

RÉSUMÉ

Sur 54 malades de thrombopénie et 135 normaux-contrôles on étudie l'existence ou la non existence d'anticorps antiplaquettes, grâce à l'emploi de la technique des hématies tannisées de Kissmeyer-Nielsen.

Des résultats obtenus on déduit que grand

nombre de malades thrombopéniques présentent dans leur sérum un facteur capable d'aggrigner les hématies tannisées adsorbées avec des antigènes de plaquettes. Les auteurs croient que la production de ce facteur est une conséquence de la thrombopénie et apportent des preuves préliminaires démontrant que la rate est un des organes en rapport avec sa production.

EVOLUCION DEL SINDROME ULCEROZO GASTRODUODENAL (*)

E. FRANQUELO RAMOS.

Jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Civil Provincial de Málaga.

La úlcera gastroduodenal (U. G. D.) es actualmente una de las enfermedades que afecta a mayores masas de población. Cuidadosas estadísticas, efectuadas preferentemente en los Estados Unidos y en los Países Escandinavos, indican que casi el 1,5 por 100 de sus habitantes padecen o han padecido esta enfermedad (IVI).

Esta densidad de morbilidad no se debe solamente a que se tenga hoy mejor conocimiento clínico de la U. G. D. y mayores y más perfeccionados medios para su diagnóstico, sino a que realmente en los últimos años la enfermedad indicada se ha hecho más frecuente en los diferentes sectores de población. Por lo que se plantean ahora al clínico, para su resolución, mayor número de problemas que antes.

Es evidente que la U. G. D. no se presenta siempre bajo el mismo aspecto clínico, ni con las mismas complicaciones, ni con la misma marcha clínica. La úlcera aguda puede cicatrizar, quedar en estado latente o pasar a una forma crónica. Y a su vez ésta cicatrizar al cabo de lapsos de tiempo, más o menos largos, persistir en forma crónica, sufrir complicaciones como hemorragias, perforaciones u originar deformidades en diferentes sectores del estómago que obstaculicen la función motora del mismo y, finalmente, degenerar, etc.

No es nuestro objeto indicar la proporción en que cada uno de estos accidentes ocurren, sino solamente llamar la atención sobre el esquema de las posibles evoluciones de U. G. D.

Cuando en un enfermo afecto de U. G. D., después de las exploraciones rituales, clínicas, analíticas y radiológicas, sentamos un tratamiento médico o quirúrgico, queda latente nuestra inquietud sobre cuál será su futuro, qué posibles complicaciones le sucederán, cuál entre la variada y conocida gama de evoluciones seguirá.

Otras veces no es sólo nuestra íntima inquietud, sino las vehementes preguntas del propio enfermo, o de sus familiares, los que nos inquietan sobre el porvenir de su lesión.

De honda trascendencia para la práctica sería poder precisar con antelación la evolución de la enfermedad ulcerosa. Ideal del que nos encontramos muy lejos dentro del marco actual de nuestros conocimientos.

Dada la gran complejidad del tema, nos proponemos simplemente analizar los factores que pueden tener alguna influencia en la evolución de esta enfermedad y sus signos clínicos, que en un futuro puedan ser el esbozo u orientación de este problema.

Se cumplen ahora trece años que desempeñamos el Servicio de Aparato Digestivo en este hospital y un considerable número de enfermos de estas vías han sido atendidos por nosotros. De su presentación, condensada y esquemática, pueden resaltarse algunas conclusiones, no advertidas antes por estar diluidas en la tarea diaria.

Del protocolo de historias clínicas hemos seleccionado 1.187, correspondientes a enfermos de U. G. D. Hemos procurado la exactitud en el diagnóstico eliminando los casos dudosos o no claros, y también que procedan de habitantes del Sur de España, para que las características raciales y geográficas sean idénticas. Los casos clínicos fueron recogidos entre los años 1943 a 1956.

En una primera ojeada este material seleccionado se nos presenta como muy heterogéneo, ya que en él abundan las edades, sexos y profesiones más dispares. Pero siempre que nos enfrentamos con un conjunto de observaciones biológicas, para deducir alguna ley o afinidad de ellas, podemos seguir el procedimiento de descomponerlas según determinados factores comunes. Siguiendo esta norma, analicemos el total del material seleccionado según los siguientes factores: edad y sexo, herencia, constitución y signos radiológicos.

Edad y sexo.—En el año 1950, en una publicación nuestra, analizamos la influencia de estos factores sobre la forma de presentación de la U. G. D. Nuevamente vamos a referirnos a ellos, completados con una experiencia más amplia.

De las 1.187 historias de U. G. D., han corres-

(*) Conferencia pronunciada en el Curso de Postgraduados, cátedra de Extensión Universitaria Vicente Espinel. Hospital Provincial de Málaga. Diciembre, 1956.

pondido 914 (75 por 100) a hombres y 273 (23 por 100) a mujeres. Con una relación de hombres a mujeres de 3,35/1.

Agrupados estos mismos casos, según la localización de la Ul., en dos grandes grupos: piloroduodenales (Ul. P. D.) y gástricas (Ul. G.), casi todas localizadas en la curvadura menor:

Ul. P. D.: Hombres, 755 (63 por 100); mujeres, 104 (8 por 100); relación, 7/1.

Ul. G.: Hombres, 159 (13 por 100); mujeres, 169 (14 por 100); relación, 1/1.09.

Seguidamente, tomando como base la edad que tenían los enfermos al efectuar la primera consulta, hemos confeccionado la tabla I y el gráfico de la figura 1. En ella se han agrupado, por quinquenios, desde los 11 a los 85 años, con expresa separación de los datos correspondientes a hombres o mujeres, y teniendo en cuenta

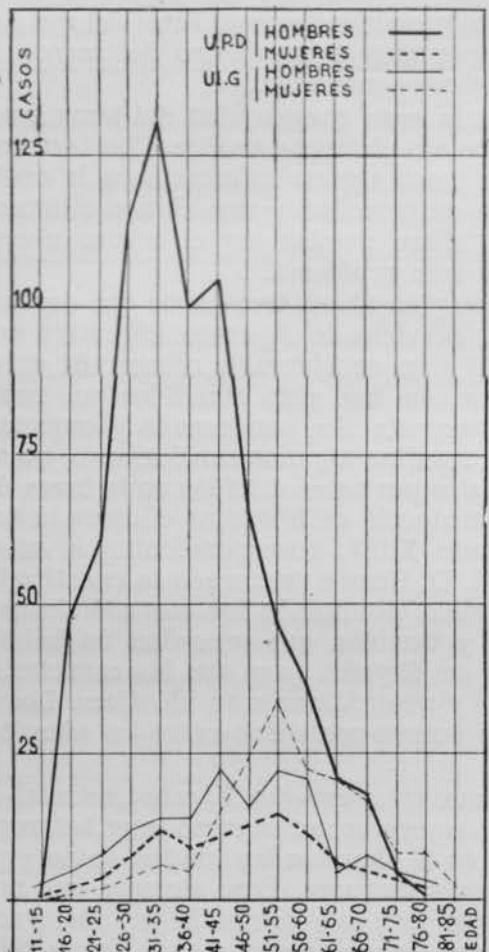


Fig. 1.

la localización de la Ul., bien fuera Ul. P. D. o Ul. G. Sobre este dato no se pueden deducir conclusiones sobre el comienzo de la enfermedad, pero si sobre las edades en que el proceso muestra mayor agudeza, motivo de la consulta.

