

58-3

Memoria de Doctorado.

1719

1719

~~Dr. Oton~~

Dr. Redondo

81-2-2-8

Indicaciones y resultados
de la

Gastro-entereostomia

en las estenosis orgánicas no canceras del piloro.

co 2438
(1719)

por

— Crescencio A. Orcoyen y Arana. —

Excmo. Señor:



Muy lejos de un animo está,
al escribir esta Memoria, el pretender aportar a la
ciencia nuevos conocimientos; no me guía otro fin
que el de cumplir con uno de los requisitos que
impone la ley a quien, como yo, aspira, aunque
inmerecidamente, a la posesión del honroso ^{Titulo}
de Doctor.

Todos los problemas médicos se hallan muy por
encima de mis fuerzas, debido a mi corta prácti

ca y á mis escasos conocimientos. Mas, el intentar en
un modesta labor desarrollar uno de ellos, obedece al
entusiasmo que siento por los resultados de una operacion
quirúrgica, cual es la gastro-enterostomia, que me
proporcionó la dicha inefable de poder conservar á
mi querido padre.

Con el epigrafe « Judicaciones y resultados de la gas-
tro-enterostomia en las estenosis orgánicas no cancero-
sas del piloro » presentado á la crítica de ese respetable
Tribunal un conciso trabajo, que encomiendo á la

benevolencia de tan ilustres censores

Divido este escrito en tres partes: en la 1.^a expongo la Siintomatología general de las estenosis orgánicas no cancerosas del píloro; en la 2.^a y 3.^a parte se hallan estudiadas las indicaciones y los resultados de la gastro-enterostomía en esta afección. Al final se encuentran colocadas, á modo de apéndice, cuatro observaciones que he podido recoger, y en las que se han comprobado por diferentes métodos analíticos los resultados obtenidos por la operación. El procedimiento de aná-

linis del jugo gástrico que en ellos se ha seguido es
el de Hayem y Winter.



Capítulo 1º

Sintomatología general.

Refieren los enfermos sus padecimientos a larga fecha. Cuentan que después de las comidas experimentan una sensación de plenitud seguida de dolores mas ó menos violentos y a veces de vómitos.

En un principio tales trastornos sucedían a la ingestión de alimentos sólidos; se abstuvieron de ellos, alimentándose de líquidos, los unos por prescripción facultativa, los otros sospechando que

el género de alimentación fuera la causa de sus padecimientos, por propia iniciativa. El cambio de régimen pudo proporcionarles una mejoría más o menos larga; más, no obstante la alimentación líquida los diversos trastornos reaparecieron, siendo cada vez más acentuados.

Esto es, a grandes rasgos, la historia de este grupo de enfermos; en sus detalles la influencia, clara es, las causas de la estenosis. Así vemos, que la mayor parte de ellos nos describen

el cuadro clínico de la úlcera gástrica es un
punto de partida de sus dolencias; e en me-
nor número nos fijaban con mayor i menor
fidelidad el de los cólicos hepáticos, de uno de
los cuales arrancan las supras; e en el para-
do de otros no podremos encontrar mas síntomas
que los comunes a toda gastritis.

El estado general es detestable; la mayor por-
te de las veces llegan a manos del cirujano
no auxiliados con fidelidad temerosa muy caracte-

ística, exageradamente flacos, en marcada decadencia orgánica.

Se hallan morabunente afectados, su espíritu como frangas con sus fuerzas, están completamente abatidos; son la mayoría unicastánicos

Los Síntomas que pueden recogerse al examinar estos enfermos son muy variados, unos son característicos de esta afección, otros son comunes a la mayor parte de las enferme-

dades del estómago. Tenemos la exposición de los primeros procurando descartar en lo posible los segundos. Se puede decir que entre los que describimos hay algunos que son constantes, otros pueden faltar y que todos, en cuanto a su intensidad, se hallan bajo la dependencia del grado de estrechez del píloro y de la mayor o menor antigüedad de esta.

Dolor. - Localizado en la región epigástrica, los dolores, son mas o menos intensos y sobre-

vienen comunmente algunas horas despues de las comidas, en el momento en que, en estado normal, el quimo debia pasar al duodeno.

Parecen ser debidos a la exageracion de las contracciones de la tunica muscular, que lucha contra la resistencia que el quimo estancado opone al paso de los alimentos.

Ahi se explica que en un periodo mas avanzado de la enfermedad, cuando la fibra muscular del estomago ha perdido su con-

tractilidad y su tonicidad y él, fuertemente dilatado, no reacciona, esos dolores desaparecen, siendo substituidos por una sensación de peso y de traves sorda pero continua, sin periodicidad.

Vómitos. — Un síntoma muy frecuente son los vómitos. Son provocados por el mismo enfermo, con el objeto de calmar sus dolores, unas veces, espontáneos otras. Están compuestos de restos alimenticios mezclados con los productos de la

secreción estomacal y, en algunos casos, con bilis y ácidos resultantes de fermentaciones anormales.

Los vómitos que se presentan espontáneamente, se refieren al principio con extremada frecuencia, en algunos diariamente, y son continuación del dolor.

El contenido estomacal, después de luchar sin éxito por franquear el píloro, refluye hacia el cárdias y es arrojado en un esfuerzo de vómito. Cuando la atonía del estómago llega á ser

bastante acentuada el vómito no se efectúa por el mismo mecanismo, sino que el enfermo expulsa el contenido gástrico por una especie de regurgitación (Hayem). El vómito es, en este caso, menos frecuente pero es en cambio más copioso, y en él pueden descubrirse restos de alimentación ingerida varios días antes.

Dilatación. - Es la dilatación del estómago un trastorno constante resultado de la atonía de la túnica muscular. Se hace manifiesta al

gún tiempo después de haber disminuido el cali-
bre del píloro.

La insuflación del estómago nos demos-
trará el grado de atonía. Un estómago normal
no admite más de 800 á 900 centímetros cúbicos
de aire, pero si se halla medianamente dilata-
do se pueden introducir 1.200 á 1.600 c. c.
Existen estenósicos en los que el estómago está
de tal manera atónico que recibe 4.000 y has-
ta 5.000 c. c de aire sin provocar el más in-

significante dolor.

Combinando la insuflación con la percusión ó la auscultación, obtendremos datos de gran importancia como son: la situación y los límites del estómago. En todos los casos de estrechez física con dilatación, se ve que el límite inferior ha descendido mas ó menos, pudiendo llegar hasta pocos dedos por encima del pubis. Si la extensión es debida á un accendimiento del pector por gastroptosis se perci-

bría el descenso de la corvadura menor.

La dilatación es una consecuencia de la estancación de los alimentos en el estómago, por lo tanto, si se suprime ó se atenúa esta, aquella será menor: los estómagos intolerantes que se vuelven eructos alimentos llega a ellos suprimen la estancación, no llegando a ser muy acentuada la dilatación; el mismo efecto producen los vómitos provocados, los lavados del estómago, y la disminución de la alimentación. Se

encuentran a veces estómagos no dilatados, siendo debido este hecho a la existencia de bridas o adherencias, contraídas con órganos vecinos, que fijan el estómago impidiéndole dilatarse.

Agitación peristáltica. - La agitación peristáltica, que Kussmaul describió diciendo: « es una especie de onda, que partiendo del lado izquierdo del ombligo y pasando por la línea media, termina en el hipocóndrio derecho », se observa con alguna frecuencia en las enteritis filiformes muy

acentuada. Esta agitación que percibe la palma de la mano aplicada sobre la región epigástrica, atestigua la lucha de la túnica muscular contra el obstáculo pilórico. Cuando la fibra muscular ha degenerado deja de producirse este fenómeno. Tampoco tiene lugar cuando el piloro está poco estrechado.

Algunos autores aseguran haber visto en ciertos momentos verificarse la agitación en sentido inverso, es decir, avanzar la rinda de

piñeros hacia el cárdias y tener lugar el vómito.

Retención. - La retención alimentaria, con el dolor y los vómitos, es el tipo de lo que Hartmann y Soupault llaman Síndrome pilórico. Este síndrome tiene un valor grandísimo para el diagnóstico de las estenosis orgánicas del píloro, cualquiera que sea su naturaleza.

