

24. W. W. SHREEVE, M. E. HUTCHIN, H. A. HARPER, C. D. MILLER y P. D. DOOLAN.—*Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, 88, 510, 1955.
25. L. L. UZMAN y B. HOOD.—*Am. J. Med. Sci.*, 223, 392, 1952.
26. M. ESPINAR-LAFUENTE.—*Actualidad Médica (Granada)*, 30, 344, 1955.
27. W. H. H. TEGELAERS y H. W. TIDDENS.—*Helv. Paediat. Acta*, 10, 269, 1955.
28. J. A. LUETSCHER, JR.—*J. Clin. Invest.*, 19, 313, 1940.
29. R. J. SLATER y H. G. KUNKEL.—*J. Lab. Clin. Med.*, 41, 619, 1953.
30. E. ARJONA, H. CASTRO-MENDOZA, C. JIMÉNEZ DÍAZ y J. PERIANES.—*Rev. Clin. Esp.*, 55, 151, 1954.
31. D. WIEDEMANN.—*Schweiz. Med. Wschr.*, 84, 1367, 1954.
32. M. DÍAZ-RUBIO y F. SEGOVIA.—*Rev. Clin. Esp.*, 60, 78, 1956.
33. R. INFANTE MIRANDA.—Comunicación personal.
34. G. E. CARTWRIGHT, C. J. GUBLER y M. M. WINTROBE.—*J. Clin. Invest.*, 33, 685, 1954.
35. S. CRUCHAUD, C. MAHAIM, B. SCAZZIGA y A. VANNOTTI.—*Schweiz. Med. Wschr.*, 84, 478, 1954.
36. W. HORST y H. RÖSLER.—*Klin. Wschr.*, 31, 13, 1953.
37. F. C. LARSON, W. P. DEISS y E. C. ALBRIGHT.—*J. Clin. Invest.*, 33, 230, 1954.
38. A. BAUMAN, M. A. ROTHCHILD, R. S. YALOW y S. A. BERSON.—*J. Clin. Invest.*, 34, 1354, 1955.
39. J. R. SQUIRE.—*Brit. Med. J.*, 2, 1389, 1953.
40. K. STERLING.—*J. Clin. Invest.*, 30, 1228, 1951.
41. W. S. ADAMS, E. D. MASON y S. H. BASSETT.—*J. Clin. Invest.*, 33, 103, 1954.
42. H. PLÜCKTHUN, K. SCHREIER y H. HAUSS.—*Klin. Wschr.*, 31, 558, 1953.
- 42 bis. W. HEYMANN y D. B. HACKEL.—*Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, 89, 329, 1955.
43. C. JIMÉNEZ DÍAZ y H. CASTRO-MENDOZA.—*Rev. Clin. Esp.*, 44, 228, 1952.
44. A. HILLER, G. C. LINDER, C. LUNDGAARD y D. D. VAN SLYKE.—*J. Exp. Med.*, 39, 931, 1924.
45. M. M. STANLEY y S. J. THANNHAUSER.—*J. Lab. Clin. Med.*, 34, 1634, 1949.
46. R. H. ROSENMAN, M. FRIEDMAN y S. O. BYERS.—*J. Clin. Invest.*, 34, 700, 1955.
47. H. W. MCSER y K. EMERSON, JR.—*J. Clin. Invest.*, 34, 1286, 1955.
48. M. C. FISHLER, C. ENTENMAN, L. M. MONTGOMERY e I. L. CHAIKOFF.—*J. Biol. Chem.*, 150, 47, 1943.
49. C. ENTENMAN, I. L. CHAIKOFF y D. B. ZILVERSMIT.—*J. Biol. Chem.*, 166, 15, 1946.
50. J. M. LINAZASORO CALVO.—*Rev. Clin. Esp.*, 54, 8, 1954.
51. R. H. FURMAN, R. P. HOWARD y L. L. CONRAD.—*J. Clin. Invest.*, 33, 935, 1954.
52. A. MCENCH y H. SARTORIUS.—*Klin. Wschr.*, 32, 329, 1954.
53. C. JIMÉNEZ DÍAZ.—*Rev. Clin. Esp.*, 39, 92, 1950.
54. J. A. LUETSCHER, JR., y B. B. JOHNSON.—*J. Clin. Invest.*, 33, 276, 1954.
55. J. A. LUETSCHER, JR., y B. B. JOHNSON.—*Am. J. Med.*, 15, 417, 1953.
56. J. J. CHART y E. G. SHIPLEY.—*J. Clin. Invest.*, 32, 560, 1953.
57. J. J. CHART, E. G. SHIPLEY y E. S. GORDON.—*Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, 78, 244, 1951.
58. B. SINGER y E. H. VENNING.—*Endocrinology*, 52, 623, 1953.
59. S. A. SIMPSON, J. F. TAIT e I. E. BUSH.—*Lancet*, 263, 226, 1952.
60. S. A. SIMPSON, J. F. TAIT, A. WETTSTEIN, R. NEHER, J. v. EUW, O. SCHINDLER y T. REICHSTEIN.—*Experientia*, 10, 132, 1954.
61. G. SALA y J. A. LUETSCHER, JR.—*Endocrinology*, 55, 516, 1954.
62. J. A. LUETSCHER, JR., y B. B. JOHNSON.—*J. Clin. Invest.*, 33, 1441, 1954.
63. J. W. CONN.—*Arch. Int. Med.*, 97, 135, 1956.
64. J. A. LUETSCHER, JR., Q. B. DEMING y B. B. JOHNSON.—*J. Clin. Invest.*, 30, 1530, 1951.
65. J. A. LUETSCHER, JR., y R. H. CURTIS.—*Ann. Int. Med.*, 43, 658, 1955.
66. J. P. MACLEAN, M. C. LI, M. B. LIPSETT, B. RAY y O. H. PEARSON.—*J. Clin. Invest.*, 34, 951, 1955.
67. M. F. MCCALL y B. SINGER.—*J. Clin. Endocrinol.*, 13, 1157, 1953.
68. H. SELYE.—*Brit. Med. J.*, 1, 263, 1951.
69. R. M. KARK, C. MUEHLCKE, C. L. PIRANI y V. E. POLAK.—*J. Clin. Invest.*, 34, 944, 1955.