Del análisis de todas las cifras consignadas podemos establecer las siguientes conclusiones:

podemos establecer las siguientes conclusiones:

Mayor predominio de la Ul. P. D. (914 casos) sobre la Ul. G. (273), dato concordante con el de casi todas las publicaciones recientes sobre este punto.

TABLA I

Mayor frecuencia en el hombre que en la mujer, con una relación entre ellos en nuestra catáctica de 3,35/1. Otros autores dan las siguientes relaciones de hombres a mujeres: SALA ROIG, 5/1; OVIEDO BUSTOS, 8/1; ALBRECHT, 3/1; EUSTERMANN y BALFOUR, 4,5/1. Y, finalmente, GALLART MONÉS indica que entre 1.504 Ul. correspondían 1.240 a varones y 264 a hembras.

La forma P. D. arroja en el hombre el máximo predominio en las edades juveniles y media, entre los 20 a los 45 años. Transpuesta ésta, se inicia un descenso progresivo hasta hacerse muy rara en edades avanzadas. Es decir, predominio en la plenitud viril y apagamiento en la avanzada. Por el contrario, en los 104 casos de esta misma localización en mujeres, no existe el predominio en la edad juvenil, sino más bien es rara durante ella, además de la menor frecuencia en relación con el hombre (7/1).

En la Ul. G., tanto en hombres como en mujeres, la mayor frecuencia es a partir de los 40 años, aumentando progresivamente con la edad el número de casos presentados y acentuándose esta característica más en las mujeres que en los hombres. También hay que resaltar que en la Ul. G., en oposición a la Ul. P. D., la frecuencia en los dos sexos es muy aproximada, con una relación de hombre/mujer de 1/1,09.

Para hacer resaltar más estas características hemos procedido a confeccionar la tabla V, en la que se han reunido la totalidad de los casos en dos grandes grupos de 11 a 45 años y de 46 a 80.

En ella vemos claramente que la Ul. se desarrolla, según la localización anatómica y el sexo de los pacientes, en el siguiente orden de frecuencia:

Ul. P. D.: Hombres, 11 a 45 años, 47 por 100.
Ul. P. D.: Hombres, 46 a 80 años, 16 por 100.
Ul. G.: Mujeres, 46 a 80 años, 10 por 100.
Ul. G.: Hombres, 46 a 80 años, 6,49 por 100.
Ul. G.: Hombres, 11 a 45 años, 6,30 por 100.
Ul. P. D.: Mujeres, 46 a 80 años, 4 por 100.
Ul. P. D.: Mujeres, 11 a 45 años, 3,96 por 100.
Ul. G.: Mujeres, 11 a 45 años, 2 por 100.

Y en cada sexo, en los grupos de menor frecuencia, es donde se obtienen una respuesta inmediata al tratamiento médico más fácil y positiva. Pero en los grupos de más alto porcentaje, los efectos inmediatos al tratamiento médico son menores y más difíciles.

Si estos datos los comparamos con otros procedentes de autores nacionales y extranjeros, observamos las mismas características en frecuencia, edad y sexo en lo que respecta a la Ul. P. D., pero discrepan algo en lo referente a la Ul. G.

Así, HERNANDO, entre 1.273 úlceras, encuentra 914 duodenales (73,51 por 100), 247 gástricas (19,06 por 100) y 102 pilóricas (8,2 por 100). En la duodenal y en ambos sexos la frecuencia hasta los 50 años fué del 78,7 por 100, y desde esta edad en adelante el porcentaje bajó a 59,7

por 100. Por el contrario, en la gástrica, en los mismos grupos de edades, los porcentajes fueron 15,5 por 100 y 33 por 100, respectivamente.

MOGENA, entre 498 úlceras duodenales, había 450 (81 por 100) en hombres y 68 (13 por 100) en mujeres. Y entre 113 úlceras gástricas, correspondían 87 (77 por 100) a hombres y 26 (23 por 100) a mujeres.

De estos mencionados trabajos se deduce que en la mujer la Ul. G. es más frecuente que la Ul. P. D., si bien no llegan en ellos a ser los porcentajes tan altos como los encontrados por nosotros. Pero si los leemos tan altos en algunas publicaciones extranjeras como en las de DUEARRY, JANET y LOQUERLER, que de 1.300 Ul. correspondían en la Ul. P. D. el 80 por 100 a hombres y el 20 por 100 a mujeres y en la Ul. G. el 22 por 100 a hombres y el 39 por 100 a mujeres. En ésta, y en los dos sexos, la frecuencia aumentaba a partir de los 50 años y en la Ul. P. D. entre los 10 a 40 años.

HILLEMAN y SONEA presentan una estadística de 279 Ul. G., 614 Ul. P. D. y 66 Ul. dobles en enfermos de ambos sexos. En la mujer, la Ul. G. fué muy rara antes de los 30 años, pero pasado los 60 años se daban más casos en ellas que en hombres.

En el transcurso de los años se han sostenido diferentes criterios sobre la frecuencia de la presentación de la Ul. G. en la mujer que pueden quedar deslindados en las tres etapas siguientes:

1.º En los trabajos publicados antes de la primera guerra mundial de 1914, basados casi exclusivamente en datos anatopatológicos, se hacía constar que la Ul. G. era más frecuente en la mujer que en el hombre (HART).

2.º En las aparecidas entre las dos guerras mundiales de 1914 a 1939, y basadas preferentemente en observaciones clínicas, con gran unanimidad se aceptaba un índice contrario en la proporcionalidad entre los sexos.

3.º Las observaciones efectuadas durante las dos guerras mundiales, o sea, en plena conflagración, resaltan que aumenta el número de Ul. G. en ambos sexos, pero más en la mujer, cuya frecuencia se aproxima entonces a la del hombre. Así son las observaciones de WARNCKE y NORF durante la primera guerra. Y las de KALK, HENNING y LANBLING durante la segunda guerra. Este fenómeno se ha presentado también en países que fueron neutrales, como Suiza, que si bien no tuvo la guerra en su propio territorio, sufrió penalidades durante ella, tales como racionamiento y escasez de alimentos, movilización de los hombres en el ejército y trabajo de las mujeres en fábricas y talleres (KAPP, MARKOFF y KRETSCHMAR).

Interpretamos, pues, como un fenómeno de actualidad, la mayor frecuencia de la Ul. G. en la mujer, motivado por la mayor actuación de ésta en la vida social, como ocurrió en las épocas de guerra, en las que la mujer tiene que ocupar oficios reservados al hombre, y pesa sobre

ellas la responsabilidad y dirección de un hogar.

Hemos analizado también cómo se desenvuelven las complicaciones de la Ul., hemorragias, perforación y estrechez pilórica en relación con la edad y sexo.