En estado normal el estómago no debe contener restos de alimentos a las seis o siete horas de su ingestión. Los que padecen una

retención del fílora completa o incompleta se
tienen en su estómago residuos alimenticios
mayor tiempo. Esta retención se manifiesta al
hacer el cateterismo (1) por la mañana en ayu-
nas (12 ó 14 horas después de la última comida)
por la existencia de cierta cantidad de líquor
dos que contienen restos alimenticios perceptibles
a simple vista o al microscopio.

Los líquidos extraídos en esas condiciones y
que contienen residuos alimenticios reciben

(1) También se manifiesta por el ruido de bazuques o chapoleo (clapotage).

el nombre de líquidos de retención. De ellos
trataremos el estudio mas adelante.

Los residuos alimenticios que se encuentran
en los líquidos de retención suelen ser de las
últimas comidas, pero pueden encontrarse tam-
bien comidas hechas con varios dias y aun se-
manas de antelación.

Pueden ser, como ya hemos dicho, visibles
a simple vista o al microscopio; de todas
maneras, su presencia constante es segura, se

que Hayem, inquiremos de un obituario me
cánico pútrico o subpútrico.

La cantidad de residuos, varía mucho
de un enfermo a otro, y en un mismo en-
fermo, varía también según cantidad y natu-
raleza de los alimentos: el régimen lacteo
puede casi hacerlos desaparecer, en cambio una ali-
mentación muy abundante y variada, que no respan-
da a ningún régimen dietético, se traducirá por
la presencia, en ayunas, de gran cantidad de

residuos alimenticios. Se halla así mismo, bajo la dependencia del grado de estrechez, y del estado de la túnica muscular: en una estenosis incompleta, y conservando el estómago la potencia suficiente, puede este llegar a vaciar, durante la noche, la mayor parte de su contenido, sobre todo si la alimentación es muy ligera. En vista de estos hechos, Bouquet recomienda, en casos de estenosis dudosa, administrar al enfermo una cena de prueba lo más variada posible para que, al

hacer el cataterismo por la mañana siguiente,
se encuentren restos de dicha cema.

La cema que Bouquet emplea está compuesta
de:

Caldo - 200 gramos.

carne picada 100 gramos.

pan 50 gramos.

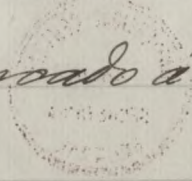
cinco las frutas, cocidas 6 —

Picade seis ciruelas frías, por que dice haber ob-
servado que los epicorpios de algunos frutos quedan
siempre retenidos en el estómago por ligera que sea

la exterior.

Líquidos de retención.— Hacemos un estudio de los líquidos de retención prescindiendo de los restos alimenticios que en ellos se encuentran, y de los que ya hemos hablado, por que tienen caracteres que son peculiares de las esteras pilóricas.

Los líquidos de retención son por regla general de color gris sucio, algo verdoso si contienen bilis. Olorosos ó de olor marcado á ácido acético.



La cantidad varía desde algunos cu
trientos cúbicos hasta un litro y á veces mas. Su
ella influye el estado de la mucosa gástrica: si las
glándulas son todavía numerosas y están bien nutridas,
la secreción será abundante y como consue-
na lo será también la cantidad de líquidos de
retención; si por el contrario, existe atrofia y des-
trucción glandular los líquidos serán escasos, y el
estómago contendrá una papilla espesa que para
extraerla habrá que recurrir al lavado.

Los líquidos de retención aumentan ó disminuyen en relación con la cantidad y calidad de la alimentación, lo que diferencia á estos líquidos de los llamados epipepticos (1) El grado de estension influye tambien en la cantidad de líquidos que se encuentran en el estomago por la mañana en ayunas; lo mismo sucede deince del estado de la túnica muscular.

(1) Hayem dice que los líquidos residuos (líquidos residuales) que no contienen restos alimenticios perceptibles á simple vista, pueden ser: líquidos de retención y líquidos epipepticos - Estos se diferencian de aquellos, entre otras cosas, por que no varian en cantidad cualquiera que sea la abundancia y naturaleza de la alimentación. Son debidos, segun Hayem, á una excitación, de orden nervioso probablemente, que hace que las glándulas continúen segregando despues de evacuados los alimentos.

En términos generales, se puede asegurar: que la cantidad de contenido gástrico es mayor que la que se obtiene en las demás afecciones del estómago.

El análisis químico (1) demuestra que estos líquidos pertenecen al grupo de los llamados fermentativos H y C se hallan en proporciones bastante elevadas; pero H alcanza valores más altos que C , siendo

(1) Estos líquidos tienen composición parecida a los que obtienen, en el mismo enfermo, al final de la digestión del almuerzo de prueba.

En estado normal los líquidos a los 80' de la ingestión del almuerzo de Edvard tiene la siguiente composición

$$\begin{array}{l} A = 0,189 \quad T = 0,321 \\ H = 0,044 \quad F = 0,104 \\ C = 0,168 \end{array} \quad \frac{A-H}{C} = \alpha = 0,86 \quad \frac{T}{F} = 3.$$

por lo tanto hipercloridicos.

Como consecuencia de la elevación de H y de C, adquiere A valores extraordinarios, además el ácido acético cuya presencia es muy frecuente, contribuye a darle valores más altos. A llega en estos casos a 0,300 y 0,400 %

Líquido de retención de un enfermo de estenosis pilórica (obs 2)

$$A = 0,314$$

$$H = 0,197$$

$$C = 0,103$$

$$T = 0,489$$

$$F = 0,139$$

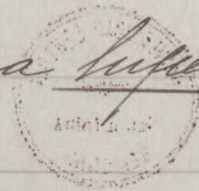
$$\frac{T}{F} = 2,58$$

$$L = 1,09$$

Existe ácido acético. Restos alimenticios regular cantidad. Cantidad de líquidos 230 c.c.

Este líquido es hipercloídico, bastante abundante y contiene restos alimenticios, tiene todos los caracteres de un líquido de retención.

Puede suceder, que estos líquidos sean hipercloídicos, y que el abrumero de prueba marque que cierto grado de hipopepsia: en este caso existe, lo que Hayem llama, una hipercloridria por retención (obs 2)



En los líquidos de retención, la reacción de Guetlin descubre a veces la presencia alguna cantidad de bilis.

Si la existencia de la bilis en el estómago es debida al fenómeno descrito por Hayf, el nombre de regurgitación duodenal (1) le da valor ninguno. Mas en enfermos acostumbrados al cateterismo del estómago, la presencia tanto de bilis tiene un significado muy distinto.

(1) En algunos enfermos no acostumbrados al sifón, el cateterismo del estómago determina del duodeno que rechaza su contenido hacia el estómago.

to; segun Hayem, Boas y otros, es signo de que la estenosis se halla situada en la segunda porción del duodeno por debajo de la ampolla de Vater; indica una estenosis subpilórica, por que si la estrechez radicara en el piloro, no podria, decirse, pasar la bilis hacia el estomago.

Esta afirmación tan lógica y tan racional queda muchas veces desmentida, por casos explicables unos, e inexplicables otros. Entre los primeros están los de estenosis pilóricas por

cálculos biliares. En esto, puede la bilis llegar al estómago a través del trayecto coléscisto-gástrico que ha dejado tras sí el cálculo obturador; la bilis parará al estómago mientras la fístula no cicatrice por uno de sus extremos ó en su longitud.

En las observaciones de Dufour (1) se encuentra confirmado este hecho.

Bourget (2) refiriéndose a otra clase de enfermedad.

(1) Dufour: Sténoses pyloriques d'origine biliaire. Thèse de Paris 1903

(2) Bourget et Roux: La gastro-entérostomie.

des dice: hay enfermos que parecen hechos solamente
te para complicar todas los capitulos de la pato-
logia. Esta frase puede aplicarse, sin esfuerzo nin-
guno, a ciertos casos de estreñores del pílora bastante
acentuados, en los que sin poderlos explicar, la bi-
lis, en vez de seguir su curso hacia el yeyuno,
atravesara el pílora estrechado y se vierte en el es-
tómago. Aliviándonos a la afirmación que antes
he citado de Hayem y Boas diagnosticamos
estos casos de estrechos subpílorica, cometiendo así

un error de diagnóstico.

