

el resultado del tratamiento específico es también de valor para aclarar la etiología del proceso.

El gonococo puede penetrar en el recto por varios mecanismos, pero en la práctica la inmensa mayoría de veces lo alcanza por pederastia pasiva. El síntoma más importante de la enfermedad es la gran supuración a que da lugar. El diagnóstico sólo puede efectuarse por el hallazgo del gonococo en las secreciones purulentas rectales. Las complicaciones más frecuentes son las ulceraciones extensas, los abscesos, las fístulas y las artritis. Los autores no han visto jamás que un caso de blenorragia rectal acabase en estenosis.

El chancro blando del ano puede ser primitivo (pederastia pasiva) o secundario (contacto con secreciones vulvovaginales infectadas o de las adenitis abiertas de las ingles, etc.). Las pústuloulceraciones son análogas a las que se observan en los genitales y se localizan de preferencia entre los pliegues radiados del ano. Es rarísimo que estas lesiones invadan la mucosa rectal. El diagnóstico sólo puede efectuarse por el hallazgo del bacilo de Ducrey en el pus o en los raspados de las pústuloulceraciones. La reacción de Ito-Reenstierna también es de gran valor.

Escuela de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona

Director: F. Gallart Monés

La úlcera cardioesofágica

Dr. ANDREU OLLER

Sesión clínica del día 20 de marzo de 1947

QUINCKE define con el nombre de úlcera péptica del esófago a la úlcera simple redonda de Cruveilhier, localizada en el esófago. La denomina así porque generalmente se la encuentra en la parte más baja del mismo, es decir, en las zonas en que puede llegar con cierta continuidad el jugo gástrico.

Mas teniendo en cuenta que el problema de la úlcera es mucho más complejo que el de la simple hiperclorhidria, la hemos querido mejor designar con el nombre de úlcera cardioesofágica, lo mismo que hacemos con la gastroduodenal, es decir, atendiendo a su localización.

El sitio habitual de las úlceras esofágicas es la parte más baja del mismo, inmediatamente por encima del cardias.

Las úlceras cardioesofágicas son relativamente raras. JACHSOFF, entre 4.000 afecciones diversas del esófago encuentra 88 casos de úlceras cardioesofágicas. En 1935 los argentinos ZONO y SANTANELLI recopilaron de la literatura 201 casos de úlceras cardioesofágicas.

Es más frecuente en el hombre y rara en la mujer, lo mismo que sucede con las gastroduodenales.

Etiopatogenia de la úlcera cardioesofágica. — Nuestra Escuela, desde muchos años tiende a considerar la úlcera, tanto esofágica como gastroduodenal, como una enfermedad general ulcerosa originada por múltiples causas que todavía ignoramos, generales (trastornos humorales, neurovegetativos, alérgicos, etc.) o locales (sensibilidad del órgano, alteraciones del mesenquima, etc.). Hoy por hoy, dice nuestro maestro, Dr. GALLART, debemos dirigir las investigaciones en el sentido que la úlcera no es una enfermedad de una víscera sino de un sistema, y todo lo que sea basado en aquélla irá siempre seguido de fracasos, como ha ocurrido hasta la fecha.

Sintomatología. — Los enfermos afectados de úlcera cardioesofágica presentan generalmente una historia gástrica de algún tiempo, acompañada de disfagia, que se presenta inmediatamente después de las comidas.

Si la úlcera asienta en el estómago o en el mismo cardias, el dolor suele ser con un ritmo análogo al de la gastroduodenal. En cambio, si la ulceración se halla en el mismo esófago el dolor es en el apéndice xifoides con irradiaciones torácicas.

La exploración radiológica es de gran valor y a veces la única que puede asegurar el diagnóstico. Poder visualizar el nicho es a veces muy difícil, y ello depende de la técnica empleada y de la insistencia de las exploraciones. Ahora bien, teniendo en cuenta la historia clínica del enfermo y la existencia de cardioespasmos reflejos o secundarios, creo debemos apurar la exploración radiológica con objeto

de poner de manifiesto la existencia del nicho, único síntoma patognomónico que nos puede asegurar el diagnóstico. Recuerdo haber visitado en nuestro dispensario un enfermo que había sido diagnosticado de cardioespasmo, y, no obstante, explicaba una historia típica de úlcus. Insistimos en exploraciones radiológicas hasta descubrir un pequeño nicho en el mismo cardioespasmo.

El diagnóstico radiológico diferencial cabe hacerlo siempre con el cardioespasmo y la neoplasia.

Complicaciones. — Una de las complicaciones frecuentes es la hemorragia, siendo ya menos frecuentes la perforación y las estenosis. ROESLER compara la frecuencia de las primeras a la proporción de las gastroduodenales. En cuanto a las últimas, recuerdo un caso publicado por nuestro maestro Dr. GALLART, que presentaba una sintomatología análoga al del cardioespasmo, y por radiografía pudo comprobarse la estenosis correspondiente a la cicatriz del úlcus esofágico.

Diagnóstico diferencial. — El diagnóstico de la úlcera simple esofágica sólo será posible después de haber excluido el gran número de formas ulcerosas que pueden asentar en el esófago, tales como las tuberculosas, las luéticas, las cancerosas, las actinomicóticas, etc. Las cuales se hallan casi siempre localizadas en las partes más altas del esófago, contrariamente a lo que sucede con las úlceras cardioesofágicas.

Tratamiento. — Con el empleo mismo de la cura médica que se realiza para las úlceras gastroduodenales, podremos satisfactoriamente resolver y hacer que desaparezcan las molestias de las úlceras cardioesofágicas.

Cuando el cardioespasmo que suele acompañar a la ulceración es muy acentuado y llega a producir una estenosis del esófago, estaría indicado el lavado del esófago. Sólo cuando llegue hacerse total que impida la alimentación del enfermo estará indicada la intervención quirúrgica a base de una gastrostomía.

ELIXIR CALLOL

GLICEROFOSFATOS - KOLA - PEPSINA

Poderoso tónico-reconstituyente - Eficaz eupéptico y digestivo

CONVALENCIAS-FATIGA INTELLECTUAL - AGOTAMIENTO FISICO
ANOREXIAS Y DISPEPSIAS

PARA MUESTRAS:

Apartado 520

LABORATORIO CALLOL

BARCELONA