## ORIGINALES

### RESULTADOS LEJANOS DEL TRATAMIENTO MEDICO DE LA ÚLCERA GASTRO-DUODENAL

H. G. MOGENA.

Profesor Adjunto de la Facultad de Medicina.  
Jefe del Servicio de Patología Digestiva.

Clinica Médica Universitaria. Profesor: C. JIMÉNEZ DÍAZ.  
Madrid.

Para poder enjuiciar el resultado del tratamiento de la úlcera gastro-duodenal son varios los problemas que se nos presentan; por una parte, por desconocer su verdadera etiopatogenia, faltándonos por consiguiente una base cierta en que fundamentar el tratamiento; de ahí que, apoyándonos en las diversas hipótesis admitidas, sean múltiples los tratamientos propuestos.

Por otra parte, al hablar del tratamiento de la úlcera péptica englobamos a la úlcera gástrica y a la localizada en el duodeno, y es necesario tener en cuenta que la úlcera gástrica tiene características especiales, y entre éstas tenemos su mayor frecuencia en la mujer, mientras que en el hombre predomina la úlcera duodenal; tiene también localización gástrica la úlcera de los

viejos (úlcera isquémica o arterioesclerótica), así como también la vemos en las autopsias de los cardíacos (úlcera cianótica) y, en general, es la úlcera por anoxia tisular.

Si los factores constitucionales no están bien determinados, algunos autores encuentran la úlcera de localización gástrica con mayor frecuencia en los individuos longilíneos, y las duodenales en los pícnicos, pero sin que sea esa nuestra experiencia; en relación con esto estaría la situación de los vasos en la curvatura menor del estómago, que tendrían una dirección rectilínea en lugar de ser tortuosos, y el estiramiento del estómago en esos individuos facilitaría la rotura vascular, así como también la mala irrigación de esa zona.