Un caso bien característico de lo que acabo de exponer es precisamente el presentado por el mismo Hayem en una lección clínica (1) dada en el mes de Julio de 1902. El enfermo objeto de la lección clínica, presentaba, entre otros trastornos, vómitos frecuentes, en los que se queraban grandes cantidades de bilis y restos alimenticios: el cateterismo practicado en ayunas revelaba la existencia

(1) Este caso está descrito en la thèse de Leroy: de la gastro-entérite - Paris 1902.

de bilis en cantidad notable. Hayem barando
se en este hecho creyó que la estenosis sería sub-
pilórica. Practicada mas tarde la gastro-ente-
roscopia por Hartmann quedó confirmado el diag-
nóstico de estenosis, pero, esta radicaba en el mis-
mo piloro.

El enfermo estaba habituado al cateterismo,
puesto que el mismo se lo hacia; no cabe por
lo tanto explicar en este caso la presencia de
bilis en el estomago por la llamada regurgi-

tación duodenal. ¿A que es entonces debida?

Boas concede gran importancia, para el diagnóstico de las estenosis del píloro, a la presencia, en los líquidos de retención, de grandes cantidades de sarcinas agrupadas en forma de fondos de mercancías, o de umbecillas. El exceso de ácido clorídrico que presenta el líquido de retención sería el medio más apropiado para su multiplicación.

Digestión estomacal - El estudio del proceso de di-

gestivo suministra datos importantes sobre el estado de la mucosa gástrica. Haciendo su estudio en series continuas nos permitirá también apreciar ciertos trastornos evolutivos que son característicos en esta clase de enfermos.

La digestión en estado normal, empleando el alimento de Edouard, llega a su apogeo a los 60; a los 90 no debe ya el estómago contener restos ninguno.

El primer hecho que se observa, en los que

padecen una estenosis del pílboro, es que a las dos horas y aun más, puede extraerse una cantidad de líquido bastante crecida.

En las estenosis, en que las glándulas todavía no están atrofiadas, el líquido extraído a la hora de la ingestión del almuerzo de prueba, es hiperclorídico (obs 143)

Cuando la atrofia glandular por una gastritis mixta es bastante acentuada, el análisis del jugo gástrico manifiesta la existencia de

ciento grado de hipopepsia. En la observación L
tanto H como C no alcanzan la cifra normal.

Haciendo una segunda extracción a los
90' en todos los casos se observa que H y C
aumentan paulatinamente. En extracciones
posteriores hechas a los 120' y los 150' se ve
que H aumenta progresivamente. El mismo
fenómeno ocurre en los individuos que a los
60' presentan cierto grado de hipopepsia; en
este caso H. a los 160' puede alcanzar

valores mayores que el normal, constituyendo lo que se conoce con el nombre de una hiperclonidia tardía

Esa hiperclonidia tardía explica el hecho de que, a pesar de la pepsinemia, que revela el análisis de la digestión, el líquido de retención sea hiperclonídico.

(En las observaciones 2 y 4 puede apreciarse la marcha de la digestión)

Consultando los valores $\frac{T}{F}$, se comprueba el

retardo digestivo. Estos valores indican el grado de aprovechamiento de F en forma de C .

Normalmente el apogeo de la digestión, que se marca por la mayor elevación del valor de $\frac{P}{F}$, que es 3, o sea, por el máximum de aprovechamiento de F en forma de C , tiene

lugar a los 50'. En las extensiones filónicas, no alcanza su valor más alto hasta las dos o más horas, sucediendo en muchas casos que durante la digestión el valor de $\frac{P}{F}$ se

eloa y desciende varias veces, es decir, traza una curva, de la digestión, prohivida. El prolixismo de la curva digestiva es característico de las estenosis muy acentuadas.

Excretas. - En estos enfermos el estreñimiento es constante. Exacian algunos orribales en durecidos, que hacen penosa la defecación, mediante purgantes y enemas.

La secreción urinaria se halla notablemente disminuida. Cuanto menor es la

Sur del orificio ureterico tanto menor es la cantidad de orina emitida en las 24 horas, no alcanzando a veces la de 300 c.c. La urea y los cloruros disminuyen, sobre todo los últimos, en las formas graves.

Tal es el cuadro clinico que presentan los enfermos. Existen algunos otros sintomas, pero los hemos pasado por alto porque ni son peculiares de esta enfermedad, ni tienen importancia para el estudio que tratamos de hacer.

— Capítulo 2º —

Indicaciones de la gastro-enterostomía

Dividimos este capítulo en dos partes: En la primera parte exponeremos las indicaciones de la gastro-enterostomía en cada una de las diferentes estenosis orgánicas neoplásicas del píloro. En la segunda parte procuraremos precisar el momento en que se debe intervenir quirúrgicamente.

La gastro-enterostomía, por sus resultados lejanos y por ser aplicable en todos los casos de estrechez

gibónica, es el procedimiento operatorio que lleva mayor número de indicaciones en la enfermedad de que nos ocupamos.

Existen procedimientos operatorios como la gastrotomía y la piloro plastia que han sustituido a la gastroenterostomía en ciertos casos, debido a que esta operación era de una mortalidad relativamente elevada en comparación con aquellas. Únicamente en los casos en que por circunstancias especiales no eran aplicables aquellos procedimientos o por no haber obtenido de ellos resul-

todos satisfactorios, se recurría a la gastro-enterostomía.

Hoy día, gracias al perfeccionamiento de su técnica operatoria y a la gran experiencia personal de los cirujanos, la gastro-enterostomía lleva consigo tan pocos peligros (1) que no hay razón para posponerla a operaciones, como las anteriormente citadas, que, aun en los casos que reúnan el fin de condiciones favorables que requieren dichos procedimientos,

(1) Las siguientes estadísticas prueban que cada día la gravedad de la gastro-enterostomía es menor.

ROUX en los años 1899 y 1900 tuvo una mortalidad de 10,9 por 100.

HARTMANN desde 1899 hasta 1902 en 26 casos 3 defunciones, ó sean 11,5 por 100; en estos están incluidos algunos por he-
morragias consecutivas a úlceras de estómago siendo una de las 3 defunciones en uno de estos casos.

TERRIER en 1902 tuvo una mortalidad de 4,5 por 100.

CZERNI desde 1899 a 1900 de 70 operados por estenosis fibrosa se le murieron 5 y desde 1900 hasta junio de 1902 ha practicado
16 gastro-enterostomías sin ninguna defunción.

exponeu al enfermo a recidivas.

Las estenosis de origen extrínseco que reconocen por causa la compresión del píloro por órganos vecinos (hígado, cistoy, etc) son las únicas quizá en que pueden obtenerse resultados prácticos a favor de una operación sobre dichos órganos, siempre que no haya adherencias que mantengan unidos al estómago y al órgano que lo comprime. Toda vez que estas adherencias existan, como generalmente sucede a pesar de lo excepcionales que son esta clase de estenosis, la gastro-enterostomía sola o combinada con una operación sobre el órgano compresor y con la destrucción de las bridas, se

impone, so pena de ver reaparecer los trastornos por reproducción de las adherencias.

Del mismo modo habrá necesidad de hacer la gastro-enterostomía en los casos graves de estenosis por acodamiento del píloro, acodamiento resultante de una ptosis más o menos pronunciada del estómago. La gastro-pestia practicada por algunos en este caso, hace muy difíciles y dolorosos los movimientos del estómago. El Dr. Cardenal (1) es partidario de combinar la gastro-enterostomía con la gastro-pestia

(1) S. Cardenal: Indicaciones de la intervención quirúrgica en las afecciones del estómago.

en los casos de estenosis por gastroptosis complicada con gastroectasia; cita uno de estos en el que no obtuvo resultados satisfactorios con la gastropexia hasta que practicó una gastroenterostomía complementaria.

En las estrangulaciones del píloro por adherencias consecutivas a perigastritis, pancreatitis, etc. la gastrohisis, operación sencilla y de poca gravedad, resulta la mayor parte de las veces completamente inútil. Es además cuando el número de casos que llenan las condiciones necesarias para que esta operación resulte eficaz: vid. recientes

no muy numerosas y poco resistentes. Por regla general, las adherencias de origen perigástrico o pericolecístico son muy numerosas, de gran resistencia y ocupan bastante extensión, siendo por este motivo preferible no tocarlas y practicar desde luego una gastro-enterostomía.

