional reunido en Cartagena).

La hipersensibilidad hereditaria exterioriza el órgano reactivo; la idiosincrasia es congénita, no provocada como la anafilaxis.

Fundados en este razonamiento consideramos para el caso al estómago como el órgano de menor resistencia, y basamos el estudio de esta clase de gastropatías en la dinámica de su irrigación y en lós nexos vasculares y nerviosos que lo ligan a los órganos de funciones diversas que lo avecinan y que por una causa perturbadora cualquiera tienen forzosamente resonancia sobre él.

Veamos cómo concebimos el proceso: hay congestiones activas preflegmásicas; congestiones pasivas y congestiones que pudiéramos llamar por disfunción, despertadas por hipersensibilidad orgánica hereditaria y mantenidas por circunstancias especiales transitorias o definitivas y que pueden sostenerse por los hábitos o por las profesiones.

Es a esta última forma a la que deseamos llamar la atención. ¿Que ocurre en un órgano que funciona exageradamente? Hay vasodilatación,

aflujo de sangre arterial y lentitud en la corriente de salida o venosa; si la afluencia continúa, el órgano debe aliviarse, pero la circulación quedará perturbada si la corriente de salida encuentra obstáculo a su paso. Ahora, como el sistema de la vena porta, al cual nos referimos, es especial, tiene sus ramas en el hígado, su tronco en la reunión de las venas que parten de sus raíces y que antes de alcanzar el tronco, recorren las paredes del estómago; si hay congestión o espasmo en el hígado, habrá perturbación en las raíces; pero como la distribución vascular es fija, en cada una de las vísceras, bazo, intestino, que se encuentran en las raíces, las consecuencias estarán localizadas en cada una de ellas y naturalmente tendrán resonancia sobre el estómago, al cual recorren, como veremos luégo.

Insistiremos especialmente sobre la irrigación venosa del estómago, que es la que nos puede dar más luz en el asunto; como dijimos, esta víscera está recorrida por las venas que van a formar el tronco de la porta. Veamos qué vísceras se encuentran en torno del estómago: el hígado, el bazo y el intestino.

Hígado—Como dijimos, encierra las ramas de la vena porta y a él se refieren casi todas las enfermedades de la nutrición. La complejidad de sus funciones perturbadas parcial o globalmente deben comprometer la economía de una manera seria; el hepatismo en sus diferentes fases y que puede considerarse como una localización hepática de la arterioesclerosis, convierte al individuo en un retardado, y las consecuencias de la meyopragia empiezan a aparecer en las múl-

tiples funciones de hidratación y de reducción de que es asiento el hígado, y habrá, según el predominio de disfunción en los lóbulos ya derecho, ya izquierdo, respectivamente, manifestaciones de colihemia y predominio de pigmentos de hidratación que se revelan por bilirrubinuria, en el primer caso, o hemafeísmo y urobilinuria en el segundo caso.

Bazo—A ésta se refieren las grandes infecciones agudas de la cavidad intestinal; las crónicas como el paludismo, la sífilis y la tuberculosis, no frecuentemente; la leucemia esplénica naturalmente tiene su influencia. Organo de defensa, formador de glóbulos blancos, los cuales aparte de su función fagocitaria, unos producen fermentos proteolíticos o macrocitasas que obran sobre los albuminoideos y sobre el fermento fibrinógeno, otros dan fermentos lipolíticos o microcitasas y actúan sobre las grasas. Destruye los glóbulos rojos, transformando su pigmento en methemoglobina, que puede asimilarse a la hemoglobina oxicarbonada, la cual, llevada al hígado por el sistema de la vena porta, aumenta su trabajo de reducción manifestándose por un exceso de urobilina.

Intestino—Lugar de absorción, de eliminación y de putrefacción, cuya regularización y asepsia se hace en gran parte por la secreción biliar, medio de cultivo de su guardián, el colibacilo. Se comprende que un mal funcionamiento del estómago en un hiperácido, pueda producir una enteritis catarral y la obstrucción correlativa de los canales biliar y pancreático, de ahí la aparición de albuminurias de origen alimenticio de-

bidas a una mala preparación de los proteídos que por no haber perdido los elementos necesarios de azufre, haciéndose poco absorbibles, son reveladas en la orina por la reacción del biuret; parálisis del intestino por la exageración de las fermentaciones, constipación, colitis secas y mucomembranosas, icterias de origen hemolítico.