Es también interesante el predominio en la curvatura menor de la úlcera aguda, como también en los trastornos craneales y en los tumores de la hipófisis. Otra característica es, en general, su fácil curación, "úlcera reversible", que sirve de base al éxito propagandístico de muchos medicamentos, mostrándonos radiografías con un nicho en la curvatura menor, que desapareció al poco tiempo de administrar el medicamento anunciado.

Las úlceras, con esta localización cursan con

cifras de acidez más bajas que las del duodeno, y hasta en algunos casos (en nuestra experiencia muy excepcionalmente) llegan a tener aquella histaminresistente, si bien entonces sospechamos siempre la existencia de una neoplasia; para los autores que creen en la degeneración cancerosa de la úlcera, que nosotros no admitimos más que muy excepcionalmente, sólo ésta tendría lugar cuando la localización sea en el estómago, pero no la úlcera duodenal. Estas y otras características parecen indicar pueda considerarse en cierto modo diferente la úlcera localizada en el estómago de la duodenal.

Por otra parte, tiene la mayor importancia para establecer el tratamiento, el concepto que se tenga de la úlcera gastro-duodenal; ante todo tenemos que distinguir si se hace referencia a la úlcera como enfermedad local, según la antigua concepción de BAUER, o bien a la úlcera, como síntoma, en cuanto se refiere a los enfermos con úlcera.

La úlcera gástrica, en cuanto alteración local, corresponde a la úlcera aguda, semejante a veces a la úlcera experimental de los animales, que tiende espontáneamente a la curación, y sólo en condiciones especiales evoluciona a la cronicidad, y que puede llegar a ser tan profunda que dé lugar a la perforación, en cuyo caso, el tratamiento se orientará por la existencia de esta complicación.

Nuestro actual concepto de la úlcera, como síntoma, tiene un sentido más amplio, debiendo considerar todos aquellos factores que no solamente pueden ser el motivo de la úlcera, sino que también mantienen su cronicidad y la tendencia a la recidiva. Ya RÖSSLE hablaba de la úlcera como segunda enfermedad, y para VON BERGMANN entra la úlcera en el cuadro de los estigmatizados vegetativos.

El factor constitucional y la herencia habrá que tenerlos muy presentes en cuanto se refiere a la predisposición a la úlcera; a favor de la constitución ulcerosa tenemos los enfermos con varias úlceras en estómago o duodeno o en el divertículo de Meckel o, cuando después de la extirpación de la parte del estómago en donde asentaba la úlcera, se les produce una o más úlceras, bien en el muñón gástrico, aun cuando éste fuese pequeño, o en el asa yeyunal anastomosada. El momento de aparición de estas diferentes úlceras en los enfermos no operados parece haber sido diferente, según nos prueba la exploración gastroscópica, y cuando hubo lugar, el examen de la pieza reseca con sus úlceras, unas cicatrizadas y otras en actividad.

La proporción de enfermos con úlcera en diferentes miembros de la misma familia, es grande en nuestra experiencia; habiendo visto también gemelos monovitelinos con úlcera. No vamos a entrar en el estudio, por no ser éste nuestro objeto, de los múltiples factores que parecen ejercer alguna influencia en la etiopatogenia y evolución de la úlcera y que deberán tenerse en cuenta al fijar el tratamiento (papel del ácido

clorhídrico), que no considerado como causa, sino como síntoma, puede actuar en su mantenimiento; factor vascular, en nuestro sentido de la mayor importancia, alteraciones endocrinas en sus amplias relaciones con el sistema vegetativo y también por vía humoral a través del sistema hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, sobre los que actuarían los traumas físicos o psíquicos, para nosotros del mayor valor; factor que nos explica el gran aumento de las úlceras en la vida actual de gran nervosismo y constante tensión.