Cratándose de obstrucciones del píloro por cálculos biliares, Maugourd (1) y Dufour (2) basándose en 7 y 25 observaciones respectivamente, afirman que el proceder quirúrgico que mejores resultados ha producido es la gastro-enteros-

(1) MAUGOURD: Obstruction du pylore par calculs biliaires - Paris 1897.

(2) DUFOUR: Cont à l'étude des stenoses pyloriques d'origine biliaire - Paris 1903.

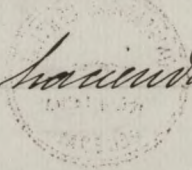
tonia. Poseen dichos autores dos o tres observaciones en que la pilorotomía con y sin piloroplastia ha dado buenos resultados pero tratábase de enfermos en que las adherencias formadas eran poco numerosas, poco sólidas y fáciles de suprimir, el estómago estaba poco dilatado y el píloro suficientemente libre para poderlo incidir y extraer el cálculo. Como se ve existían una serie de condiciones favorables que solo se presentan en un mosé un dos por ciento de los casos de obstrucción pilórica por cálculos biliares. En vista de esto Euffler da el siguiente consejo: Cuando el píloro sea inaccesible en

medio de múltiples adherencias, cuando estuviere muy estrechado o el estómago muy dilatado, vale más establecer una anastomosis gastro-intestinal; del mismo modo, dice, se debe obrar si no fuera posible libertar el intestino o la vesícula biliar sin exponerse a riesgos.

La estenosis más frecuente es la cicatricial consecutiva a úlceras del píloro. Esta clase de estenosis constituye la indicación más formal de la gastro-enterostomía. Es ella aplicable en todos los casos, es la operación que mayores éxitos proporciona, y es, como ya

Se ha dicho, un procedimiento que encierra tan pocos peligros como la piloroplastia y menos que las demas operaciones que pudieran practicarse en este grupo de estrecheces.

La piloroplastia de Heineke y Mikulicz tiene por objeto unico ensanchar el piloro estenosado. Es un buen metodo quirurgico, pero tiene el grave inconveniente que exige como condiciones precisas para el exito cierta integridad, movilidad y libertad de la region pilorica que faltan casi siempre haciendola inaplicable.

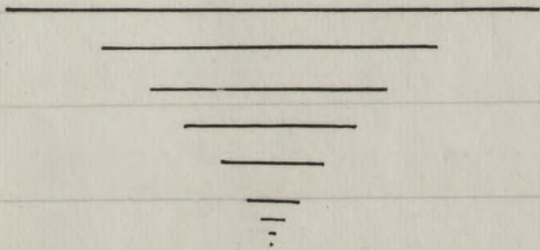


Entre las demás operaciones se encuentran la división digital de Loreta y la pilorectomía.

La división digital es un método inseguro, peligroso e inaplicable casi siempre; de él hacen Elvrié y Hartmann el comentario siguiente: « Es una operación a abandonar y que no debe entrar más que en el dominio de la historia. »

La pilorectomía, que generalmente en el cáncer del estómago es insustituible, en las estrecheces del píloro no cancerosas la rechazan, con razón la ma-

yoría de los criyanos a causa de los febriles que en-
vuelve, de los resultados funcionales inciertos que produce
y de las dificultades técnicas que la acompañan; uní-
camente puede hallarse justificada en los casos,
muy raras, por cierto, en que durante el acto ope-
ratorio no pudiera determinarse con certeza el
carácter benigno ó maligno de la estrechur.



2. ¿Cuál es el momento en que debe intervenir el cirujano en las estenosis del píloro no cancerosas?

Cuando la estenosis es muy acentuada, tanto los médicos como los cirujanos están de acuerdo en admitir que solo por medio del bisturí puede obtenerse una curación verdadera, o por lo menos una gran mejoría.

Lo mismo puede decirse de aquellos casos en que la estenosis, reconociendo por causa la ingestión de líquidos corrosivos, evoluciona rápidamente

te y el enfermo se ve amenazado á su muerte por una
intervención.

Mas no es tan facil precisar el momento de la
intervención cuando la estenosis no es tan acentuada
y evoluciona con relativa lentitud.

El Dr. S. Cardenal, como la mayoria de los ciru-
janos, es partidario de la intervención precoz y se
expresa en los siguientes terminos « El grupo de en-
fermos gástricos que sufren las consecuencias de
un obstáculo mecánico al paso de los alimentos

entra tan de lleno bajo el dominio de la cirugía
actual que apenas cabe ya discusión sobre el par-
ticular y los mas acerrimos y recalcitrantes inter-
nal van acabando por convencerse de la perfecta
justificación de nuestras pretensiones sobre el par-
ticular.»

Hartmann sustenta la misma opinión, afir-
mando que debe intervenirse quirúrgicamente en
cuanto se haya diagnosticado una estenosis fi-
brosa, sea cualquiera su grado.

Los cirujanos justifican su manera de pensar diciendo, que es muy verosímil que la estadística de la gastro-enterostomía, ya hoy muy calamitosa, mejorase muchísimo si no tuvieran que practicarla como ocurre generalmente, en individuos debilitados por una larga demora.

Los médicos se muestran cada vez menos intrínsecos, pero todavía pretenden retrasar todo lo posible el momento de la intervención. No quieren exponer los enfermos a los riesgos

de una operación que consideran grave, sin
antes agotar todos los medios dietéticos y far-
macológicos que poseen.

Los siguientes párrafos de Hayem reflejan
su manera pensar: « La estenosis es a veces pasa-
jera curable; en otros casos es ligera y poco molesta.
En los casos de estenosis mediana o un poco acentua-
da es lógico pensar en el tratamiento quirúrgi-
co pero solamente cuando haya fracasado un
tratamiento médico bien dirigido. »

Verdad es que el lavado del estómago, y el Sub-
nitrate de bismuto administrado á altas do-
sis y combinados con el reposo en la cama
han dado excelentes resultados á Hayem y á
Boas. Mas el tratamiento solo es aplicable en
estenosis ligeras y en los privilegiados de la sociedad.
Por otra parte, en cuanto el enfermo recobra sus
condiciones de existencia desaparecen muy pronto
los beneficios obtenidos por dicho tratamiento, encou-
trandose cada vez en peores condiciones para su

frir una operaci6n.

Boas por su parte pretende tambien aferrar antes todos los medios que estan a su alcance; uno de los motivos que le inducen a obrar de esa manera es el que « tampoco se trata siempre, desde un principio, de estrecheces ful6ricas en su completo desarrollo. La musculatura hipertrofiada cumple su cometido e impide los trastornos de compensaci6n »

Es indudable que un tratamiento m6dico bien dirigido puede aliviar momentaneamente

los enfermos, pero hay que convenir que es imposible que llegue a curarlos, puesto que no suprime la causa del mal. La lesión tiene que ir progresando, la atrofia de la úncora será cada vez mas marcada, las fuerzas del enfermo irán decreciendo porque no se alimenta, y si lo hace, lo hace mal, cuanto mas se retrase la operación será por lo tanto de resultados mas problemáticos.

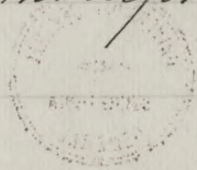
De todo ello se deduce que una vez diagnosticada una estenosis orgánica del fúloro debe

aconsejarse al enfermo, como medida salvadora, una
intervención quirúrgica, y no debe esperarse á que
lleguen las lesiones de la mucosa á un grado muy
avanzado, porque, como se verá mas adelante, la
gastro-enterostomía no puede devolver á esta sus fun-
ciones perdidas; no se debe tampoco aguardar á que
la tuberculosis, siempre amenazadora, se declare.

Es preciso además convencer á los enfermos de la
necesidad de la operación, por que generalmente
te á estos y no al médico hay que inculcar

por el estado semi-esqueletico en que llegan a ma-
nos del cirujano a causa del pavor que les in-
funde toda operacion.

En fin, yo creo que pasó ya la época en que
Kocher en nombre de los cirujanos hacia a los me-
dicos que perdian un tiempo precioso en tentativas
ciertamente loables, pero ineficaces, el juego de: « Por
favor Señores permitidnos curar vuestros enfermos. »



Capítulo 3º

Resultados de la gastro-enterostomía.