Circulación de la vena porta—Está constituído el tronco por tres grandes venas: la esplénica nace de la cara interna del bazo, se dirige a la izquierda casi horizontalmente para reunirse con la pequeña meseraica; la pequeña meseraica, que viene del recto, colon descendente y mitad izquierda del transverso y se reúne con la esplénica en la cara posterior del páncreas; la gran meseraica, que va del intestino delgado, del colon ascendente y la mitad derecha del transverso y se une con el tronco de la esplénica y de la pequeña meseraica.

Venas que surcan directamente la pared del estómago—La gastroepiploica derecha, que desemboca en la gran meseraica, no directamente en la porta, y al dirigirse, casi verticalmente hacia su desembocadura, pasa por la región del antro; *la vena gastroepiploica izquierda,* que desemboca en la esplénica hacia la parte posteroizquierda de la gran curva, los vasos cortos en la esplénica, porción de la gran tuberosidad; *la coronaria estomáquica* en el tronco de la vena porta, y la *pilórica*, que desemboca igualmente en la vena porta y otras veces va al hígado, en donde se ramifica haciéndose porta accesoria (Testut).

Además, Schemiedel ha señalado conexiones de las venas periféricas del estómago con las

diafragmáticas, la renal izquierda, las acigos y las del esófago torácico. Por las venas nacidas de la hojilla peritoneal de la cara posterior del estómago, anastomosis con las capsulares y las diafragmáticas, que unen el sistema porta al de la cava inferior.

LOCALIZACIÓN DE LOS PROCESOS ULCEROSOS

Estos están subordinados a la corriente venosa retrógrada que va a producir la lesión en sitios determinados, lo que quiere decir que la topografía vascular preside a esa distribución; vamos a verlo.

Hígado—Las localizaciones que determinan las alteraciones de esta víscera se hacen en la pequeña curva o en la región pilórica; las razones que tenemos para aseverarlo son anatómicas: si se sitúan en la pequeña curva y en la región del píloro es porque la primera porción irrigada por la arteria coronaria lleva su sangre al tronco de la vena porta y de ahí al hígado o a sus ramas; si por alguna de las circunstancias expresadas antes, generales, transitorias o definitivas hay una detención en la circulación del hígado, la sangre que debe llegar a éste por la vena coronaria, vuelve sobre sí misma a la pequeña curva con más o menos fuerza, según la intensidad del motivo, y aparecerán las manifestaciones de la exulceración en dicha región con los caracteres descritos por Dieulafoy, en donde él la localiza casi siempre. Habrá ruptura de la red que forma la *coronae tubulorum*, erosiones estrelladas sin huella de supuración ni de arteritis, orificios más o menos numerosos y fusionados;

otras veces las lesiones son casi imperceptibles. Si la detención de la circulación es más lenta y gradual, la repercusión hacia la pequeña curva no presentará los mismos caracteres, y el proceso no tendrá ya lugar en la red superficial arterial como en el caso anterior, sino en la red venosa subepitelial, alrededor del cuello de los infundíbulos, en el plexo periglandular o en las ramificaciones venosas en *v* de la capa celulosa, y entonces será más bien una manifestación francamente ulcerosa que puede hacer su propagación retrógrada por sus conexiones venosas y aun linfáticas hacia el píloro.

La localización en el píloro obedece a las dos eventualidades anatómicas que reviste la vena pilórica (Testut). La primera consiste en que va directamente al tronco de la vena porta, y la segunda, que asciende un poco más y penetra directamente en el hígado, se ramifica allí y se hace porta accesoria; se comprende que en el primer caso, cuando la alteración circulatoria hepática obliga a la corriente venosa a volver sobre sí misma hacia el píloro, la tensión de la corriente tiene que ser más fuerte que cuando la vena pilórica se hace vena porta accesoria, porque entonces tiene vías de derivación que hacen menos intenso el efecto del retroceso. En el primer caso, cuando hay aumento de tensión, las manifestaciones pilóricas serán las de una exulceración, y en el segundo las de un proceso venoso, ulceroso profundo, lento y trombósico, que como en el caso anterior puede hacer propagación por las conexiones vasculares a la pequeña curva.

Bazo—Las causas de las localizaciones en los casos en que este órgano está interesado pueden ser también generales, transitorias y definitivas; pueden ser consecuenciales de perturbaciones hepáticas o de infecciones agudas o crónicas que hayan dejado huellas en el parénquima esplénico; su localización se hará en la pared posterior del estómago, punto en donde la vena gastroepiploica izquierda se dirige hacia la vena esplénica; en caso de infección reciente el proceso será lento, venoso, trombósico y acaso algunas veces pudiera hacerse infeccioso por la conexión que tiene la vena esplénica con la pequeña meseraica, que vienen del recto y del colon descendente. Cuando la infección ha sido antigua y acompañada de un bazo duro e insensible, las manifestaciones del proceso serán las de exulceración, pero son menos frecuentes porque la corriente de vuelta de la esplénica sobre sí misma por un obstáculo en el bazo tiene derivaciones en la gran tuberosidad del estómago y en el largo trayecto que recorre sobre el borde superior del páncreas.