No podemos juzgar con razón de la eficacia del tratamiento médico si no conocemos no la droga utilizada, sino, lo que es más importante, el criterio que se siguió al aconsejar el tratamiento; si se estableció el tratamiento pensando sólo en la fase aguda de las molestias, es decir, en el brote inflamatorio de la mucosa, a semejanza de un tratamiento local de la piel, o si se tuvo en cuenta el proceso en toda su amplitud, según hemos referido y conforme a ello orientó el médico sus consejos, con la colaboración activa del enfermo, al que haremos conocer su importancia para evitar o por lo menos espaciar las fases de recidiva.

Para poder enjuiciar en qué proporción se llega a la curación de la úlcera con el tratamiento médico, debemos primero saber qué entendemos por curación de una úlcera; para el enfermo supone la desaparición total de los síntomas con una alimentación y vida normal, pero esto no quiere decir que se ha producido la cicatrización anatómica de la úlcera, ya que por la exploración radiológica, lo mismo que gastroscópicamente, hemos visto en algunos de estos casos que persistía el nicho ulceroso; por lo que a nuestra experiencia se refiere, tanto la posibilidad como el tiempo de curación del nicho, es independiente de su tamaño; nichos profundos los he visto desaparecer en pocas semanas, en algunos de ellos se comprobó su cicatrización en la pieza operatoria. Desde luego, la curación se consigue más fácilmente cuanto más pronto se haga el tratamiento después de la aparición de los síntomas, y esto es importante tenerlo en cuenta.

Pero en otros casos en que con nuestros medios de exploración parecía estar cicatrizado el nicho, las molestias persistían. Por otra parte, sabemos cómo el grado de acidez clorhídrica y la motilidad pueden ser aproximadamente lo mismo en la fase de sensación de ardor o de dolor, como en la de calma. Hemos hecho muchas determinaciones de acidez gástrica en las épocas de agudización de las molestias, y luego en las de calma de los mismos enfermos, con variación ligera semejante a la que normalmente encontramos.

La presentación eventual en los ulcerosos de algunos síntomas: ardores, pirosis, digestiones lentas, o bien molestias o ligero dolor después de la ingestión de algunos alimentos o de bebidas alcohólicas, o por otros motivos que consideremos como excitantes de la secreción gástrica, no nos demuestran esté en actividad la úlce-



ra, ya que los encontramos en enfermos en que gastroscópicamente o en la pieza obtenida por gastrectomía se vió la úlcera cicatrizada; es decir, que esta sintomatología no es un argumento en contra de la cicatrización de la úlcera.

Tendremos, por tanto, que diferenciar esta sintomatología de aquella otra que, por su mayor intensidad o frecuencia, dificulta la vida normal del sujeto, y no debemos juzgar clínicamente como debida a la reactivación de la úlcera, ya que cuando se trata de una úlcera localizada en el duodeno no es fácil juzgar radiológicamente de su curación anatómica.

Es interesante a este respecto saber hasta qué punto es eficaz la persistencia de una dieta restringida en los períodos libres de molestias, y si con estas restricciones se hacen más largas las épocas de calma. Por lo que a nuestra experiencia se refiere no vemos que sea sólo la transgresión del régimen dietético el factor más importante; en enfermos que seguían una dieta restringida vimos aparecer una hemorragia o una perforación.

Entre las causas más importantes que pueden influir en una época más larga de remisión de los síntomas y en la rapidez de su desaparición con el tratamiento médico, tenemos:

a) Tiempo de evolución de la enfermedad hasta que se empieza el tratamiento bien orientado, ya que será el resultado tanto más eficaz cuanto menor sea la cronicidad de la lesión.

b) Existencia de complicaciones, como perforación o adherencias.

c) Persistencia de algunos factores que consideremos como posible causa de la úlcera o del mantenimiento de la sintomatología.

d) Abandono del tratamiento en su parte esencial en cuanto desaparecen los síntomas.