Examinadas en este aspecto solamente 661 historias clínicas, tenían o referían haber tenido hematemesis o melena 82 casos (12,40 por 100), que están agrupadas en la tabla II. De ellos, 70 casos fueron en hombres y 12 en mujeres. La afirmación frecuente en la literatura de que la Ul. en la mujer es más hemorrágica que en el hombre, no se da actualmente en forma absoluta, debido al gran predominio de la Ul. P. D. en el hombre. Según los datos recopilados por IVI, GROSSMANN y BACHRACH, procedentes de diversos países tales como Dinamar-

ca, Suecia, Estados Unidos, Inglaterra y Alemania, el 70 por 100 de los casos de hemorragia gástrica correspondían a mujeres menores de 30 años; pero en los últimos años se va invirtiendo la frecuencia, haciéndose mayor en el hombre. Según una cifra media obtenida por estos autores con datos de los mencionados países, encontraron en los años 1843 a 1914, 27 por 100 de hemorragias en hombres contra 73 por 100 en mujeres. Pero de 1927 a 1948 los porcentajes respectivos fueron en hombres 83 por 100 y en mujeres 17 por 100.

En una gran estadística recogida por STOLTE en Amsterdam antes de 1915, el número de mujeres que ingresaban en los hospitales con hematemesis o melena era doble que el de hombres, pero a partir de 1920 sucede lo contrario.

TABLA II
HEMORRAGIAS

Edades	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	Totales
Hombres:							
Ul. D.....							
Ul. D.....	1	9	17	14	13	6	60
Ul. G.....	1	1	2	4	1	1	10
Mujeres:							
Ul. D.....							
Ul. D.....	"	"	3	2	2	"	7
Ul. G.....	"	1	1	"	"	3	5
							82

TABLA III
ESTRECHEZ PILORICA

Edades	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	Totales
Hombres:								
Ul. D.....								
Ul. D.....	6	23	18	39	20	16	3	125
Ul. G.....	"	5	10	6	2	3	"	26
Mujeres:								
Ul. D.....								
Ul. D.....	"	3	4	2	3	1	1	14
Ul. G.....	"	"	1	"	"	"	"	1
								166

En nuestra tabla, la mayor frecuencia de hemorragias está comprendida entre los 21 a los 60 años.

La estrechez pilórica entre los mismos 661 casos se presentó en 66, que corresponde al 9,98 por 100. Para darle mayor exactitud a nuestras observaciones no nos hemos limitado a los casos recogidos en esta revisión, sino que hemos reunido el total de todos los casos de estrechez

pilórica asistidos por nosotros, que se elevan a 166. De ellos había 151 en hombres, debidas en 125 casos a Ul. P. D., y en 26 casos a Ul. G., y 15 en mujeres, de los que 14 son por Ul. P. D. y uno por Ul. G. En la tabla III están agrupados por edades, sexo y localización. En contra de lo que se ha sostenido por diferentes autores, la estrechez pilórica no es una complicación de edades avanzadas, sino que la vemos con la máxima

frecuencia de los 20 a 50 años, e incluso hemos tenido seis observaciones de edades comprendidas entre los 10 y los 20 años.

Finalmente, hemos seleccionado del protocolo de urgencias de este hospital los enfermos asistidos por úlceras perforadas, que suman un total de 86 observaciones. Entre ellas sólo había una, correspondiente a una mujer, con perforación gástrica, y que tenía la avanzada edad de 72 años. Por el contrario, las 85 perforaciones restantes se dieron en hombres y están consignadas con sus edades respectivas en la tabla IV. En ella resalta como edad más castigada por esta terrible complicación la comprendida entre los 21 y 45 años.

En la literatura universal se menciona actualmente la rareza de la perforación en la mujer. GARCÍA-BARÓN la fija en el 4 por 100; AVERI, JONES y POLLAK afirman que al final del siglo XIX, en el Hospital Central de Middlesex, de Londres, de cada seis perforaciones cuatro correspondían a mujeres y dos a hombres, pero en 1920 se ha invertido esta frecuencia, de forma que de diez perforaciones nueve son en hombres y una en mujer.

Herencia.—Del total de historias clínicas, eliminadas una pequeña fracción cuyos datos no eran claros, han quedado 1.106, en las que se ha investigado minuciosamente los antecedentes

ulcerosos familiares, anotando solamente las que se referían a padres, abuelos y hermanos. De ellos, 196 (17 por 100) han presentado antecedentes familiares y 904 no lo acusaban.

Dada la actual difusión de la Ul., precisa comparar el porcentaje obtenido con el que acusan otros procesos. Así, en los enfermos de litiasis biliar, hemos hallado un 3 por 100 de antecedentes familiares con Ul. G. D., y en los afectos de diarrea por cualquier causa un 5 por 100. Estos porcentajes son bastante inferiores al 17 por 100 reseñado en los ulcerosos.

Otros autores encuentran las siguientes cifras de antecedentes familiares en los ulcerosos OVIEDO BUSTOS, 16 por 100; MATTISON, el doble número de antecedentes en los ulcerosos que en los sanos; VAGUE y FAVIER, el 29 por 100, investigando hasta dos generaciones; SOLLSTROM, entre 684 Ul. examinadas desde 1936 a 1942, tenían antecedentes en el 50 por 100 de la Ul. D. y el 35 por 100 en la Ul. G.; LEVRAT, en los casos recogidos hasta 1952, que eran 551, encontró el 38 por 100 de antecedentes, y desde esa fecha, aumentando la estadística en 178 casos más, los antecedentes se elevaron al 47 por 100.

Complemento del estudio de la herencia en la Ul. ha sido el examen de los casos de hermanos gemelos en los que aparece la Ul. G.

TABLA IV
PERFORACIONES. — Edades.

	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	Totales
Hombres...	7	13	14	12	13	11	8	2	1	2	"	2	85
Mujeres...	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	4	1

TABLA V

LOCALIZACION	SEXO	GRUPO I		GRUPO II	
		De 11 a 45 años	De 46 a 80 años	De 11 a 45 años	De 46 a 80 años
Ul. P. D.....	Hombres.....	558 (47 %)		194 (16 %)	
Ul. G.....	Hombres.....	75 (6,31 %)		77 (6,49 %)	
Ul. P. D.....	Mujeres.....	46 (3,96 %)		54 (4 %)	
Ul. G.....	Mujeres.....	33 (2 %)		125 (10 %)	

En 1951 publicamos nosotros los casos de dos hermanos gemelos univitelinos que padecieron Ul. D. con idéntica localización, sintomatología y evolución del proceso. En aquella publicación resumimos los numerosos publicados en la literatura extranjera y nacional de observaciones de hermanos gemelos que presentaban Ul. G. En ellos destacan la similitud en la localización de la Ul., así como en la evolución

clínica y en las complicaciones presentadas. SCHINDLER y KIDD han referido casos de hermanos gemelos que presentaron perforaciones gástricas casi en las mismas fechas, y hemorragias gástricas se dieron en los casos de MCHARDY, BROWNE, AIVAREZ, IVI y FLOOD.

Posteriormente hemos asistido a otros dos hermanos gemelos con Ul. D., respectivamente, cuyas historias clínicas son las siguientes:

Miguel M. J., de 23 años, en octubre de 1952, mareos, palidez y deposición negra durante unos diez días. Anteriormente había tenido dolores en epigastrio, que se le calmaban con las comidas. Nada anormal en la exploración general. Análisis del contenido gástrico a la hora de la ingestión de Priscol: cantidad, 60 c. c. A. L., 1,89 por 1.000. A. T., 2,72 por 1.000. En la exploración radiológica y en radiografías seriadas se acusa la existencia de un nicho duodenal. Se somete a tratamiento médico.