Intestino—Las localizaciones consecutivas a su mal funcionamiento coinciden con los síntomas entéricos ya descritos, y la localización se encuentra en el antro, por la disposición que reviste la vena gastroepiploica derecha, la cual no desemboca directamente en el tronco de la vena porta, sino en la gran meseraica, que viene del intestino delgado, del colon ascendente, la mitad derecha del transverso del mismo lado, y que al dirigirse a su desembocadura cerca de la pequeña curva, pasa por la región del antro pre-

cisamente, circulación venosa. Ahora, las lesiones del antro son venosas, flebíticas, ulcerosas y sépticas, porque los obstáculos que encuentra la corriente de la vena gastroepiploica izquierda y que la obliga a volver sobre sí misma, dependen de alteraciones en el intestino delgado y en el colon derecho, alteraciones que pueden obedecer a perturbaciones hepáticas.

Pueden propagarse por sus corrientes venosas hasta el duodeno, y por las linfáticas hasta la región del píloro y aun hasta la pequeña curva; una prueba de la septicidad es la elevación de la temperatura hasta 39°, muchas veces después de hemorragias graves.

Estructura histológica. Esta suministra datos muy importantes para hipótesis razonables acerca de la génesis de los procesos ulcerosos.

Los vasos que parten de los grandes hilos del estómago penetran en el tejido subseroso, atraviesan la capa muscular y la nutren, dan ramas descendentes hasta la submucosa; después de algún trayecto se hacen recurrentes para dirigirse a la musculosa, formando codos, dan ramas directamente descendentes que pasan alrededor de los sacos glandulares, para formar el plexo periglandular; superficialmente, debajo del epitelio al nivel de los orificios glandulares se encuentra una red vascular en círculos que se reúnen por su periferia, formando la *coronhe tubulorum*, dando además ramas anastomóticas que transmontan como puentes dos o tres de estas coronas uniéndolas a distancia (Testut); se encuentra pues una red arterial muy fina de paredes paralelas a las del estómago; las venas naci-

das en la superficie de la mucosa se reúnen al nivel del cuello del infundíbulo con los capilares arteriales, ascienden en seguida para formar la red venosa periglandular, la cual está unida por ramas transversales, o mejor dicho, perpendiculares a su dirección; en la porción celulosa las ramas venosas se dividen en *Y* reuniéndose así para terminar en venas homólogas a las grandes arterias.

Consecuencias histológicas—Dijimos que cuando hay una perturbación circulatoria en el hígado, la corriente venosa hacia el tronco de la vena porta se hace más lenta, y la sangre que retrocede puede haberse desnaturalizado y mezcládose en parte por el conflicto entre las dos corrientes y arrastrar partículas en suspensión, más o menos nocivas, que determinen reflejos vasodilatadores regresivos, procesos ulcerosos, trombósicos, que vengan a distribuírse en regiones determinadas del estómago. Por la vena coronaria, en la pequeña curva ; por la vena pilórica, en esta región y aun en el duodeno, por las conexiones vasculares que existen ahí ; por la gastroepiploica derecha en el punto que recorre para dirigirse a la gran meseraica, corresponde al antro; en la pared posterior, por los vasos cortos en la gran tuberosidad rara vez, y por la gastroepiploica izquierda en el punto en donde desemboca en la esplénica, en la pared posterior.

La forma que revisten estos procesos histológicos es igualmente sistematizada, como la que caracteriza las localizaciones macroscópicas.

Pueden ser de origen arterial, localizados en las ramificaciones arteriales finísimas de la

red superficial que constituye la *coronae tubulorum;* serían exudaciones, efracción y más frecuentemente ruptura completa de dicha red, lo que obedece a verdaderas hipertensiones arteriales; también por verdaderas arteritis, que determinan la degeneración grasosa y la alteración de las túnicas interna y externa y preparan el terreno para la formación de pequeñas escaras o de aneurismas, frecuentes, sobre todo, en los casos de especificidad. Las primeras formas o verdaderas arteritis se localizan en las ramas descendentes, y las segundas, las panarteritis, en los codos de las ramas recurrentes. Como característico del proceso venoso predominarán las manifestaciones catarrales y exudativas en la mucosa; si están localizadas alrededor del cuello de los infundíbulos, aparecerán hemorragias, las cuales serán más exageradas si las interesadas son las ramas en *Y* de la porción celulosa, y revestirán el carácter francamente ulcerativo e infeccioso porque teniendo su origen en el intestino, por perturbaciones protopáticas o deutoropáticas, por alteraciones en el hígado, su proceso, como hemos dicho, será flebítico, trombósico, embólico de origen séptico por venir del tubo intestinal.