Para hacer un estudio completo de los resultados de la gastro-enterostomía en las estenosis no cancerosas del píloro, no basta atenderse solamente a su duración, a las dificultades técnicas que encierra y a su mortalidad, es decir, a sus resultados inmediatos. Es necesario además, y sobre todo, saber si la operación ha devuelto al estómago sus funciones o si solamente han mejorado. Por otra par-

unicamente el conocimiento exacto del estado del estómago después de la operación permitirá formular un pronóstico e instituir un tratamiento médico ulterior.

Más nuevo es dado afirmar el restablecimiento de las funciones del estómago por la sola comprobación de un aumento de peso y de la desaparición de los síntomas subjetivos en un enfermo. Pues, por muy importantes que sean los datos obtenidos por tal método de examen re-

sultan insuficientes; constituyen, si, el éxito mayor de la gastro-enterostomía, pero no indican mas que el paso de los alimentos al intestino. Existían antes de la operación un estómago que no funcionaba, y un intestino dispuesto, evidentemente, a desempeñar su cometido fisiológico sin poderlo hacer por causa de la estenosis que impedía llegar a los ingesta hasta él. Después de la gastro-enterostomía, aún en el caso de que el estómago quede por sus lesiones poco menos que

inútil para la digestión, por el solo hecho de haber suprimido el obstáculo, permitirá a los alimentos llegar al intestino; etc, efectuando entonces, no solamente su trabajo digestivo sino también, frente del de el estómago, el sujeto anímico y su peso no puede menos de aumentar. En cuanto a los síntomas subjetivos, se hallaban bajo la dependencia de la estrechez, y destruyendo la causa se suprimen los efectos. No es esa la única modificación a que

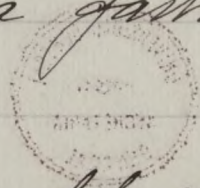
dá lugar la gastro-enterostomía, y para asegurar el retorno á la normalidad de las funciones del estómago es preciso recurrir á una investigación completa de todas ellas.

Prejudicamos de los resultados inmediatos de la gastro-enterostomía por no tener importancia para el objeto de nuestro estudio. Además, la duración y las dificultades técnicas de la operación varían según el procedimiento que se emplee, y no es nuestro propósito discutirlos.

Referente á la mortahidad de la gastro-enterostomia ya hemos consignado algunas estadísticas en otro capítulo de este trabajo; bástenos decir que disminuye de día en día y que se halla, como toda operación, en razón inversa del estado de fuerzas del operado.

Nuestro estudio en este capítulo recaerá, pues, sobre los resultados ulteriores de la gastro-enterostomia.

Estado general. - La modificación del estado



general constituye el verdadero triunfo de la gastroenterostomía.

« Cualquiera que, una vez en su vida, haya visto después de la gastroenterostomía uno de esos enfermos que, tras una interminable serie de noches de insomnio puede por fin saborear el sueño, que, tras inaguantable tortura por el hambre, por la sed y por vómitos continuados se siente revivir, etc. si tiene corazón, no podrá menos de exclamar: Esta operación

si otra praxida, aunque no procurare al enfer-
mo mas que cincuenta dias de tranquilidad,
es uno de los mas grandes beneficios del arte.
Tal es el entusiasmo de Kiefer (1) ante los resul-
tado de la gastro enterostomia.

La transformacion que experimentan los enfer-
mos es verdaderamente sorprendente: Recobran
las fuerzas perdidas; el apetito, en aquellos
que parecian haberselo perdido para siempre, re-

(1) Kiefer: Excitament operatoire des stenoses pyloriques.

nace con rapidos arroubroa; el peso aumen-
ta de una manera inconcebible, siendo lo co-
mune un aumento de 5 a 10 K^g en menos
de tres meses; el triste terror es substituido por
colores que denotan salud; se animan las
facciones; y los trastornos neuromaténicos desapa-
recen, al hacerse la inamición. El enfermo se
siente feliz y no halla palabras con las que
expresar todo su agradecimiento a quien
lo ha sacado del marasmo en que se encontraba

Dolor - El dolor cotidiano, que tanto deprime a los enfermos, desaparece por completo desde el primer día en la mayoría de los operados. En casos menos afortunados, felizmente muy raros, persisten algún tiempo (1), pero atenuándose paulatinamente hasta desaparecer. En la observación 2 continuaron durante 45 días, mas en este caso intervinieron circunstancias especiales; en los demás cesaron inmediatamente.

(1) Ferrer y Hartmann en su numerosa estadística solo cuentan con dos casos en que el dolor persistió durante 18 ^{al cabo} meses, de los cuales desapareció.

Vómitos — Lo común es que los vómitos desaparezcan desde el primer día; pueden sin embargo repetirse durante algún tiempo, pero este hecho revela una operación defectuosa por causas tónicas insuficiente, por acodadura del fílbro o por otros accidentes que una buena operación debe evitar.

Dilatación — Como consecuencia de la gastroenterostomía el estómago se retrae hasta adquirir su capacidad normal a poco mayor.

Esta retracción es tanto menos rápida cuanto
mas tiempo tarda el estomago en dilatarse: en cam-
bio si la dilatación fué muy rápida, como
ocurre en las enteronas muy acentuadas producidas
por la ingestión de líquidos corrosivos, la
retracción se verifica en poco tiempo.

El resultado de la gastro-enterostomía en lo
que se refiere a la dilatación, no puede ser
mejor: se ven estomagos de tal manera dilata-
dos, en algunos enfermos de enteronas, que el

límite inferior descendiendo hasta cerca del pí-
loro y que al cabo de algunos meses después de
practicada la operación, han recuperado su ca-
pacidad normal.

Consultando las observaciones de estenosis piló-
ricas no cancerosas tratadas por la gastro-ente-
rostomía que los cirujanos han publicado, se
comproba que la distensión desaparece ó se
atenúa notablemente en casi todos los casos.
En contadas las observaciones en las que

el volumen del estómago no ha sufrido varia-
ción; y sus autores lo achacan a operaciones
defectuosas ó a bridas que sujetan el estómago
a órganos vecinos y que impiden la retracción.

Retención - Estableciendo el nuevo pilórico una
comunicación ~~suficientemente~~ ^{suficientemente} ancha para que
los alimentos sigan su curso debe quedar su-
primida la estancación alimenticia. En efec-
to, haciendo el cateterismo estomacal por la
mañana en ayunas no se encuentra nin-

gun residuo alimenticio después de algun tiempo de practicada la gastro enterostomía (obs 1-2 y 3).

No suele desaparecer la retención alimenticia inmediatamente después de la operación sino que persiste durante algun tiempo, muy corto por regla general, en los enfermos cuyo estómago se hallaba muy dilatado.

Los líquidos de retención desaparecen desde el momento en que el estómago no retiene restos alimenticios. Decimos que desaparecen por

que llamando líquidos de retención a los líquidos residuos (liquides residuels) que contienen restos alimenticios, no podemos considerar como líquido de retención a los que se extraen durante algún tiempo en los operados y que no contienen restos alimenticios en cantidad suficiente para caracterizarlos; estos son líquidos producto de una hipersecreción.

En los casos en que la destrucción glandular no se hallaba muy avanzada, decíamos

al exponer la Sintomatología, existe una hipersecreción por hipertrofia de las glándulas restantes, ocasionada por la excitación prolongada de la mucosa. Esta hipersecreción continúa después de hecha la gastro-enterostomía y se traduce por la existencia, por la mañana en ayunas, de cierta cantidad (de 20 a 60 c.c.) de líquido que no contiene restos alimenticios.

Mintz, Bouquet, Luffier, Hartmann, Leroy,

etc, aseguran que esta hipersecreción desaparece al cabo de ocho meses ó un año en los casos que mas se prolonga.

Suprimiendo la retención alimenticia cesa la excitación prolongada de las glándulas, y estas terminan, al cabo de ese tiempo, por volver a la normalidad, no segregando en lo sucesivo en exceso.

Efectivamente, se ha confirmado la vacuidad del estómago en ayunas en los tres

casos que son objeto de las observaciones n.º 1-
2 y 3- Pero, esta vacuidad ¿es efecto de la
disaparición de la hipersecretión? — ¿ó cabe in-
terpretarla, no por la cesación de la hiperse-
creción, sino por que el líquido segregado pe-
sa al intestino á medida de su producción?