Marcos M. J., de 23 años, hermano gemelo del anterior. Hace cinco años, dolores en epigastrio, que se le calmaban con las comidas. Hace dos meses ha tenido heces negras durante unos días. Actualmente sólo acusa ardores dos horas después de las comidas. Peso, 55 kilos; talla, 1,65; constitución asténica. Nada anormal en la exploración general. Análisis del contenido gástrico

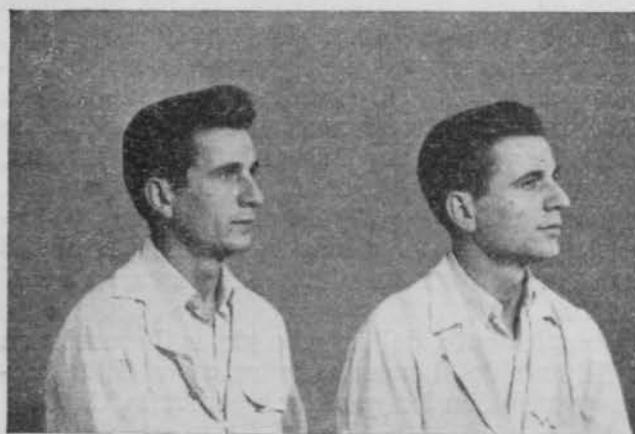


Fig. 2.

co a la hora del estímulo del Priscol: cantidad, 40 c. c. A. L., 0,90 por 1.000. A. T., 1,85 por 1.000. En la exploración radiológica y en las radiografías seriadas, signos de úlcus duodenal con buena evacuación gástrica. (La figura 2 corresponde a estos dos hermanos.)

Resaltan en estos dos hermanos las circunstancias de ser gemelos no univitelinos si les aplicamos el esquema de VON VERSCHUER; presentan ambos Ul. D. y haber tenido los dos, en diferentes épocas, hemorragias intestinales.

Desde el punto de vista del pronóstico, en los enfermos de Ul. G. D. con antecedentes ulcerosos en sus familiares se presentan las siguientes circunstancias:

1.º Aparición de las molestias y síntomas ulcerosos en edades muy tempranas, como se desprende de las estadísticas de MATTISON y LEVRAT. También KALK y CAMERU hallan, en los casos de úlceras juveniles, antecedentes en las proporciones de 41 por 100 y 43 por 100, respectivamente.

De aquí la importancia que tiene, en los sujetos con antecedentes hereditarios de Ul., si empiezan con molestias digestivas, aunque sean vagas e imprecisas, investigar minuciosamente la posible existencia de una Ul.

2.º En los sujetos que presentan tara ulcerosa bilateral, es decir, tanto por línea paterna como materna, el comienzo de las molestias en ellos se verifica en edad muy temprana, juvenil o incluso en la infancia.

Así, LEVRAT publica tres casos con estas cir-

cunstancias y cuyas edades respectivas del comienzo de la sintomatología fueron los 12, 13 y 17 años. KALK, seis niños de una misma familia, con doble tara de Ul., y en los cuales tres presentaron Ul. a edades de 13, 14 y 17 años.

En estos mismos sujetos la Ul. G. D. cursa con mayor gravedad en la sintomatología y en las complicaciones y precisando con frecuencia intervenciones quirúrgicas (LEVRAT).

Muy instructivo es el caso referido por LARSEN de un enfermo de Ul. G. con 16 años de edad y que por línea materna habían padecido Ul. la madre, un tío y una tía, y por la paterna el padre y dos tíos. Tuvo que ser operado, y al poco tiempo se presentó una recidiva de la Ul.

El siguiente caso nuestro es también muy instructivo en este sentido:

M. M. M., de 46 años. Antecedentes personales: Fiebre de Malta hace cinco años. Antecedentes familiares: Padre, Ul. G., y por línea materna, abuelo y dos tíos han presentado Ul. G. Hace 20 años, dolores por temporadas, que se calman con la ingestión de alimentos. Análisis del contenido gástrico: Hipersecreción en ayunas con fuerte hiperacidez a la inyección de histamina. A rayos X, nicho duodenal en base. Es sometido a tratamiento médico, y no mejorando al cabo de seis meses del mismo, es sometido a intervención quirúrgica de gastrectomía. Dado de alta, es visto por nosotros nuevamente al año y medio de la operación por haber tenido hacia pocos días una abundante hematemesis y melena. Sometido a nueva exploración radiológica se aprecia nicho ulceroso grande en boca anastomótica (fig. 3).

En este caso se trata de una Ul. D. en un sujeto con antecedentes hereditarios de Ul., tanto por línea materna como paterna, que no reacciona bien al tratamiento médico, y que sometido a intervención quirúrgica sólo pasa un año



Fig. 3.

libre de molestias, presentándose entonces una nueva reproducción de su enfermedad ulcerosa con complicación de hemorragia interna.

3.º Se han descrito con bastante constancia la presentación de Ul. G. D. en individuos de la misma familia, lo que ha sido designado con la denominación "Ul. Familiar". Tales son los siguientes casos:

LEVRAT, entre 40 enfermos de Ul., encuentra

seis familiares. BANZET, seis hermanos con Ul. VALLE, seis hermanos con Ul. D. TURMER y LATIF, seis casos de Ul. D. en la misma familia. OHLI, siete casos en la misma familia. HURST refiere dos ejemplos: en el primero, ocho miembros de la misma familia (padre y siete hijos) con Ul., y el segundo, cinco casos recogidos de tres generaciones: padre, tres hijos y un nieto con Ul. G. VON CZEKNEKI, cinco miembros de una familia con Ul. G. PAVEL, en una familia, presentan Ul. dos hermanos y un sobrino, el padre y dos hijos. DUBARRY, etc., en 800 casos de Ul. G. D., 50 eran familiares.

Todos estos casos de Ul. familiar cursan con mayor gravedad en sus complicaciones y sintomatología clínica, así como son más resistentes al tratamiento médico, obteniéndose con los mismos pocos resultados, por lo que con frecuencia es obligado en ellos seguir el quirúrgico, así como también dentro de éste están más expuestos a recaer con reproducciones de Ul. péptico. A estos caracteres clínicos resaltados por LEVRAT, añadimos nosotros la circunstancia de que en los casos familiares la sintomatología se desenvuelve dentro de un cierto paralelismo, de tal forma que la Ul. evoluciona con muy parecidos síntomas, complicaciones o respuestas a los tratamientos dentro de los individuos de una misma familia de Ul.

Tenemos recogidos varios historiales de familias, que serán publicados más extensamente en otra ocasión, en los que varios hermanos presentaron estrechez pilórica casi al llegar a las mismas edades.

Hemos tenido dos familias de Ul. G.: la primera, constituida por cinco hermanos, de los cuales tres presentaron en edades comprendidas entre los 30 a los 40 años, síntomas de estrechez pilórica por Ul. D. y tuvieron que ser intervenidos en diferentes fechas.

En la segunda familia, dos hermanos presentaron también estrechez pilórica, con el antecedente de que dos tíos por línea paterna habían sufrido esta misma complicación.

En otras dos familias se dió la circunstancia de que tres hermanos, afectos de Ul. D. dos de ellos y de Ul. G. el tercero, sufrieron fenómenos hemorrágicos de melena y hematemesis con edades muy próximas.