Cuando las lesiones son arteriales puede la ruptura verificarse por división completa de la arteria, y si la túnica media no ha perdido por completo su elasticidad, la hemostasis puede hacerse casi definitiva por su retracción y ayudada por la contracción de las fibras circulares que rodean a las arterias en la porción celulosa.

Cuando son por ruptura aneurismal o parietal dejan una escara que al caer da una ulcera-

ción en forma de cráter que puede manar constante o alternativamente; se comprende que la hemostasis sea aleatoria y el peligro inminente para el enfermo. Los aneurismas ya cirsoides, ya miliares, se encuentran en las arterias recurrentes o en los codos que se forman al tomar éstas aquella dirección. Las lesiones venosas pueden trombosarse más fácilmente, ayudadas también por las fibras circulares que la rodean a la misma altura que a las arterias en la porción celulosa.

Patogenia y diagnóstico—El origen de estos procesos ulcerohemorrágicos, según nuestra teoría, debe buscarse en una perturbación circulatoria determinada por una causa general como la arterioesclerosis, a la cual debemos despojar de todo valor anatomopatológico y considerarla clínicamente como un disfuncionalismo visceral, o a una causa local rezagada en un órgano por una infección como el paludismo y la sífilis para el bazo, o por una intoxicación por el alcohol para el hígado y el intestino, y que en un momento dado, debido a la equivalencia morbosa que confieren las diátesis por causas fugaces, como el período menstrual o el embarazo, o más o menos prolongadas o evolutivas, como durante la época crítica o en la menopausia, que viene a ser un verdadero artritismo funcional, pueden aparecer estos procesos por una reacción en el punto de menor resistencia, que es para nosotros el estómago.

Analicemos un enfermo en el cual sospechamos una gastropatía de origen ulceroso, y veamos cómo podemos hacer un diagnóstico etiológico y la localización de la lesión para estable-

cer una terapéutica racional, ya médica, ya quirúrgica, o para prescribir los medios de evitar una reincidencia.

Si este enfermo ha presentado durante algún tiempo y en temprana edad alteraciones dispépticas, flatulencias, constipación y accesos asmatiformes, forunculosis, etc., ¿qué es lo que pasa en este individuo? «Es un gotoso que hereda una predisposición de su aparato digestivo, pero que puede adquirirla preparando estas vías digestivas por una mala nutrición. Las fermentaciones aumentarán en el intestino, lo cual traerá su inercia, y la absorción de esas toxinas, lo preparará para la arterioesclerosis, y aparecerán como signos de intoxicación jaquecas, asma. El riñón, por su parte, empieza a debilitarse y vienen las manifestaciones de la litiasis úrica y por fin el riñón pequeño gotoso.» Basta esta relación para establecer la fuente de las localizaciones ulcerosas en el estómago, debidas a mala irrigación en las ramas de la vena porta, por un trabajo excesivo en la circulación hepática; debemos pues prescribir un tratamiento general y un régimen especial para prevenir los fenómenos que determinan este braditrofismo.

Si el enfermo se encuentra a raíz de una infección aguda de la cavidad abdominal, de un paludismo reciente, o al contrario, es un antiguo palúdico, un específico o un leucémico y que presenta el aspecto de un ictérico hemafeico por su color y por la reacción de su orina, y además hay un bazo grande e indoloro, debe insistirse sobre estos antecedentes y estos síntomas para el tratamiento y para hacer una localización ulcerosa en la región posterior del estómago.

Si este mismo enfermo acusa sensibilidad en el vientre y sufre de crisis de diarrea alternadas de constipación, de enteritis crónicas, específicas o parasitarias y de colitis mucomembranosas, las manifestaciones gástricas que presente obedecerán al mal funcionamiento del intestino, que, por otra parte, puede depender de un mal funcionamiento hepático, estableciéndose así un círculo vicioso con predominio hepático unas veces o intestinal otras. En este caso la localización se encuentra en el antro por la disposición que reviste la gastroepiploica derecha para desembocar en la gran meseraica, que toma una dirección casi vertical pasando por la región del antro. Se comprende que una perturbación hepática y sobre todo entérica, puede llevar productos sépticos, embólicos que determinen en la región antral el proceso completo de una úlcera, la cual por sus conexiones vasculares y linfáticas, puede hacer su propagación hacia la pequeña curva, hacia el píloro, y todavía más hacia el duodeno. Es el caso de tratar a este enfermo como a un hepático o como a un intestinal, excitando la función de un hígado pequeño o desadaptado, muchas veces eliminando los parásitos que pueda haber en el intestino, modificando sus secreciones y ayudando a su motricidad.