La mayoría de los autores se adhieren
á la primera hipotesis, es decir suponen que
las glándulas terminan por no segregan
en exceso. Para ello se fundan en la con-

tinencia del nuevo filoro, fué siendo, dicho,
el filoro continente, hecho que se comprueba
por la inflamación, se opondrá al fraso inme-
diato de los jugos segregados, al intertino, de
biendo, en su consecuencia, encontrarlos en el
estómago al practicar el cateterismo matutino.
Si esto no ocurre, es señal de que las glándu-
las no segregan mas que cuando existen al-
mentos en el estómago que las excitan.

Los que sustentan la segunda hipotesis se

aproyan en que coinciden la desaparición de
la hipersecreción con la retracción estomacal;
y además, la vacuidad del estomago tiene
lugar cuando este órgano recupera su poder
contractil. El estomago en ese momento tiene
la fuerza suficiente para forzar el unero filon
admitiendo que este sea continuamente, en el
momento que la cantidad de liquido segregada
sea bastante para provocar sus contrac-
ciones. Explicando a la vacuidad del estoma,

go, no por haber cesado la hipersecreción si-
no por que el líquido segregado forma el in-
tersticio a medida de su producción.

Acontece en algunos casos, que al hacer
al hacer ~~cateterismo~~ se extraiga cierta canti-
dad de líquido de retención, es decir, que
contiene restos alimenticios; siendo indicio,
como ya se ha dicho en otro lugar, de una
operación defectuosa o de adherencias que
impiden el vacuamiento completo del estómago (p. 4)

En todo caso, los líquidos que se encuentran en
ayunas son hipoclorídicos o, por lo menos, la acidez
total ha disminuido en ellos notablemente.

Digestión estomacal— Examinado después del almuer-
zo de prueba el proceso digestivo, vemos que la opera-
ción da lugar a grandes modificaciones del
quimismo estomacal.

La evacuación se halla retardada, aun-
que en menor grado que antes de la opera-
ción; pueden extraerse restos del almuerzo de

prueba a las dos horas de la ingestión.

Los análisis en serie prouen de manifiesto una gran disminución de H_2 en los que antes de la operación presentaban una hiperclorhidria bastante acentuada. (obs. 1 y 3.)

En los que padecían la hipopepsia y en análisis hechos a los 90' y a los 120' se revela la hiperclorhidria tardía (obs. 2) vemos que ha desaparecido esa producción tardía de H_2 . En estos casos se observa además que la tipo-

hepática es más marcada

En algunos operados sobreviene esta hiperclorhidria
tardía (Obs 7). Este hecho tiene su explicación
en la persistencia de una ligera retención que
entretiene la irritación glandular.

La curva evolutiva, representada por los
diferentes valores que alcanza $\frac{T}{F}$, indica que
a pesar de la gastro-enterostomía la digestión
está algo retardada, pero menos que antes
de la operación, porque $\frac{T}{F}$ alcanza su máx.

scium a la hora y media ó poco mas / obs 1.
2 y 3 / y en todo caso desaparece el polichismo
de la curva digestiva.

De acuerdo con las observaciones de Hartmann
Hayem, Cuffier etc. se puede afirmar, que des-
pués de la gastro-enterostomía se hace
manifiesta una depresión del tipo químico;
a la hiperpeptia le sustituye cierto grado
de hipopeptia.

Esta depresión del tipo químico la ex-

pelican todos por el agotamiento glandular
a' que dá lugar la hipersecreción provocada
por la irritación continua de la mucosa; de
bida al estancamiento alimenticio; agotamiento
que se manifiesta en cuanto cesa la rater
ción.

Contribuye a la depresión del tipo quini,
co el aflujo de bilis que tiene lugar cuando
do se practica la gastro-enterostomía por el
procedimiento de Hartmann (obs 2-3 y 4)

por que la biliti alcaliniza el jugo gástrico, disminuyendo por ese hecho la acidez total.

El estudio de la digestión demuestra, pues, que en los casos de hiperpepsia hiperclorídrica anterior a la operación de gastro enterostomía da como resultado su desaparición; el quimismo gástrico se normaliza.

No sucede lo mismo, si el examen del jugo gástrico había demostrado la existencia de una hipopepsia. En este caso la hiperpepsia es ma-

por después de la operación y se acentúa a medida
que transcurre el tiempo. La hipoclorhidria supone
una disminución de la función secretora por
atrofia de las glándulas de la región péptica, atro-
fia que continúa, como dice H. L. Thompson apli-
cando la frase de Rosenheim a las estenosis fi-
brales, «una causa de la operación si no a pesar de
ella». La gastro-enterostomía no puede devolver
al estómago su función secretora destruida.
Excretas: Un fenómeno constantemente obser-

vado es la desaparición del estrechamiento tan frecuente en el curso de la estenosis pilórica. Casi todas las observaciones concuerdan sobre este punto.

La secreción cirrúnea se normaliza después de la operación.

La gastro-enterostomía abre un nuevo píloro, una nueva comunicación entre el estómago y el intestino. Algunos creyeron, que por ello quedaba el estómago convertido en una especie de saco muerto por el que pasaban los

alimentos sin detenerse. Tal hipótesis ha sido abandonada por todos.

Está comprobado que el nuevo piloro es continen-
te: los alimentos se detienen algun tiempo en el
~~estomago~~ estomago y pasan gradualmente al intestino.
Administando un almuerzo de prueba, a la
hora y media pueden extraerse porciones de
el bostante notables. El aire insuflado en el
estomago distiende sus paredes, sin pasar di-
rectamente al tubo intestinal. Estos dos hechos

comprueban que el nuevo orificio de comunicación
es continente.

Carle y Fantino, Guedj y otros suponen que
los bordes del nuevo orificio sufren una hiper-
trofia funcional que alcanza sobre todo a la
túnica muscular, formandose así un esfínter
en derredor del nuevo futuro.

Lemier y Hartmann niegan esa hiper-
trofia por no haber sido comprobada en los
análisis histológicos hechos por Siegel; Los

tienen ellos, en cambio, que la continencia es el resultado de la contracción de las fibras longitudinales por haber sido cortado solamente las circulares.

Hayem, atribuye al intestino el poder regulador de la nueva boca, del mismo modo que dirige el juego del píloro en los estómagos normales.

Kocher, dice haber observado la coaptación al nivel del intestino.

Según Sulpault, las contracciones del intestino, aspiran, a modo de bomba, el contenido

estomacal.

Todos los procedimientos de gastro enterostomía, excepto el en Y, permiten el paso de bilis al estómago.

El paso de la bilis tiene lugar desde los primeros días que siguen a la operación como lo prueban los vómitos biliosos que se observan algunas veces en este momento.

Es evidente que el reflujó se hace por la nueva boca, puesto que lo han visto producirse en casos de estenosis completa, y en otros, en que una opera

ción complementaria había excluido el púloro.

El cateterismo después del almuerzo de prueba indica que la penetración de bilis en el estómago tiene lugar de una manera intermitente: el líquido extraído al cabo de una hora es claro, mientras que el que se obtiene media hora más tarde es bilioso; es pues en el momento en que la bilis es segregada en abundancia, bajo la influencia del contacto del bolo alimenticio sobre el intestino, cuando penetra en el estómago.

¿ Que importancia clínica tiene el reflujó de bilis ?

Los primeros observadores, influenciados por las ideas entonces en boga sobre la acci3n nociva de la bilis, consideraron este hecho como muy grave, y gran número de cirujanos prefirieron para evitarlo numerosas operaciones complementarias.

Cavel, en un artículo de la Revue de chirurgie apoyándose en experiencias practicadas

en Alemania afirmaba la influencia nociva de los líquidos duodenales.

Lastre, demostró que eran erróneos los resultados de las experiencias in vitro sobre la bilis; experimentó en animales, viendo que la introducción de bilis en el estómago no ejercía ninguna influencia molesta, ni sobre la digestión ni sobre el estado general.

Lejos de creer en la acción nociva de la bilis, Soupault considera su presencia en el

estómago como cosa excelente. Es, dice, un al-
calino natural que neutraliza el exceso de acidez
del jugo gástrico.

Además, el reflujo de bilis, en general dismi-
nuye, y á veces acaba por desaparecer.