Constitución.—Recientemente, y en otra publicación, hemos estudiado, en colaboración con LINARES MAZA, el aspecto morfológico constitucional en una serie de 95 casos de Ul., de los que 72 eran en hombres y 23 en mujeres. Y de ellos, 63 Ul. P. D. y 32 Ul. G. Se estudiaron la talla, longitudes y los índices clásicos, así como el Tipo Constitucional según la clasificación de KRETSCHMER y el Tipo Postural según el esquema de LLOYD T. BROWN (A, B, C y D).

Nuestras conclusiones fueron que, aunque la Ul. puede darse en cualquier tipo constitucional, la característica dominante es que prepondera en la constitución leptosomática, y en menor proporción en la atlética, y sólo en muy poca

proporción en las piernas y en las displásticas.

Desde el punto de vista de la evolución, en Francia, CAROLI y CORMAN, después de investigar un total de 48 enfermos (43 hombres y cinco mujeres) que padecían Ul. de diferentes localizaciones, aprecian en los longilíneos más marcada la evolución de la enfermedad a las formas anatómicas con tendencia callosa, y por el contrario, en los brevilíneos, faltos de la tendencia proliferativa de sus tejidos, presentaban mayor porcentaje de complicaciones perforativas.

Por nuestra parte, la diferencia entre las Ul. G. y Ul. P. D. es neta. Las Ul. P. D. se inclinan hacia las formas esténicas y las Ul. G. hacia las asténicas, con coincidencia de los datos métricos y posturales.

Y especialmente dentro de la influencia que la constitución pueda tener en la evolución de la Ul., hemos observado que en el grupo de los enfermos con Ul. P. D. que presentaron la complicación de estrechez pilórica, fué más frecuente ésta en los sujetos que presentaban constitución asténica, y poco robusta, comparándolos con los sujetos que tenían esta misma localización sin síntomas de esta complicación.

Todos estos datos se refieren al aspecto morfológico y antropométrico de la constitución; pero hoy día, como ha demostrado brillantemente la escuela de KRETSCHMER, interesa no solamente la faceta comentada de la constitución, sino la forma peculiar de reaccionar en cada individuo su metabolismo y fermentos tisulares; por ello, hemos de referirnos a las nuevas orientaciones que tratan de individualizar la base metabólica reacional del enfermo con Ul. En este sentido, hemos de resaltar las siguientes características:

1.º La existencia de una tendencia en el enfermo de Ul. a reaccionar con hipoglucemia a la ingestión de glucosa.

Trabajos de KLEPPING, ETIENNE, MARTIN y DUBARD, que estudian la regulación glucémica en los ulcerosos antes y después de la gastrectomía, existiendo este trastorno antes de la intervención. EDLEN identifica como síndrome preulceroso la respuesta hipoglucémica tardía. LANGERON, BECQUET y MICHOUX, la misma tendencia hipoglucémica tanto antes como después de las operaciones. GOLDSCHMIED investiga la glucemia tras la inyección de insulina, seguida de la administración intravenosa de una solución glucosa, y encuentra en los enfermos de Ul. mayor tendencia hipoglucémica que en los normales. GUICHARD, FAYOLLE y PHILIPPE demuestran la existencia de hipoglucemia antes de la aparición de la Ul. G.

2.º El aumento en la sangre de los ulcerosos de la histaminemia.

PARROT, LOBORDE, DEHAY y ROURE han demostrado un aumento de la histamina en sangre, bien dosificándola o haciéndola patente por procedimiento biológico, que consiste en mezclar el suero a investigar con una solución de

una sal de histamina. Parte de este cuerpo queda fijo con elementos del suero, con lo que esta solución no provoca contracción en el intestino del cobaya. Esto ocurre en los sueros normales; por el contrario, en los que tienen poco poder para fijar o destruir la histamina, queda ésta libre y origina una fuerte contracción sobre el intestino del cobaya. A esto se ha llamado el poder histaminopéxico del suero, que en los sujetos alérgicos está muy disminuido. Estos autores han demostrado que en los ulcerosos, preferentemente durante sus crisis de dolor, hay aumento de la histaminemia y disminución del poder histaminopéxico. Por el contrario, fuera de las crisis aumenta ésta y disminuye aquél, pero sin llegar a cifras normales.

BODIN, entre 31 ulcerosos tratados con suero de convalecientes según el método de CARVALLO, demuestra baja del poder histaminopéxico del suero antes del tratamiento y aumento del mismo después de las inyecciones de suero.

3.º La presencia en el contenido gástrico de altas concentraciones de ácido o de pepsina. Numerosos autores han observado que los enfermos de Ul. P. D. que presentan en ayunas hipersecreción con alta concentración en ácido, son los que responden peor al tratamiento médico y muchas veces al quirúrgico. Mientras que en las fases de calma de las molestias ulcerosas disminuye o falta la acidez gástrica.

También VANZANT, en más del 50 por 100 de úlceras rebeldes al tratamiento, observa la presencia de cifras altas de pepsina en el contenido gástrico, y especialmente en las que llevan un curso grave.

DATOS QUE PROPORCIONA LA EXPLORACIÓN A RAYOS X.

Frecuentemente utilizamos esta exploración para afirmar o negar la existencia de una Ul. y también para precisar en qué zona del estómago está localizada, pero con ello no termina la utilidad de esta exploración. Es preciso acostumbrarse a leer y deducir de las radioskopias y clisés radiográficos otros datos que nos orienten sobre la evolución que pueda seguir la Ul.

Los problemas que en este sentido se plantean son diferentes, según que la Ul. esté localizada en estómago o en zona piloro duodenal.

Los nichos ulcerosos más fáciles de cicatrizar son aquellos cuyos tejidos están blandos, aún no endurecidos por los procesos, que desarrollados constituyen lesiones indelebles. Los que limitados en las capas del estómago no han penetrado o no se han perforado en los órganos próximos, con lo que el poder de regeneración de los tejidos quedaría retrasado.

En los clisés radiográficos de los nichos de curvadura menor se traducen los signos de buena aptitud de cicatrización por los bordes lisos, redondos y fácilmente desplazables a la palpación y por la posición del eje longitudinal

del nicho, inclinado hacia abajo en las radiografías obtenidas de pie. Por el contrario, son signos adversos de penetración o perforación en órganos próximos la gran profundidad del nicho, el que sus bordes sean de contornos irregulares, así como que en su interior se observen varios niveles: restos de alimentos, papilla de bario y cámara de aire.

Gran importancia se ha dado en los últimos años, especialmente por las diferentes escuelas francesas de Gastroenterología, a la exploración radiológica para dilucidar si una Ul. está o no en fase de degeneración cancerosa. Por falta de espacio no podemos abordar el amplio problema sobre si los cánceres ulcerosos que vemos en clínica han tenido su origen en una Ul. G. que posteriormente ha degenerado o han sido primitivamente tumores excavados que simulan una Ul. Pero sea cualquiera la posición doctrinal que frente a este problema se adopte, ello no afecta a la necesidad de establecer el diagnóstico entre lesión benigna o maligna.