Hemorragias reincidentes—La causa no puede ser otra que la perturbación circulatoria persistente en el foco inicial, hígado, bazo, intestino, por las conexiones entre las venas cortas y las venas diafragmáticas, entre la coronaria y la renal izquierda, entre la pilórica y el origen de

las acigos y entre las venas del cardias y las venas del esófago torácico; también hay vénulas desprendidas de la cara posterior del estómago que anastomosan las de este órgano con las capsulares y las diafragmáticas, estableciendo relación entre el sistema porta y el de la vena cava inferior. Hay, pues, una corriente ascendente a la porta y otra a la cava inferior, unidas por las capsulares y las diafragmáticas; si el obstáculo se presenta en las suprarrenales, podrían manifestarse por irradiación nerviosa signos de la insuficiencia glandular; si en las renales, caso de clorobrilghtismo, aparecerán las gastrorragias en concomitancia con los signos respectivos. En caso de arterioesclerosis pueden también revelarse por hemorragias más o menos abundantes procedentes de perturbaciones hepáticas o renales, y aquí habría relación entre la corriente superior o portal y la inferior o de la cava por las venas capsulares y las venas diafragmáticas.

Los cuatro síndromos ulcerosos hacia los cuales se dirigen estos esfuerzos son: la úlcera simple, la exulceración, el cáncer y las manifestaciones específicas, por ser los que con más frecuencia se encuentran en la práctica.

ÚLCERA SIMPLE

No hay para qué hablar de los síntomas generales de este proceso; únicamente de los suministrados por la observación y los que ofrece la anatomía regional.

No queremos decir que la úlcera esté perfectamente localizada porque la clínica no esquematiza, pero sí afirmamos que la topografía

vascular subordina las lesiones y que pueden propagarse, sobre todo las de la pequeña curva, a la región del píloro y éstas a la duodenal, y viceversa, de ésta a la pequeña curva, sin quedar en muchos casos ilesa la región del antro por los nexos sanguíneos y linfáticos. *La fisiología patológica de la úlcera* obedece a la ley de Stokes: «una musculosa subyacente a una mucosa o a una serosa inflamada se paraliza.» Mecanismo que preside al sindromo disentérico: las tres grandes reacciones del intestino: sensibilidad exagerada, secreción aumentada y motricidad pervertida, representadas por el cólico, la diarrea, el pujo y tenesmo.

Trasladados al funcionamiento patológico del estómago, observamos: *el dolor*, que puede localizarse en las diferentes regiones de la cavidad estomacal, y la cronología de estas manifestaciones dolorosas está en correlación con su sitio, así: en las de la pequeña curva deben ser iniciales, no tanto por el contacto que determinan los alimentos, cuanto por la contracción de las fibras musculares de la corbata suiza que al contraerse para aproximar los orificios de entrada y de salida traumatizan la mucosa.

En las ulceraciones de la pared posterior el contacto de un quimo hiperácido o de una secreción exagerada es más íntimo debido a la mayor extensión; los dolores deberán ser constantes, sin paroxismos, y coinciden con el período medio de la digestión y con la vacuidad del estómago en los casos de hipersecreción ácida. En la región del antro deben ser tardíos y coincidir con los espasmos frustráneos por irritación de la

misma pared por la infiltración de la submucosa que determina la sensación de un cuerpo extraño y produce el fenómeno del pujo en la disenteria por la flogosis de la submucosa rectal, es decir, de un esfuerzo que no corresponde al efecto obtenido; en el estómago se verifica el mismo fenómeno, pero éste se desocupa después de varios impulsos.

En las del píloro son tardíos, porque la estrechez del orificio produce un contacto íntimo de un quimo ácido o de una hipersecreción y con una ligera dilaceración de la mucosa viene lo que en la disenteria sería el tenesmo y en las gastropatías el espasmo o más bien el estado tetánico de la válvula que para ponerse a cubierto de la agresión aumenta su tonicidad en el anillo muscular y las fibras longitudinales propias de esta válvula que sirven para dilatarla quedando inhibidas; la válvula se contrae, produciendo una *fobiofagia pilórica*, como sucede en el iris ocular, en el cual las fibras circulares se contraen y las longitudinales se relajan, y producen la fotofobia característica de las queratitis ulcerosas.

