

4-4

Resultados lejanos de la gastro-
enterostomía, como tratamiento de las retrac-
ciones cicatriciales del píloro.

81-2-C-12

1949

Tesis para el doctorado
presentada por
Fernando Alsina Gonzalez.

Ca 2442

Premio extraordinario de la licenciatura.
(curso de 1903 a 1904.)

Año de 1904.



Introduccion.

La observacion de algunos casos de estrechez del piloro tratados mediante la gastro-enterostomia y los brillantes resultados obtenidos, movieronme a haer objeto de mi tesis doctoral el tema que encabera este trabajo.

La gastro-enterostomia fué concebida por Nicoldoni y practicada por primera vez por Wölfler el 28 de Septiembre de 1881, siguiendose la

curacion del enfermo a una operacion tan arriesgada; Billroth diez dias despues hizo la misma operacion, siguiéndole Lauenstein, Kocher, Courvoisier y Ranshof, perdiendo todos ellos sus enfermos; solo Rydygier curó tres enfermos de cuatro que operó. Los malos resultados que esta intervencion venia dando, hizo retraer mucho a los cirujanos, pero una nueva estadística publicada por Rokwitz y que comprendia diez curaciones de otras tantas gastro-enterostomias, hizo volver a los operadores sobre su acuerdo y esta operacion fué acep-

tada, a lo que contribuyó no poco el perfeccionamiento en el manual operatorio.

La gastro-enterostomía, es hoy una operación perfectamente reglada que adquirió carta de naturaleza en el campo quirúrgico y a la que deben su vida muchos enfermos que como los que hago mención despues, hubieran sin duda sucumbido a no haber mediado esta intervención que los arrancó de las garras de la muerte.

No es este sitio apropiado, para hacer una exposición detallada de los síntomas que acom-

paran a la dilatacion gástrica, pero no obstante creo que debo recordarlos, para hacer asi mas patentes los buenos resultados que se obtienen con la operacion.

Ordinariamente el sujeto hace mucho tiempo que padece del estómago, y ha agotado todos ó casi todos los medios terapéuticos que están á su alcance sin obtener un resultado satisfactorio, cuando se decide á someterse á una operacion tan peligrosa como es la gastro-enterostomia.

En estas condiciones, el enfermo está demacrado, los ojos están hundidos y rodeados de un círculo morenuzco, las orejas se caen hacia adelante, el pelo es raro sin brillo y quebradizo, la ausencia de parruculo adiposo hace que los pómulos sean salientes y la nariz afilada, el cuello parece que está alargado y las escapulas se desprenden hacia atrás, constituyendo lo que se llama escapulas aladas.

El característico tinte de la piel y las mucosas es muy notable, demostándonos la existencia de

una anemia muy pronunciada.

El apetito se encuentra unas veces aumentado y otras disminuido, pero la dificultad en que está el estómago de hacer pasar los alimentos al intestino, hace que la nutrición se resienta, pues falta casi en absoluto la absorción intestinal.

La sed es abrasadora, no bastando a mitigar la gran cantidad de líquidos ingeridos, pues disminuida la absorción gástrica tanto como la intestinal, el organismo no se repone

de las pérdidas ocasionadas por los emuncto-
rios.

Un dolor generalmente muy pronunciado, pa-
roxístico que se aumenta con la presión, cuyo
foco está en el epigastrio y que se propaga hasta
la columna vertebral, sobreviene algún tiempo
después de las comidas. Es debido este dolor según
la mayoría de los autores, a la exageración de la
contracción de la capa muscular del estómago
que lucha con la resistencia que opone el píloro
obstruido al paso de los alimentos. Esto explica

el porque en un periodo mas avanzado, cuando la capa muscular reacciona con muchisima dificultad los dolores desaparecen (Guedj).

Estas luchas continuas entre una potencia muscular y un orificio retraido, acaban por fatigar al elemento activo que se relaja y deja distenderse paulatinamente.

Uno de los signos mas característicos de esta dilatacion consiste en los vomitos, que al principio sobrevienen por el siguiente mecanismo: la contraccion peristáltica trata de vencer el obstácu-

lo que le opone la piloro-estenosis, pero como no lo consigue, sobreviene una contraccion antiperistaltica y el contenido gástrico es lanzado a lo largo del esófago. En el periodo de atonia el mecanismo no es este; el enfermo entonces vomita por regurgitacion, por eso en este periodo al mismo tiempo que los vomitos son mas tardios, son mas cuantiosos, la materia vomitada tiene un olor nauseabundo y esta compuesta de un liquido verdoso u oscuro que contiene restos alimenticios medio digeridos de comidas anteriores.

La dilatacion en algunos casos estan considera-
ble que el contenido gástrico extraido por medio
de la sonda puede llegar á medir varios litros ;
tal sucedió con un caso de Guedj que alcanzó á
cinco.

La succusion del epigastrio produce un ruido
característico llamado de barriqueo ó chapoteo,
que en algunos casos se oye á algunos metros de
distancia, demostrándonos la existencia de lí-
quidos y gases que al agitarse producen ese rui-
do.