Para ello, el clínico debe tener en cuenta los cinco datos siguientes:

1.º *El tamaño del nicho.* — Según COMFORT y DUTSCH, los que sobrepasan 4,5 cm. son sospechosos de estar cancerizados. ALVAREZ confiere esta sospecha con que sólo pase el diámetro de 2,5 cm. En una revisión de 150 nichos efectuada por MICHAUD, el diámetro medio en las úlceras simples fué de 1,25 cm., mientras que en las cancerizadas lo era de 3,28 cm. Por el contrario, GUTMANN no concede importancia alguna al tamaño del mismo. Y KONJETZNY cita casos de Ul. grandes como la palma de la mano, que examinadas meticulosamente al microscopio no presentaban signo degenerativo alguno.

2.º *La localización del nicho.* — Hace años HAMPTON, y posteriormente GUTMANN, han dado un esquema de frecuencia de transformación maligna de los nichos, según la zona de estómago donde asienten. Resumido este esquema, asigna carácter maligno a los que asientan en la curvatura mayor del estómago, antro, porción horizontal y en el ángulo de la curvatura menor, y benigno a los de la porción vertical de éste y, finalmente, variable a los de las caras anterior y posterior del estómago. Este esquema es útil para la clínica a condición de que no se tome en un sentido absoluto, sino como mera orientación.

Por lo que respecta a la curvatura mayor, no hemos tenido ningún caso que sea benigno, pero sí existen reseñados en la literatura numerosísimos que lo eran. En la propia comunicación de GUTMANN, de nueve Ul. con esta localización sólo dos eran malignos y tres benignos. MICHAUD, de 11 casos sólo uno era maligno. LUNA, LUCCIONI, GEROLAM y SANTANODRA describen una Ul. de esta localización, penetrante en bazo y benigna. HUSSAR describe otro y recoge de la literatura norteamericana hasta 17 casos benignos. POUR y BORES, Ul. de la gran curvatura, alta y benigna, asociada a otra en la pequeña

curvatura. DUBOURG y LEFEVRE, otro caso en una mujer de 38 años. ALBOT, BERTHET, DENIS y CORNIERE, cinco casos de esta clase, benignos. DUBARRI, cuatro casos, también benignos. SICK, BLOMQVIST y SCHINDLER, ocho casos, también benignos. BAKER y GOTTES, cuatro casos.

Todos ellos suponen un total de 58, recogidos de la literatura universal, que demuestran que no se le puede dar un carácter absoluto a esta regla, aunque sí de sospecha.

Más constancia tiene la segunda parte del esquema, que se refiere a la tendencia maligna en la porción horizontal y ángulo y benigna en la vertical de la curvatura menor. Hay que resaltar que en recientes comunicaciones GUTMANN afirma que para la curvatura mayor rige la misma regla que para la menor, es decir, la zona maligna es la horizontal y la benigna la vertical.

Para las localizadas en cara anterior o posterior, los resultados son variables.

3.º *El carácter de los bordes del nicho.*—Hablan a favor de su benignidad el que éste sea liso y claramente delimitado. Por el contrario, indica malignidad si los bordes no son netos o presentan un aspecto irregular o es plano.

4.º *La relación que hay entre el nicho y la zona de estómago circundante.*—Los pliegues de la mucosa deben converger sin interrupción sobre el nicho y éste sobresalir claramente del contorno del estómago y no estar empotrado. La zona no repleta de papilla opaca, que contornea a veces al nicho, y que se denomina menisco, debe ser de líneas lisas y limpias y no irregulares o quebradas.

5.º *La respuesta al tratamiento médico severo.*—Con la consiguiente reducción o desaparición del nicho benigno, método seguido y defendido por GUTMANN. Util como signo de orientación, no debe ser valorado con absoluta confianza y despreocupación, puesto que también observamos algunos nichos malignos que reaccionan al reposo y tratamiento médico de prueba con la reducción de su tamaño en la proyección radiológica, porque ceden las zonas inflamadas asociadas a la neoplasia, pero persistiendo su malignidad.

EUSTERNANN ha recogido cinco casos de carcinomas ulcerados que mostraron disminución radiológica de su tamaño después de un tratamiento médico severo y, sin embargo, en las piezas anatopatológicas quedó patente su carácter maligno.

En las UI. P. D. podemos deducir algunas conclusiones sobre su evolución, determinando si el nicho asienta en piloro o en duodeno, en la cara anterior o posterior de éste o en sus bordes internos o externos.

Es un dogma frecuentemente aceptado que los nichos duodenales no sufren la degeneración maligna, e incluso algunos autores han pretendido que la existencia de UI. D. concede cierta inmunidad frente al carcinoma gástrico, salvo por KONJETZNI, que en su conocida monografía sobre el cáncer gástrico describe uno de UI. D.

degenerado, y RÖTHAUG recopila hasta 14 casos de la literatura universal con la misma complicación. Pero estas cifras, dada la enorme frecuencia mundial de la UI. D., indican la rareza de su transformación maligna.

Que el nicho duodenal esté en plano anterior o posterior tiene gran importancia, puesto que los de la posterior tienen con más frecuencia tendencia a complicarse con hemorragias, debido a la proximidad con zonas vascularizadas, y menos a perforarse por estar rodeados de órganos más consistentes. Por el contrario, los de la anterior cursan menos con hemorragias, pero son más castigados por la frecuencia de perforaciones, por la menor defensa anatómica, que le resta no estar recubierto por órganos fijos.

Cuando observamos el nicho de duodeno proyectado en la zona central, con un rodete de edema periumeroso, formando lo que se llama "nicho de cara", podemos deducir que es reciente, sin cicatrices aún establecidas, y por consiguiente podemos esperar su posible curación con el tratamiento médico.

Cuando en estadios posteriores el contorno duodenal, en vez de neto y curvo, se proyecta quebrado, con las deformaciones que comparativamente han sido denominadas en trébol, mariposa, etc., tenemos que sospechar la movilización de procesos de esclerosis, que condicionarán la lesión como crónica o con tendencia evolutiva a la estrechez.

Los nichos que localizamos en los bordes del duodeno, con más frecuencia en el de la curvatura menor, tienen una especial significación por la marcada tendencia que tienen a producir estenosis pilórica (MARTÍN ARRIBAS). Cuidadosos estudios anatómicos de DENIS y DUFOUR demostraron que una gran proporción de las UI. de bordes duodenales se acompañaban de engrosamiento del anillo pilórico.

Pero estimamos, después de haber seguido durante varios años las imágenes radiográficas de nichos duodenales en diferentes épocas de su evolución, que la proyección de los mismos en los bordes no significa que primitivamente la lesión haya asentado allí. Es frecuente que nichos radiografiados y localizados en el centro del duodeno, al cabo de años se destaque en los bordes, especialmente cuando se emplea la compresión para obtener las radiografías. La presión en las UI. recientes facilita su proyección central, por ser las paredes duodenales fácilmente desplazables, y en las antiguas, que están rodeadas de tejidos esclerosados y por adherencias, que la fijan, favorecen su proyección en los bordes.

CONCLUSIONES.

Como resumen de todo lo anteriormente expuesto podemos sintetizar, como base para futuras investigaciones, la evolución de la úlcera de la siguiente forma:

1.^o La úlcera piloroduodenal es más frecuente que la gástrica (de 1.187 casos: piloroduodenales, 914, y gástricas, 273).

La úlcera piloroduodenal se desarrolla con más frecuencia en el sexo masculino que en el femenino (859 úlceras piloroduodenales: 755 hombres, 63 por 100, y 104 mujeres, 8 por 100). Y predomina en el sexo masculino más marcadamente durante los 20 a 45 años, para declinar pasados éstos y hacerse más rara en edades avanzadas. En este tipo de úlcera en la mujer, dentro de su menor frecuencia, no se observa este diferente comportamiento según la edad.