Hemos creído necesario exponer sumariamente estas diferentes condiciones, ya que ello nos puede explicar los resultados tan distintos referidos por diversos autores, y con qué reserva tenemos que mirar las estadísticas para juzgar de los resultados obtenidos.

Cuando repasamos estadísticas de hace años vemos que NIELSEN, hace treinta años, en un grupo de 151 enfermos con úlcera péptica, solamente quedaron libres de síntomas el 13 por 100 de los enfermos a los dos años; pocos años más tarde (1930), BROWN dió a conocer su estadística, con resultados completamente diferentes, encontrando que de 1.130 casos seguidos durante un período de tiempo más largo, que va desde dos y medio a dieciocho años, encontró resultados satisfactorios en el 66 por 100 de los casos; en las publicaciones de JORDÁN y KIEFER hemos visto que de 37 úlceras duodenales, seguidas durante más de cinco años, el 54 por ciento quedaron libres de molestias.

Si MATTISON, en su gran estadística de 1.651, casos, dice que en el 95,5 por 100 de los ulcerosos se observa una curación inmediata; en cambio, sólo en un 35 por 100 la curación es duradera entre los cinco y veintidós años, y también KALK

está conforme en observar estos resultados en una tercera parte de sus casos.

Las cifras más altas de resultados favorables las obtiene ORELLANA, según estadística publicada recientemente (1953); de 2.737 ulcerosos, de ellos el 68 por 100 con úlcera duodenal, seguidos durante diez años, ve que el 84 por 100 responde bien al tratamiento médico; estadística que tiene gran valor, tanto por el número de casos estudiados como por el tiempo que duró la observación. ANDREEV, empleando la cura de sueño en 240 ulcerosos observados durante cuatro años dice quedaron curados el 83 por 100.

Cuando comparamos los resultados del 84 por 100 de respuestas favorables al tratamiento médico después de un largo período de tiempo obtenidos por ORELLANA, con los de NIELSEN, hace treinta años, con sólo el 13 por 100, en enfermos seguidos durante dos años, vemos la enorme diferencia entre unos y otros autores, que la podemos explicar fácilmente, teniendo en cuenta las condiciones a que antes hicimos referencia, si bien el encontrar mejores resultados en las estadísticas más recientes nos demuestra el valor que puede tener la orientación actual en el tratamiento médico de la úlcera.

Desde luego, los resultados son mejores cuando la úlcera está localizada en el estómago. EUSTERMAN y BALFOUR logran la curación, o por lo menos una mejoría, durante un período de dos a cinco años en el 73 por 100 de las úlceras gástricas, y sólo en el 65 por 100 de las duodenales; HOLLAND y LOGAN, de 63 úlceras gástricas, la recidiva no se presenta en cinco años en el 44 por 100 de los casos, mientras que de 312 úlceras localizadas en el duodeno, la proporción fué del 36 por 100 en el mismo espacio de tiempo, y NATVING, ROMCKE y SAAR SEIJASAETER, en 152 úlceras gástricas seguidas durante un espacio de tiempo de tres años, no reaparecieron los síntomas ulcerosos en el 44 por 100 de los casos, y en el 34 por 100 de 230 úlceras duodenales; proporción semejante encuentran SMITH y SARA JORDÁN, que de 111 enfermos con úlcera gástrica, el resultado favorable le vieron en el 53,2 por 100 durante más de cinco años, y según MALMROS y HIERTOM permanecieron libres de molestias entre siete y diez años el 36 por 100, cuando la localización de la úlcera era gástrica, y el 20 por 100 en las duodenales, y KRARUP, en el 56 por 100 de las úlceras gástricas, y JOHNSON, LINDHOLM y STENSTRÖM, en el 48 por 100. Resultados más bajos de curación vió SVYNNERTEN; únicamente quedaron libres de molestias, después del primer año del tratamiento, el 23 por 100 de los 168 ulcerosos gástricos. CAIN, JORDÁN, COMFORT y GRAY refieren una estadística de 414 casos de úlceras gástricas seguidas durante cinco años, en los que solamente un 20 por 100 de los enfermos permanecieron libres de molestias, y en 17,2 por 100 la mejoría fué relativa (es de tener en cuenta que un 10 por 100 de los enfermos que no mejoraron resultó tenían un cáncer). También FLOOD y HENNIG ven sólo un 14,8 por 100 de