Prosiguiendo con la evolución de la úlcera, hay aparte del elemento dolor, que analizámos ya, otros que obligan a recurrir al laboratorio, fiel servidor de la clínica, como decía Huchard.

Para el estudio discriminativo de las dispepsias no sería de utilidad real el estudio del quimismo estomacal, porque hay tendencia a disociar el *substractum* histológico del estómago para localizar según las funciones de cada capa, una forma de dispepsia particular, pero la solidaridad en las funciones de cada una de ellas y

la participación de órganos lejanos, así como la mutabilidad de la reacción en un mismo individuo, le quita mucho a la importancia de este detalle, que por otra parte se impone en los procesos verdaderamente ulcerosos del estómago, porque el examen del jugo gástrico da luz para un diagnóstico casi seguro, tanto de la localización como de la esencia de la enfermedad. Las deducciones de dicho examen se refieren a la motricidad o a las alteraciones dinámicas del estómago. En rigor el método analítico de Hayem Winter es suficiente porque suministra datos sobre las propiedades cualitativas y cuantitativas de este líquido y porque informa además acerca de la reacción, por consiguiente, sobre la naturaleza simplemente ulcerativa o de una neoplasia. Aplicando la fórmula $\frac{A-H}{C} = a$ (0,86), podemos saber si hay un exceso de ácido orgánico, y en caso de retención referirla a un obstáculo de origen neoplásico. Con la fórmula $\frac{T}{F} = \frac{1}{3}$ estudiamos las alteraciones evolutivas del estómago, como dice Hayem, sin hacer sondeos sucesivos después de la comida de prueba y la relación de $\frac{1}{3}$, del cloro total al cloro fijo, es tanto más alta cuanto la clorhidria es más elevada. El valor representado por H+C indica la clorhidria, dato muy importante sobre el trabajo digestivo del estómago.

Con estos elementos encuentra el clínico medios para hacer un diagnóstico del cual beneficiará el enfermo, ya para instituír un tratamiento, ya para autorizar una intervención.

Situémonos al frente de un caso práctico de un individuo que tenga las manifestaciones de

una úlcera; si el reposo, los calmantes, el tratamiento de saturación, los alcalinos dados metódicamente, ya para calmar el dolor o para obrar sobre la motricidad, aplicados en oportunidad y a tiempo determinado, antes de las comidas no son eficaces, debe examinarse el jugo gástrico y aplicar la relación $\frac{T}{F} = \frac{1}{3}$; un cuociente alto indicaría una secreción retardada, hiperácida, que deberá tratarse más enérgicamente. Si el estado general se agrava, el enfermo decae, si hay vómito y manifestaciones frustráneas de retención, puede pensarse en una manifestación nerviosa, dispepsia pilórica de Robin, que cede al tratamiento bromurado (Bourget); puede pensarse también en un pseudocáncer de Cruveilhier, si se encuentra un poco de dureza debida a la infiltración del tejido prepilórico, que puede desaparecer con un tratamiento de reposo, calmante e hidromineral; mas si continúa, puede hacerse necesaria una intervención; para eso hay que hacer antes un sondeo por la mañana y examinar el contenido, que no es muy considerable, y el examen de este líquido indica la presencia del ácido clorhídrico.

El examen físico del enfermo indica a la inspección movimientos ligeros, peristálticos y antiperistálticos, muy poca sucusión, y el fondo del estómago queda siempre por encima del ombligo, y el timpanismo se prolonga un poco hacia la derecha, en una extensión de doce centímetros de la línea media, lo cual indica que no hay dilatación ni gran estancamiento.

Las manifestaciones funcionales y las revelaciones de orden químico son para nosotros el equivalente del sindromo de Reischman, consis-

tente en una lesión y no en una secreción demasiado considerable, porque el líquido suministrado por la sonda es escaso la mayor parte de las veces; lo que ocurre es que el píloro puede participar de la inflamación de los tejidos del antro, cuya lesión corresponde al sindromo que describimos, y exaltada la susceptibilidad del píloro, como decía, determina obstáculos más o menos pasajeros que indican una dificultad superable, manifestaciones reveladoras de una úlcera en evolución que acaso, tal vez, pudiera justificar una intervención.