2.^o En la úlcera gástrica la proporción entre los dos sexos es casi igual (de 328 casos, 159 en hombres y 169 en mujeres). En ambos sexos, contra la rareza en edades juveniles, la máxima proporción de casos se presenta desde los 45 a 70 años, siendo esta característica mucho más acusada en la mujer de edad media o avanzada; siendo entonces en ella la úlcera gástrica más frecuente que en el hombre.

3.^o De las tres complicaciones, hemorragia, perforación y estrechez pilórica, el estudio indica lo siguiente: En 86 casos de úlceras perforadas, sólo uno se dió en una mujer y los 85 casos restantes en hombres, existiendo, pues, una predisposición para esta complicación en el hombre. Al presentarse la perforación, la máxima frecuencia de edad estaba comprendida entre los 21 a 45 años.

En 166 casos que presentaban estrechez pilórica, 151 eran hombres y 15 mujeres. No se inició esta complicación con edad avanzada de los pacientes, sino preferentemente entre los 20 a 50 años.

Revisadas 661 historias clínicas de enfermos con úlceras, habían tenido hematemesis y melena 82 casos (12,40 por 100); hombres, 70, y mujeres, 12. Esta complicación se presentó en todas las edades y también en sujetos de edad avanzada.

4.^o La úlcera piloroduodenal se desarrolla preferentemente en el hombre y en edad juvenil o media (20 a 40 años); es cuando presenta más intensidad la crisis dolorosa, es más castigada por la perforación y cuando puede formarse la estrechez pilórica.

La úlcera gástrica se desarrolla casi igual en ambos sexos, pero preferentemente en la mujer desde los 45 años en adelante hasta edades avanzadas.

5.^o En 1.106 casos de úlcera, 196 (17 por 100) presentaban antecedentes familiares de haber padecido úlcera y los 904 casos restantes no. Se refieren dos casos observados de hermanos gemelos que padecían úlcera duodenal.

La tara hereditaria condiciona en los enfermos ulcerosos la aparición temprana de sus síntomas y el curso marcadamente intenso del mismo. Especialmente desfavorable es la presentación de una herencia bilateral, tanto por línea paterna como materna. En determinadas familias de ulcerosos, la enfermedad evolucio-

na con síntomas y curso muy semejantes entre sus diferentes miembros.

6.^o Se analizan los trabajos del autor sobre la constitución en la úlcera, especialmente en los que se complica con estrechez pilórica.

7.^o Los signos radiológicos que se resumen pueden ayudar al clínico a precisar la fase de evolución en que se encuentra la úlcera.

BIBLIOGRAFIA

- ALBRECHT.—Das Ulcus problem im Lichte moderne Rentgenforschung. Leipzig, 1931.
- AVERI, JONES y POLLAK.—Brit. Med. J., 1, 197, 1945.
- ALVAREZ.—Gastroenterology, 8, 678, 1947. Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic, 18, 298, 1943.
- BANZET.—Arch. Mal. App. Digest., 237, 1944.
- BAKER y GATTAS.—Arch. Int. Med., 92, 321, 1953.
- BODIN.—Arch. Mal. App. Digest., 45, 1, 621, 1956.
- CAMERER.—CIT. LEVRAT.
- CAROLI y CORMAN.—Arch. Mal. App. Digest., 25, 26, 1935.
- COMFORT y DUTSON.—Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic, 11, 440, 1936.
- CZERNEK.—Wiener Klin. Wschr., 22, 661, 1910.
- DUBOURG y LEFEVRE.—Arch. Mal. App. Digest., 38, 1.218, 1949.
- DUBARRY.—Arch. Mal. App. Digest., 39, 281, 1950.
- DENIS y DUFOUR.—Lyon Medical, 427, 1936.
- DUBARRY, JANET y LOQUERLER.—Arch. Mal. App. Digest., 41, 377, 1955.
- EUSTERMANN y BALFOUR.—The Stomach and Duodenum. Philadelphia, 1936.
- EDLEN.—Acta Med. Scand., 1938, 161, 1950.
- FRANQUELO.—Rev. Clin. Esp., 26, 321, 1950. Idem id., 42, 44, 1951.
- FRANQUELO y LINARES MASA.—Rev. Clin. Esp., 41, 241, 1951.
- GARCIA-BARON.—Rev. Clin. Esp., 22, 178, 1946. Idem id., 28, 374, 1948. Idem id., 30, 218, 1948.
- GOLDSCHMIED.—Gastroenterology, 73, 209, 1948.
- GUICHARD, etc.—Presse Méd. 71, 1, 618, 1956.
- GUTTMANN.—Les syndromes douloureux de la région épigastrique. Paris, 1947.
- GALLART MONÉS.—Tratamiento médico de la úlcera gástrica y duodenal. Ponencia I Congreso Nacional de Patología Digestiva. Valencia, 1931. Ser. 69, 49, 1948.
- HERNANDO.—Progresos de Patología y Clínica, 2, 7, 1955.
- HILLEMAN y SONEA.—Arch. Mal. App. Digest., 36, 547, 1947.
- HENNING.—Tratado didáctico de las enfermedades del aparato digestivo. Barcelona, 1953.
- HAMPTON.—Am. G. Roetg., 30, 473, 1933.
- HURST.—Guy S. Hosp. Rep., 71, 650, 1921.
- HUSSAR.—Gastroenterology, 9, 778, 1947.
- IVI, GROSSMANN y BACHRACH.—Ulcera péptica. El Ateneo. Buenos Aires, 1954.
- IVI y FLOOD.—Gastroenterology, 14, 375, 1950.
- KALK.—Ztschr. f. Klin. Med., 108, 225, 1928. Dtsch. Med. Wschr., 69, 2, 559, 1943.
- KIDD.—Brit. Med. J., 1, 449, 1938.
- KRETSCHMAR.—Gastroenterologia, 70, 225, 1945.
- KLEPPING y cols.—Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 1, 1952.
- KONJETZNY.—Der Magenkrebs. Stuttgart, 1938.
- LUNA, etc.—Arch. Mal. App. Digest., 38, 112, 1949.
- LEVRAT.—Arch. Mal. App. Digest., 38, 481, 1949. Idem id., 42, 532, 1953. Idem id., 43, 1.001, 1954.
- LARSEN.—CIT. LEVRAT.
- LANGERON, etc.—Arch. Mal. App. Digest., 39, 350, 1950.
- BLAMBLING.—Paris Medical, 36, 146, 1946.
- MOGENA.—Rev. Clin. Esp., 61, 144, 1956.
- MARKOFF.—Gastroenterologia, 68, 225, 1943.
- MATTISON.—Das Magengeschwür. Estocolmo, 1931.
- MICHARD y BROWNE.—Journ. Am. Med. Ass., 1.924, 503, 1944.
- MICHAUD.—Gastroenterologia, 75, 321, 1949.
- MARTÍN ARRIBAS.—Boletín Cons. Gen. Col. Méd., 1956.
- NORF.—Dtsch. Zeit. f. Verd. u. Stoff., 1, 163, 1938.
- OVIEDO BUSTOS.—Tratado de Patología Digestiva de BONORI. NO UDANDO y CASTEX. Buenos Aires, 1945.
- OHILI.—Munch. Med. Wschr., 70, 1.180, 1923.
- PARROT, etc.—Arch. Mal. App. Digest., 45, 1, 613, 1956.
- PAVEL.—Act. Med. Latina, 4, 314, 1921.
- POUR y BORES.—Arch. Mal. App. Digest., 38, 151, 1949.
- ROTHAUG.—Frankf. Ztschr. f. Path., 54, 275, 1940.
- SALA ROIG.—Ulcera gastroduodenal. Barcelona, 1941.
- STOLTE.—Acta Med. Skandinav., 116, 594, 1944.
- SALLSTROM.—Acta Med. Skandinav., 121, 57, 1935.
- SCHINDLER.—Der Chirurg., 7, 327, 1935.
- SILK, etc.—Journ. Am. Med. Ass., 152, 4, 305.
- TURMER, etc.—Presse Méd., 339, 1935.
- VAGUE, etc.—Arch. Mal. App. Digest., 42, 718, 1953.
- VALLE.—Arch. Mal. App. Digest., 799, 1939.
- WARNECKE.—Boas Arch., 53, 157, 1925.