Si algunos cirujanos consideran grave el
paso de la bilis al estómago, es por que se ha
confundido este fenómeno con otro muchísimo
más grave, con el circulus vitiosus, ó sea el
paso de los alimentos al extremo duodenal del

intestino.

Resulta del estudio que acabamos de hacer que los resultados de la gastro-enterostomía no pueden ser mas halagüeños. Hemos visto, la gran mejora del estado general, la desaparición de los dolores, el estómago recuperar su capacidad normal o aproximarse a ella, y á boca anastomótica adquirir una tonicidad y contractilidad tales, que su funcionamiento recuerda el del píloro natural.

Observaciones

Observación 1.ª (del Doctor Andúrga)

S. L. 36 años, pescadora de profesión

Padece de dolores del utero desde la edad de 20 años. Estos dolores se localizaban en el epigastrio y en el hipocostrio izquierdo, irradiándose a veces hacia la columna vertebral. Era cotidiano y consistían sobre todo en una sensación de peso y de quemadura que aparecía dos o tres horas después de las comidas

Desde hace cuatro años, vomita algunas veces.
los vómitos son siempre alimenticios

El año 1893 tuvo una hematemesis bastante abundante seguida, durante 10 días, de melena.

Dice haber perdido mucho peso desde hace una y media. Tiene poco apetito y se alimenta de pescados legumbres y carnes blancas.

Examinada en Diciembre de 1905, no parece muy decaída. La presión ligera de

región epigástrica no es dolorosa, la palpación profunda, de la región pilórica principalmente, provoca dolores agudos y la defensa de la pared.

Existe unido al bazo que se extiende hasta el umbigo.

El Cateterismo proporciona unos 120 c.c de líquido gris sucio. Introduciendo aire por la sonda y percutiendo la región, se percibe el límite inferior del estómago al nivel del

obligo.

El análisis del líquido extraído en ayunas, hecho por el Dr Vidaur, presenta la composición siguiente:

Acido clorídrico libre $H^+ = 0,1120$ - Cloro total $I^- = 0,326$

Componentes cloro-orgánicos $C = 0,091$ - Clorofijo $F = 0,115$ $\frac{I^-}{F} = 2,33$

Acidos total $A = 0,224$.

Existen restos alimenticios y ácido acético.

El análisis de los líquidos extraídos durante la digestión del almuerzo se prueba & Sordal dió los siguientes resultados.

1^o extracción a los 00', líquido mal emulsionado

$$\begin{array}{l} T = 0,397 \quad F = 0,167 \quad A = 0,331 \\ H = 0,068 \quad \frac{T}{F} = 2,37 \quad \frac{A-H}{C} = \alpha = 1. \\ C = 0,162 \end{array}$$

2^o extracción a los 90'

$$\begin{array}{l} T = 0,410 \quad F = 0,137 \quad A = 0,378 \\ H = 0,138 \quad \frac{T}{F} = 2,99 \quad \alpha = 1,02 \\ C = 0,131 \end{array}$$

Poca cantidad de líquido - Exite ácido acético

Fue operada la cefaloma por el Dr. Anduiza el día 5 de Enero de 1902. Notóse una filara indurada en

la fronte superior del piloro, este se hallaba bastante estrechado. No había infartos ganglionares. Se le hizo una gastro-enterostomía posterior en Y.

La convalecencia fué rápida y sin incidentes.
A los veinte dias comia y digería bien los alimentos
que se le daban: carnes blancas, leche, huevos, etc.

En Junio del mismo año la enferma comia
de todo, estaba encantada de los resultados, pesaba
2 ^{kg} mas que antes de la operacion

Se fuertó a que se examinaron los jugos digesti-
vos. En ayunas el estomago estaba vacío de el al-
muerzo de prueba se hicieron dos extracciones:
1^a extracción a los 60'

$$T = 0,338 \quad F = 0,131 \quad A = 0,160$$

$$H = 0,055 \quad \frac{T}{F} = 2,57 \quad \alpha = 0,69$$

$$C = 0,152$$

El líquido contiene algo de bilis.

2^a extracción a los 90' - Se obtiene muy poco líquido.

$$T = 0,315 \quad F = 0,112 \quad A = 0,156$$

$$H = 0,048 \quad \frac{T}{F} = 2,81 \quad \alpha = 0,69$$

$$C = 0,155$$

Contiene bilis — Peptonas abundantes

Observación 2-

F. O. de 58 años de edad.

Desde la edad de 24 años empezó a sentir ardores de estómago; estos aparecieron de tiempo en tiempo. El año 1887 empeoraron los dolores a ser estidíacos

se presentaban 3 ó 4 horas después de las comidas
y persistían durante 2 ó 3 horas; al cabo de ese tiem-
po sobrevenia el vómito y se calmaban aquellos.

En 1889 tuvo una hematemesis abundante; vol-
vió a repetirse en 1892.

En ese tiempo, los dolores se localizaban en
la región epigástrica al lado derecho de la línea
media, irradiándose hacia la columna vertebral.

Lograba calmar sus dolores tomando bicar-
bonato de sodio. Los análisis del jugo gástrico

revelaban una fuerte hipercloridria.

Mas tarde los vómitos desaparecieron y los dolores se transformaron en una sensación de peso muy molesta. Desde el año 1899 la desnutrición era muy marcada. El apetito nulo; y lo poco que comia no lo podia digerir, segun el decia. Se habituó al cateterismo y el mismo se extraia el contenido estomacal por las noches, con el objeto de calmar las molestias que sentia, pues estas no se calmaban ya por la ingestión de bicarbono.

trato como en otro tiempo.

Seguía un régimen lacteo casi exclusivo; este régimen hacia disminuir las molestias. El estado general era cada vez peor.

En 1901 se agudizaron todos los trastornos. Se quejaba de no poder digerir ni la leche. Tuvo que guardar cama durante más de dos meses. El régimen lacteo absoluto, los lavados del estómago, las compresas húmedas y el subtrato de bisumuto lograron calmar era agudi-

zación y que el enfermo se refiriera algo.

El análisis del jugo gástrico en esta época, hecho por el Dr. Vidant, fuere de manifiesto la existencia en ayunas de un líquido de retención hipercloídrico que contenía muy escasos restos alimenticios.

Con el almuerzo de prueba de Coval, se comprobó una hiposeptia bastante acentuada.

Líquido extraído a los 60'. Cantidad 170 c.c. as-
pecto turbio.

Composición = por %: $T = 232$ $F = 121$ $A = 184$
 $H = 0.$ $\frac{T}{F} = 1,92$ $x = 1,65$
 $C = 111$

En Mayo de 1952 fue reconocido este enfermo por el Dr. Hayum en unión con el Dr. Munagomí (de San Sebastián). El examen físico proporciona los siguientes datos: Estómago dilatado, su límite inferior se halla a un traves de dedo por debajo del umbigo, la palpitation es difícil por la defensa muscular que provoca; no se nota ninguna tumoração en la región epigástrica; el fueso

del enfermo es de 48 k^g.

M.^r Winter practicó los análisis químicos

Líquido extraído en ayunas.

$$A = 0,314$$

$$H = 0,194$$

$$C = 0,103$$

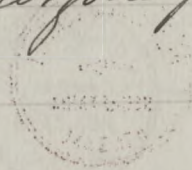
$$T = 0,489$$

$$F = 0,189$$

$$\frac{T}{F} = 2,58 \quad \alpha = 1,09$$

Cantidad de líquido 220 c.c. - Contiene restos

alimenticios en regular cantidad. Contiene ácido acético. Examen después del alumen rojo de prueba de Ewald.



1.^a Extracción a los 60' -

$$A = 0,148$$

$$H = 0,00$$

$$C = 0,120$$

$$T = 0,261$$

$$F = 0,141$$

$$\frac{T}{F} = 1,85 \quad \alpha = 1,23$$

2^a Extracción a los 90' $A = 0,224$ $T = 0,428$ $\frac{T}{F} = 3,2/x = 0,62$
 $H = 0,105$ $F = 0,132$
 $C = 0,191$

Líquido mal emulsionado, peptona abundante.

El diagnóstico fue: estenosis pilórica cicatricial.

Fue operado por el Dr. Hartmann el 23 de Septiembre de 1952

Presentaba el estómago una ulceración en la cara posterior del piloro; existían adherencias que fijaban este órgano a la cara inferior del hígado. No se encontraron infartos

ganglionares.