En caso de dolores tardíos, que cesen con el vómito, el cual es también tardío y abundante, y que a la inspección se noten movimientos peristálticos y antiperistálticos exagerados, boceladura considerable de la región epigástrica y a la palpación, sucusión y clapoteo, nos encontramos en presencia del verdadero pilorismo revelado, además de estos signos, por el descenso considerable del verdadero bajo fondo del estómago y por la fijeza del píloro, lo cual se conoce porque el timpanismo ahora no alcanza hacia la derecha de la línea media, sino próximamente la mitad de lo que era en el caso anterior.

Es preciso analizar cuidadosamente todos estos signos físicos y funcionales, y además la cantidad, el aspecto y la reacción de jugo gástrico, si vira hacia un ácido orgánico o hacia uno mineral, porque puede tratarse de una úlcera cicatrizada, o de un neoplasma, que en ambos casos ha podido producirse el descenso del estómago, que retiene como en los prostáticos, y entonces habría que hacer una gastroenterotomía

para facilitar el desagüe del estómago, facilitar la permeabilidad del píloro, disminuír la dilatación y modificar en parte el quinismo. En el segundo caso, la dilatación siendo muy considerable podría tratarse de la misma manera.

EXULCERACIÓN

Este proceso puede referirse a perturbaciones hepáticas, latentes o menos marcadas que en las otras lesiones ulcerosas, son más bien de origen hipertensívo: son frecuentes en individuos que sufren poco de las vías digestivas, a menudo bulímicos, y en los cuales las hemorragias sorprenden.

El tratamiento será por esta razón más bien causal y de acuerdo con la hipertensión concomitante con las localizaciones hepáticas; no descuidar las ptosis viscerales y el examen de la viscosidad de la sangre. Quirúrgicamente, ir directamente sobre la herida y resecarla, aunque muchas veces no se encuentran en la mucosa gástrica huellas ostensibles de la exulceración.

SÍFILIS ESTOMACAL

Es un factor muy importante en la etiología de las gastropatías ulcerosas; desgraciadamente es el último que viene a la mente del clínico. Por otra parte, las formas ocultas ignoradas, la criptogenesis, si pudiéramos decir, y la heredoespecificidad, pasan inadvertidas en el interrogatorio, omitiéndose así un dato de primordial importancia. Por otra parte, la forma que presenta el proceso anatomopatológico tiene caracteres diversos: *ulceroso*, *gomoso* o de *sifiloma*

difuso, los cuales tienen predilección por el tejido submucoso abundante en fibras conjuntivas y elementos linfáticos; acaso sea la razón por la cual sean menos frecuentes, sin dejar de serlo, las manifestaciones de arteritis; en la región pilórica aquellos tejidos son más abundantes y es en donde se presentan a menudo estas lesiones, lo mismo que las linitis, desvirtuando, en parte, los síntomas, y haciendo larvadas o atípicas las reacciones clínicas que se manifiestan por síntomas catarrales o de intolerancia.

En estos casos el análisis de la orina está caracterizado por hipocloruria, a la inversa de lo que se nota en el paludismo, en el cual hay más bien hiperclorhidria Además hay esplenomegalia. ¿Cómo hacer el diagnóstico en los casos de bazo grande de origen palúdico y de etiología específica? Desde luégo los antecedentes son de primera importancia, tanto los hereditarios como los adquiridos; como signos físicos, el aumento de la macicez del bazo en sentido longitudinal, considerado por Bianchi como un signo en favor de la especificidad, no aún sancionado, pero que merece ser estudiado.

Fundados en estos signos, en los casos de manifestaciones gástricas, pertinaces y que no ceden a ninguna de las indicaciones de la úlcera simple, debemos perseverar con instancia en el interrogatorio sobre la etiología de una especificidad hereditaria o adquirida, y es el momento de pedir al laboratorio los datos que suministra la aplicación por Wassermann, del método original Bordet Gengou. Con la respuesta afirmativa podemos sin duda resolver con grandes ventajas

para el enfermo y de acuerdo con los resultados de la clínica, la disyuntiva de si se opera o nó, aun en el caso de un pilorismo que revelara, una estrechez de origen ulceroso, en cuyo caso la gastroenteroanastomosis estaría bien indicada; mas siendo ésta una manifestación ulcerosa, pudiera evitarse científicamente la intervención con la aplicación del salvarsán, sin prescindir del tratamiento específico clásico.

Las localizaciones específicas son muy frecuentes también en la pequeña curva. Las observaciones de Cornil y de Chiari corresponden en su mayor parte a esta región.