resultados favorables en 41 ulcerosos gástricos seguidos durante cinco años y en los casos de localización duodenal este resultado se obtuvo en el 23 por 100 de los casos. Proporción semejante encuentra KRARUP con un 14 por 100 para la úlcera gástrica, y el 23 por 100 para la duodenal; en cambio, JORDÁN y KIEFER, en 392 casos con úlcera duodenal seguidos durante cinco años, los resultados buenos fueron en el 54 por 100.

De nuestra estadística personal de 3.000 enfermos con úlcera gástrica o duodenal, a los que en principio no creímos tributarios del tratamiento quirúrgico, y se les aconsejó seguir un tratamiento médico, en más de un 90 por 100 se logró la desaparición total o casi total de sus molestias en un espacio de tiempo de menos de seis semanas, sin que naturalmente queramos decir con esto que en ese tanto por ciento se produjo la curación anatómica de la úlcera.

Para juzgar de la eficacia del tratamiento médico, es necesario tener en cuenta haya pasado un espacio de tiempo relativamente largo, que, conforme a la mayoría de los autores, hemos fijado en cinco años. Siguiendo este criterio vamos solamente a referirnos a 611 enfermos diagnosticados de úlcera gástrica o duodenal, en que hemos podido llevar nuestra observación después de fijado el tratamiento médico durante cinco años como mínimo.

De los 611 casos la úlcera estaba localizada en el estómago en 113, y en 498 en el duodeno; en relación con el sexo vemos que la úlcera duodenal tiene un predominio marcado por el sexo masculino, ya que solamente en un 13,5 por 100 se encontraba en las mujeres, mientras que la úlcera gástrica es algo más frecuente en las mujeres, llegando al 23 por 100 (cuadro I).

De los 611 casos vemos quedaron libres de molestias, durante más de un año, 364 (59,5 por 100), de los cuales, en el 64,6 por 100, la úlcera estaba en el estómago, y en el 58,4 por 100, la localización era en el duodeno (cuadro II).

Por un tiempo de más de cinco años permanecieron sin molestias 191 enfermos (31 por 100), también con predominio de buenos resultados en la úlcera gástrica.

Según nos demuestra nuestra experiencia, la recidiva de la úlcera gastro-duodenal a los cinco años del tratamiento médico es frecuente, incluyendo nosotros en las recidivas todos los enfermos que nos dicen habían tenido molestias que les obligaban a restringir su alimentación normal o bien a tomar medicación alcalina, con lo cual las molestias desaparecían, si bien esto no siempre quiere decir que la úlcera haya recidivado.

Procuramos investigar a qué causas atribuyen los enfermos la recidiva de sus síntomas y, desde luego, son muchos los que creen puede ser al abandono del régimen más o menos totalmente en cuanto desaparecieron las molestias.

En otros muchos enfermos no fué posible presumir la causa que pudiese explicar la recidiva, si bien los factores más frecuentes de ella, a más de la alimentación inconveniente y desarreglo en el horario de las comidas, se puede atribuir a choques psíquicos, enfermedades intercurrentes o medicamentos para otros procesos, trabajo excesivo, etc.

Pero si con el tratamiento médico sólo se logra la desaparición de los síntomas en una tercera parte, aproximadamente, de los ulcerosos, al cabo de cinco años, en cambio, lo que sí hemos conseguido en nuestros enfermos han sido largas temporadas sin molestias.