Se le hizo una gastro-enterostomía posterior.

El día 2 de octubre se eleva la temperatura a 39° ; el pulso es irregular y muy frecuente: diagnostica el Dr. Merklen una bronco-pneumonia.

Esta sigue su curso y termina por desaparecer a los 28 días, dejando como consecuencia una mancha de la base del pulmón derecho.

Los dolores continúan a fueron de alimentarse con leche y huevos. Se le introduce con la Sonda

20 gramos de sub-nitrato de bismuto; se repitió esta
medicación durante una semana. Se calman
los dolores y empieza el enfermo a comer carne,
continuando cada vez mejor, alimentándose bien
y sin sentir ninguna molestia. En el mes
de Enero se halla completamente bien del estó-
mago, aunque todavia algo debil.

En Febrero M^r Winter analizó los líquidos estoma-
cales del enfermo.

Líquidos extraídos en ayunas:

dedos — por encima del subligo. Para el enfermo
53 kilos.

En el mes de Mayo del corriente año, dice el enfermo que no ha vuelto a sentir ninguna molestia a' fueror de hacer algunos excesos de comida. Para 53 kilos. Tiene buenos colores y se halla satisfecho de los resultados de la operación.

Observación 3. (del Doctor Scartarro).

M. P. de 49 años de edad. Vendedor ambulante.

En sus antecedentes se encuentran los siguientes

de una úlcera gástrica con hematemesis; estas las
tuvo en Mayo de 1898. Desde entonces, dice, que
siente una trantoz en el estómago seguida
de dolores violentos; le sobrevienen estos
trastornos a las 4 55 horas después de comer. Vo-
mita los alimentos cuando el dolor es muy agu-
do. El estreñimiento es constante.

Examinado este enfermo, en Diciembre de 1912,
presenta: Una palidez tenaz muy marcada;
esta flaco, por más que él dice que nunca fue

de muchas carnes. La presión es dolerosa en toda la región epigástrica. La insuflación permite limitar el estómago inferiormente a tres traveses de dedo debajo del ombligo.

Los resultados analíticos del quimismo estomacal obtenidos por el Dr. Vidant son los siguientes

Líquido extraído en ayunas.

Composición por % $A = 257$ $T = 318$ $\frac{T}{A} = 3$ $\alpha = 1,48$
 $H = 118$ $F = 104$
 $C = 096$

Cantidad de líquidos 140 c.c.. Existen restos alimentici.

cios y ácido acético.

Análisis, previa ingestión del alumerzo de Livaló.

1^a Extracción a los 60' A = 223 T = 226
H = 0.72 F = 155 $\frac{T}{F} = 2.16$ $x = 1.38$
C = 109

Existe ácido acético y algunas peptonas.

2^a Extracción parados los 90' A = 256
H = 138 T = 371 $\frac{T}{F} = 3$ $x = 1.06$
C = 111 F = 122

Peptonas abundante - ácido acético en canti-
dad regular.

La operación la llevó a cabo el Dr. Jai-

tanto el día 19 de Diciembre de 1902.

Ante el acto operatorio se vió el estómago muy distendido. El pílora estaba estrechado y presentaba una cicatriz longitudinal en su cara posterior.

Se le hizo una gastro-enterostomía por el procedimiento de Hartmann.

El día 20 tuvo vómitos biliosos. A partir de esa fecha nada de particular se presentó, hasta que el alta completamente curado el día 10 de Enero de 1903. Comia el enfermo carne, pescado

huevos y leche sin experimentos ninguna molestia.

La virpera de donde el alta se le hizo un análisis de
sugo gástrico. En ayunas el estómago no contenía
líquido. A los 30' del almuerzo de prueba, el líquido

extraído está compuesto de: H=041 T=311 A=138

La reacción de Gmelin da resultados $\frac{m}{H} = 1.7$ x 0.96
positivos.

El Dr. Garstano ha vuelto a ver a este enfer-
mo en el mes de Agosto del corriente año encuen-
trándolo fuerte y grueso; completamente en-
sado. —

Observación 4 (del Doctor Giuztaro)

Luis G... de cincuenta y un años, pescador.

Padece gonorragias desde hace siete años con vomitos mas o menos abundantes. Hematemias hace cinco años.

Presenta el estriago dilatado, la corvadura mayor a cuatro dedos por debajo del ombligo.

Pesa 56 kilos, su peso antes de la enfermedad era 68 kilos. Se halla en mal estado general.

Análisis hecho por el Dr. Vidant (D. Manuel)

Líquido en ayunado: 430 c.c., aspecto sucio, marcado
por á ácido acético.

Composición por % $A = 370$ $T = 356$
 $H = 143$
 $C = 112$ $F = 0.96$.

Con cantidad de restos alimenticios, algunos son de co-
nidas hechas varios días antes.

1^a extracción sucesiva del artemisa de prueba á los 60'

$A = 154$ $T = 335$ $\frac{T}{F} = 2$ $x = 0,85$
 $H = 035$
 $C = 140$ $F = 160$

2^a extracción á los 90'.

$A = 310$ $T = 380$ $\frac{T}{F} = 3$ $x = 1,3$
 $H = 109$
 $C = 149$ $F = 126$

Gastro-enterostomía anterior, procedimiento de
Hartmann; practicada por el Dr. Gaytano el 4 de
Marzo de 1913 - El píloro se hallaba rodeado
de un anillo fibroso duro. Existían múltiples
adherencias con el ligado, el cual había des-
cendido algo. El calibre del píloro muy reducido.
Dos cicatrices pequeñas en la curvadura menor.
Resultado inmediato excelente; el enfermo
se alimenta desde los primeros días. No siente
molestias.

Mta el 27 de Marzo. Se hizo antes de su partida
un analisis del jugo gástrico. Su ayunas se extra-
geron 80 c.c. de liquido cuya composición era la

siguiente

$$\begin{array}{l} A = 221 \\ H = 0.56 \quad T = 297 \\ G = 0.98 \quad F = 143 \end{array}$$

Existen algunos restos alimenticios casi impercep-
tibles.

Analisis a los 60' después del almuerzo de prueba

$$\begin{array}{l} A = 268 \quad T = 311 \\ H = 0.35 \quad F = 167 \quad \frac{T}{F} = 1.8 = \alpha = 2.1 \\ G = 109 \end{array}$$

Se encuentran bilis en gran cantidad.

La inflamación y la perforación del estómago
limitan la curva mayor a un traves de dedo
por encima del ombligo.



Conclusiones.

De todo cuanto hemos expuesto se deduce.

- 1.º Que el dolor, los vómitos y sobre todo la retención alientérica son trastornos constantes en las estomas del pílora.
- 2.º Que los líquidos de retención son hipercloídicos, aún en el caso de que el análisis de la digestión a los 60', indique cierto grado de hiposepsia.
- 3.º Que la digestión y la evacuación del abrumo se hallan retardadas. La curva diges-

tiva es a veces polibacilar.

- 4.º La gástrico-enterostomía se halla indicada en todos los estenosis orgánicas del píloro no cancerosa.
- 5.º Siempre que se diagnostique una estenosis orgánica del píloro no cancerosa, debe recurrirse a la gástrico-enterostomía, antes de que el enfermo se debilite demasiado y las lesiones de la mucosa sean muy acentuadas.
- 6.º El estado general mejora notablemente y los trastornos subjetivos desaparecen a consecuencia de la gástrico-enterostomía.
- 7.º La retención estomacal cesa después de la operación.

8º El estómago dilatado se retrae hasta adquirir su capacidad normal o poco mayor.

9º Después de la gastro-enterostomía se hace manifiesta una depresión del tipo quínicio: En los casos de hipercloridria esta desaparece y es sustituida por una ligera hipopepsia; en los de hipopepsia con hipercloridria tardía, la hipopepsia se acentúa y la hipercloridria tardía no se presenta.

10º El nuevo orificio es continente y su funcionamiento recuerda el del píloro natural.

11.º El reflujó de bilis hacia el estómago, que se observa a consecuencia de algunos procedimientos de gastroenterostomía no parece producir efectos nocivos.

12.º Los resultados de la gastroenterostomía son tanto más favorables cuanto más precoz es la intervención. He dicho.

Madrid Noviembre de 1903

Prescencio Antonio Orozco y Arana

L. A.

Admitido