CÁNCER DEL ESTÓMAGO

Entidad patológica muy importante, cuyas manifestaciones están en relación con la extensión y la profundidad, lo que hace que la descripción se disocie, aunque la esencialidad sea una. Las reacciones dinámicas dependen de su sitio, en el píloro, en la región del antro o en la pared misma, pudiéndose confundir con las determinaciones del ulcus, pero con algunas variantes. El pilorismo sin gran dilatación es menos intenso por la induración de las paredes y porque el desagüe estomacal puede tener lugar, ya porque el estómago ha conservado en parte su integridad muscular y se hace intolerante, o por pérdidas de sustancia en el píloro que lo permeabilizan. En las alteraciones del cuerpo y de la región pilórica la induración de la pared impide el descenso del bajo fondo que se forma en las grandes dilataciones, y por eso la evacuación es menos difícil.

Caracteres del dolor—Es menos intenso en sus comienzos que en la úlcera y no se observa a menudo sino en un período avanzado, cuando empiezan a alterarse las ramificaciones nerviosas; no se calman ni por el vómito, ni por la ingestión de bebidas ni de polvos alcalinos.

Hemorragias—Estas se hacen en superficie por flebitis y rupturas vasculares, las cuales se suceden lenta y alternativamente, lo cual las hace muy pequeñas, ordinariamente latentes, hay que buscarlas (reacción de Weber) rara vez cataclísmicas como en la úlcera. El carácter de estas hemorragias se debe acaso a compresiones ganglionares de la vena cava, lo cual explica también, por estancamiento; los edemas en los miembros inferiores y el varicocele, por perturbación de la circulación de vuelta en el plexo pampiniforme.

Diagnóstico—El aspecto general del enfermo es un dechado en el cual el clínico sorprende muchos rastros importantes : la expresión, el tinte, la demacración. Los datos hematológicos, interesantes, son : poiquilocitosis, anisocitosis, aumento considerable de los glóbulos blancos. Los productos sépticos desarrollados en el foco por su acción hemolítica intensa, explican la disminución en la cantidad de la sangre, y la ausencia de soplos vasculares, característicos de las otras clases de anemias. La disminución de la sangre no obedece, como en las anemias perniciosas, a una anhematopoyesis, porque las órganos formadores de glóbulos no están alterados, y por otra parte se encuentra gran cantidad de hematoblastos.

En el cáncer, el estado de estupefacción celular característico perturba profundamente el metabolismo, a tal punto que reduce el residuo seco de la orina a menos de la mitad, haciéndose generalmente alcalina la reacción de ese líquido.

El cáncer es una enfermedad sometida como la apendicitis al imperio de la medicina y de la cirugía; mas como los recursos de que dispone la primera son precarios, es preciso dar un diagnóstico precoz para asegurarle al enfermo la supervivencia a que tiene derecho, por medio de una intervención oportuna, antes de que la caquexia lo invada y las propagaciones ganglionares lo encadenen; este diagnóstico debe basarse sobre el informativo de una herencia cargada, de pocas manifestaciones funcionales relativamente en el aparato digestivo, sobre el aspecto, la decadencia general, el examen de la sangre y del jugo gástrico, cuyos caracteres organolépticos y la reación sirven para suscribir una laparotomía de exploración y aprovecharla para una intervención salvadora muchas veces.

Elección del tratamiento—Hay varios recursos: la pilirrectomía, la gastrectomía y la gastroenteroanastomosis. La elección no es arbitraria; mas siendo el cáncer una enfermedad sometida a la cirugía, la exeresis debe imponerse, siempre que sea realizable, por la libertad relativa del tumor, por la ausencia de adenopatías y por el temperamento del cirujano. Suprime un foco séptico que aniquila al enfermo y las hemorragias, pero cuando la distensión gástrica es muy grande para retener no es muy eficaz. La gastroenteroanastomosis es más benigna, no exi-

ge la habilidad que requiere la anterior, pero deja persistir el fòco, el peligro de la hemorragia y del círculo vicioso. En cambio, el desagüe es completo, el quimismo mejora, aunque no siempre, la penetración de la bilis disminuye la acidez del jugo gástrico. Pero también puede determinar la úlcera péptica del yeyuno; esta operación, no obstante la benignidad relativa, la hace preferible.

Por no extendernos demasiado, no relatamos la historia, incluída en el trabajo de fondo, página . ., y sobre la cuall lamamos especialísimamente la atención por las deducciones que suministra con respecto a la inutilidad de la gastroenterostomía cuando la úlcera no se sitúa en el orificio pilórico, y de ahí la importancia de un diagnóstico de localización.

Si no estamos en la verdad, creemos no alejarnos mucho de lo probable, y confiamos en que el sufragio llevado a tema tan debatido, pueda servir de base para un nuevo estudio, haciendo más preciso el diagnóstico y menos empírico el tratamiento.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
BIBLIOTECA