Nuestra experiencia nos demuestra que en la mayoría de los casos las molestias de los ulcerosos desaparecen en un tiempo muy breve después de seguir un tratamiento no uniforme, sino el que en cada enfermo se creyó conveniente, lo que también se alcanza al cabo de un año en dos tercios de los casos; pero, en cambio, en un espacio de tiempo de cinco años vemos permanecen, libres de molestias solamente una tercera parte de los ulcerosos.

CUADRO I

SEISCIENTOS ONCE CASOS DE ÚLCERA GASTRODUODENAL

LOCALIZACIÓN	Número de casos	Hombres	Mujeres
Úlcera gástrica .....	113 (18,5 %)	87 (77 %)	26 (23 %)
Úlcera duodenal .....	498 (81,5 %)	430 (86,5 %)	68 (13,5 %)

CUADRO II

RELACION DE REMISIONES

TIEMPO	Número total de enfermos	Número total de enfermos sin recidivas	Úlcera gástrica: 113	Úlcera duodenal: 498
Después de un año .....	611	364 (59,5 %)	73 (64,6 %)	291 (58,4 %)
Después de cinco años .....	611	191 (31 %)	40 (35,3 %)	151 (30,3 %)



Conforme a estos resultados y para procurar conseguir una mayor eficacia del tratamiento médico creemos es necesario no sólo intentar la curación de la úlcera lo más pronto posible, sino después preocuparnos de hacer profilaxia para evitar recidivas, llevando al convencimiento del enfermo la necesidad de ciertos cuidados en cuanto se refiere al género de vida, hábitos alimenticios, modo de trabajo, sueño, reposo, traumas psíquicos y todo aquello que en cada caso particular creamos más conveniente, teniendo siempre presente, como al principio decimos, que la úlcera es solamente un síntoma de un proceso más general y para cuyo síntoma no tenemos todavía un tratamiento específico.

## BIBLIOGRAFIA

1. ANDREEV.—Cit. Angel.
2. ANGEL, J. M.—La thérapeutique par le Sommeil, Masson, Paris, 1953.
3. BROWN, R. C.—Journ. Am. Med. Ass., 125, 1,144; 1938.
4. CAIN, J. C., JORDAN, G. L., COMFORT, M. W. y GRAY, H. K.—Journ. Am. Med. Ass., 150, 781; 1952.
5. CROHN, B. B.—New England J. Med., 218, 148, 1938. Lahey Birthday vol., 1940.
6. DOLL, R., PYGOTT, F.—Lancet, 212, 171; 1952.
7. EMERY, E. S., MONROE, R. T.—Arch. Int. Med., 55, 271; 1935.
8. EUSTERMAN, G. B. y BALFOUR, D. C.—The Stomach and duodenum. W. B. Saunders, Philadelphia, 1935.
9. FLOOD, C. A.—J. Chronic Dis., 1, 43, 59; 1955.
10. FLOOD, C. A.—Gastroenterology, 10, 184; 1948.
11. FLOOD, C. A. y HENNIG, G. C.—Gastroenterology, 16, 57; 1950.
12. GAGEL, REINER.—Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat., 175,333; 1943.
13. HOLLAND, A. L., y LOGAN, V. E.—Am. Therap. Soc., 41, 86; 1941.
14. JOHN, F. B., y FLOOD, C. A.—Ann. Surg., 110, 37, 1939.
15. JOHNSON, S., LINDHOLM, H. y STENSTROM, TH.—Acta Med. Scandinav. suppl., 246, junio 1950.
16. JORDAN, S. M., y KIEFER, E. D.—Am. J. Surg., 15, 472, 1932.
17. KALK, H.—Das Geschwür des Magens und Zwölffingerdarm. Berlin, 1931.
18. KRARUP, N. B.—Acta Med. Scandinav., 123, 181; 1946.
19. MALMROS, H., y HIERTOM, T.—Acta Med. Scandinav., 133, 223; 1949.
20. MATTISON, K.—Das Magengeschwür. Urban und Schwarzenberg. Wien-Berlin, 1931.
21. MILLER, T. G. y BERKOWITZ, D.—Gastroenterology, 29, 353; 1955.
22. MOGNA, H. G.—Prog. Terap. Clin., 3 fasc., 1, 1949.
23. MOGNA, H. C.—Clínica, 28, 1, 1954.
24. MOGNA, H. G.—Resultados lejanos del tratamiento médico de la úlcera gastroduodenal. Ponencia presentada al IV Congreso Panamericano de Gastroenterología. San Pablo (Brasil), 1954.
25. NATVIC, P., RÖMCKE, O., y SVAAR-SEJESAETER, O.—Acta Med. Scandinav., 113, 444, 1943.
26. NIELSEN, N. A.—Acta Med. Scandinav., 58, 1; 1923.
27. ORELLANA, J. F.—J. A. M. A., 151, 1,127; 1953.
28. POLLARD, H. M.; BACHRACH, W. H., y BLOCK, M.—Gastroenterology, 8, 435; 1947.
29. RAIMONDI, P. J. y COLLEN, M. F.—Gastroenterology, 6, 176; 1946.
30. SMITH, F. H., y JORDAN, S. M.—Gastroenterology, 11, 575; 1948.
31. SWYNNERTON, B. F. y TANNER, N. C.—Brit. Med. J., 2, 841; 1953.