SUMMARY

The age and sex incidence of gastric and pyloroduodenal ulcer is reviewed in a total of 1.187

cases. The incidence of haemorrhage, perforation and pyloric stenosis and the clinical and roentgenologic signs of both types of ulcer are also analysed.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird die Verteilung von Magen- und Pylorus-Duodenalgeschwüren nach Alter und Geschlecht bei insgesamt 1.187 Fällen studiert. Einer eingehenden Prüfung unterzogen wird auch das Auftreten von Blutungen, Durchbrü-

chen und Pylorusstenosen, sowie die klinischen und roentgenologischen Zeichen beider Arten von Geschwüren.

RÉSUMÉ

On étudie la distribution, selon l'âge et le sexe, de l'ulcère gastrique et de la pyloro-duodénale sur un total de 1.187 malades. On analyse également la fréquence des hémorragies, perforations et sténoses pyloriques, ainsi que les signes cliniques et radiologiques des deux genres d'ulcères.

TRATAMIENTO HORMONAL DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRE

I. P. AGOTE y J. GAMINDE.

Hospital Civil de Basurto (Bilbao).
Servicio II de Medicina Interna.
Director: E. DE MIGUEL.

I

En la histórica del tratamiento con ACTH y glucocorticoides del síndrome de Guillain - Barré (G. B.) corresponde el lugar de iniciador, según parece, a TOLENTINO, quien en 1951 comunicó el primer caso de G. B., tratado de esta forma, a la Sociedad Ligur de Medicina. SELTZER y LICHTY (1952), STILLMAN y GANONG (1952), NEWHEY y LUBIN (1953), BLOOD, LOCKE y CARABASI (1953) han sido los que han realizado las primeras publicaciones a este respecto después de TOLENTINO.

Desde entonces, varios autores han publicado sus resultados; aunque las publicaciones no son copiosas a este respecto, debido sin duda a la poca frecuencia del síndrome que nos ocupa. En España, GILSANZ, PALACIOS y SEGOVIA han sido los primeros en publicar un caso tratado con hormonas. Nosotros nos proponemos exponer aquí los resultados que hemos obtenido en cuatro casos de G. B. tratados por este método.

II

Observación núm. 1. Enfermo F. G. P., de veintiocho años. Ingresó el 18-XI-55. Seis días antes de su ingreso comienza con hormigueos en ambos pies. Al día siguiente nota cierta pesadez de miembros inferiores con dificultad para la marcha y dolor en las pantorrillas; debe encamarse. En los días siguientes hay afectación progresiva de miembros superiores, de la deglución y de la vista. Estreñimiento y pérdida discreta de peso.

Exploración.—Parálisis de los cuatro miembros con abolición de reflejos y masas musculares fláccidas; parálisis facial bilateral; paresia de VI par derecho con diplopia; voz nasal. Sensibilidad, normal. Fondo de ojo, normal. Apirético. Datos de laboratorio: V. S. G., 8,20. G. R., 4.500.000. Hb., 90 por 100. G. B., 9.500. Fórmula:

66 neutrófilos, 1 eosinófilo, 31 linfocitos y 2 monocitos. Wassermann, negativo. Orina, normal. Líquido cefalorraquídeo: Discretamente amarillo con 5 células, 0,95 gramos de albúmina y globulinas positivas.

Evolución.—El enfermo es tratado con vitaminoterapia: B₁, B₁₂, C, gamma globulinas y aureomicina. A pesar de ello, la paresia facial y la del VI par se acentúan; además, comienza con desviación de lengua y de úvula hacia la izquierda. Al quinto día de su ingreso se instaura tratamiento con 100 mg. de cortisona por día; desde entonces, el carácter progresivo desaparece y permanece el cuadro estacionario durante dos días, al cabo de los cuales vira hacia la mejoría. Al 12 día de su ingreso los fenómenos cefálicos han desaparecido y la movilidad de las extremidades y los reflejos son casi normales. Se reduce la cortisona a 50 mg. por día. El 20 día comienza a andar ayudado por otra persona; se suprime definitivamente la cortisona. El 35 día de su ingreso el enfermo abandona el hospital completamente restaurado.

Observación núm. 2. Enfermo A. P. G., de sesenta años. Ingresó el 12-II-56. Ocho días antes de su ingreso sufre un proceso gripeal de cuatro días de duración. Tres días antes de su ingreso nota cierta fatigabilidad de piernas; al día siguiente debe guardar cama por ser incapaz de andar; también nota entonces pérdida de fuerza en los brazos. El día anterior a su ingreso la deglución y la palabra se hacen difíciles. Estreñimiento; pérdida discreta de peso.

Exploración.—Estado general alarmante; respiración broncopléjica; parálisis total de las cuatro extremidades con masas musculares fláccidas y abolición absoluta de reflejos. La sensibilidad, por el contrario, está conservada. Fondo de ojo, normal. Apirético. Datos de laboratorio: V. S. G., 12-20. G. R., 4.300.000. Hb., 85 por 100. G. B., 7.500. Fórmula: 13 bastonados, 75 neutrófilos, 11 linfocitos y 1 monocito. Wassermann, negativo. Orina, indicios de albúmina. Líquido cefalorraquídeo: Claro, con 3 células, 0,55 gr. de albúmina y discreta positividad de las reacciones de globulinas.

Evolución.—El enfermo es tratado desde el primer día con 100 mg. de ACTH por día (vía intramuscular), vitamina B₁₂ y cocarboxilasa y terramicina. El cuadro se hace estacionario durante tres días, al cabo de los cuales el enfermo maneja sus brazos, traga normalmente y la tos se hace efectiva. Desde entonces la mejoría es continua y progresiva. El cuarto día comienza a mover las piernas. El 11 día su estado es muy satisfactorio, ha recuperado su movilidad y el tratamiento, excepto la vitaminoterapia, es suprimido. El 15 día es capaz de marchar ayudado por dos personas. La recuperación de fuerzas es rápida y el 35 día abandona el hospital completamente restablecido.

Observación núm. 3. Enfermo E. E. U., de sesenta y cuatro años. Ingresó el 24-II-56. Veinte días antes de su ingreso sufrió un proceso gripeal de una semana de du-