## SUMMARY

The long-term results of the medical treatment of peptic ulcer are reported. Of 611 cases followed up, the ulcer was gastric in 113 and duodenal in 498. Of those patients, 364, that is 59.5% (of which 64.6% had gastric and 58.5% duodenal ulcer) were symptom-free for over a year; 191

patients, or 31%, were symptom-free for over five years (similarly, better results were attained in the gastric variety).

Whilst medical treatment results in the disappearance of symptoms for five years in only about a third of ulcerous patients, long symptom-free periods were reached in a larger number of cases. The writers believe that the medical management of the ulcer should be directed not only to the healing of the ulcer but also to the prevention of recurrences.

## ZUSAMMENFASSUNG

Es wird das lang anhaltende Ergebnis der medizinischen Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs beschrieben. Es handelte sich insgesamt um 611 Patienten; 113 mit Magengeschwür und 498 mit Duodenalgeschwür. Bei 364 (59,5 Prozent) blieben die Schmerzen über ein Jahr aus, wobei 64,6 Prozent auf die an Magengeschwür Leidenden und 58,5 Prozent auf die Duodenalgeschwüre fiel. Hunderteinundneunzig Patienten (also 31 Prozent) blieben ohne Beschwerden über 5 Jahre, wobei auch hier die besseren Ergebnisse in der Gruppe der Magengeschwüre zu beobachten waren.

Wenn auch mit der medizinischen Behandlung nach 5 Jahren nur ungefähr ein dritter Teil der an Geschwüren Leidenden ohne Beschwerden war, so konnte man doch bei einer grösseren Anzahl lange Zeitspannen ohne Beschwerden erzielen. Unserer Meinung nach soll man nicht nur die medikamentöse Heilung des Geschwürs anstreben, sondern auch Prophylaxe ausüben, um Rückfälle zu verhüten.

## RÉSUMÉ

On expose le résultat, à long délai, du traitement médical de l'ulcère gastroduodénale. Parmi 611 malades, 113 souffraient d'ulcère d'estomac et 498 duodénale. 364, c. à d. le 59,5% furent libres de malaise pendant plus d'un an, dont le 64,6% d'ulcères d'estomac et le 58,5% ulcères duodénaux. Pendant plus de 5 ans le manque de malaises se maintint chez 191 malades, soit le 31%; meilleurs résultats, également, dans l'ulcère gastrique.

Quoique avec le traitement médical on n'ait obtenu que la disparition des symptômes pendant 5 ans dans le tiers des malades, environ, on est arrivé par contre, en plus grande proportion, à ce que les ulcéreux soient libres de malaises pendant assez longtemps.

Nous croyons qu'il faut aller non seulement vers la guérison au moyen de médicaments, mais aussi faire de la prophylaxie pour éviter des récidives.