Estos gases cuando salen al exterior, ó vienen acompañados de una sensación de ardor (pirosis) ó son de un olor nauseabundo que recuerda el de los alimentos en descomposición; son producidos en efecto estos gases, por la fermentación alimenticia favorecida por el calor, la humedad y la estancación prolongada de los ingesta en la ampolla gástrica.

Si después de vacío el estómago se insufla, se puede apreciar por la percusión, el descenso de su límite inferior, y aun frecuentemente por la sim-

ple inspeccion del abdomen, se notan el aumento de volumen de la viscera y la agitacion peristáltica tan bien descrita por Kiismanul.

La cantidad del jugo gástrico está aumentada, explicándose este hecho por que la presencia prolongada de los alimentos en el estómago, irrita la mucosa y produce la hipersecrecion. En cuanto a las alteraciones cualitativas, diremos que la acides total se encuentra aumentada, contribuyendo a esto no solo la mayor cantidad de acido clorhidrico, sino tambien la

presencia de ciertos ácidos de la serie grasa, producto de la fermentación gástrica.

Esta acidez, es la que produce la aspereza que queda en los dientes después de los vómitos, y la pirosis que sobre todo después de las comidas experimentan los enfermos.

La constipación es pertinaz, en algunos casos pasan los pacientes doce ó catorce días sin hacer deposición alguna (obs. 3^a) expulsando al cabo de tanto tiempo unos excrementos duros y pesados. La causa de esta constipación es perfectamente

clara: la retracción del píloro, impide el paso del contenido gástrico al intestino, y por consiguiente este no puede cumplir sus funciones como en estado fisiológico, instituyéndose el estreñimiento. La cantidad de orina es muy inferior a la normal, llegando en uno de los casos que después expongo a 500 g. solamente; la excreción de la urea y de los cloruros está fuertemente disminuida y como los vómitos y la falta de absorción de la mucosa digestiva impiden al organismo reemplazar estas pérdidas se hace temer

la tetania.

A todos los enfermos se les sometió a un tratamiento pre-operatorio igual, consistente en lavados del estómago con agua hervida y boricada, siguiendo el consejo de Taboulay, haciéndoles tomar un purgante y un baño general templado la víspera de la operación y sometiendo a dieta absoluta 12 horas antes de la intervención.

Multitud de pareceres hay entre los cirujanos acerca del valor de los lavados pre-operatorios, opinando algunos como Baselli que predisponen al shock, y creen otros como Brendelburg y Reclus, que fatigan demasiado al paciente y no le dejan el reposo necesario; pero si esto es verdad en los sujetos que á ellos no se encuentran habituados, no lo es en los casos que son objeto de esta tesis.

La situación era aquí distinta, se trataba de sujetos que hacia mucho tiempo que padecian

del estómago y todos ellos sin escepcion se hallaban acostumbrados á los lavados; no habia pues peligro alguno de aplicarlos, siguiendo así los consejos de Hartmann y Ferriér.

El purgante y la dieta son recomendados por todos los autores así como tambien el baño.

Por estos medios se encuentra el enfermo perfectamente limpio, no teniendo alimentos en su estómago, heces fecales en su intestino, ni suciedad en su piel, pudiendo así cumplir el precepto primordial de toda cirugía racional:

la limpieza.

La operación, se hizo por los procedimientos de
Häcker y Roux. El primero, se aplicó al caso nú-
mero uno y el segundo a los restantes.

En ninguno de nuestros operados, se presentaron
las complicaciones que con tanta frecuencia vie-
nen a interrumpir el curso normal post-opera-
torio, y únicamente el enfermo objeto de la obser-
vación ^{3^a}, aquejó dolores de vientre producidos
por acúmulo de heces fecales a los 8 días de
operado.

Bien considerado este caso, no merece que se dé el nombre de complicación a lo que en él pasó; en efecto unos ligeros dolores de vientre, que cedieron a una irrigación rectal de agua simple, con cuyo auxilio se verificó una deposición bastante abundante, no pueden inquietar nunca a un cirujano.

En la observación 2^a se ve que aquel operado no retuvo el día de la intervención, ningún enema alimenticio, y al día siguiente solo fueron dos los que no espulsó; tampoco creemos que

pueda esto considerarse complicacion, y si es cierto
 que es muy frecuente la diarrea en los operados
 de gastro-enterostomia y que en algunos casos
 llega a convertirse en incoercible y a ocasionar
 la muerte del paciente (que por lo muy debili-
 tado que se encuentra no está en disposicion
 de soportar esta nueva causa de desnutricion)
 tambien lo es que lo ocurrido al enfermo ob-
 jeto de esta observacion carece en absoluto de
 importancia, pues tan solo duró dos dias ce-
 diendo luego espontaneamente, sin necesidad

de recurrir a los medios terapéuticos que la ciencia aconseja.

Los vomitos que son la consecuencia casi inevitable del cloroformo, se presentaron en todos los operados, pero sin caracteres alarmantes y por poco tiempo, unicamente hubo necesidad de combatirlos con hielo en la obs. 1^a; en los demas cedieron espontaneamente a las pocas horas.

Respecto a los alimentos y a las bebidas ingeridas por la via gástrica, se guardó a mi modo de ver una lógica prudencia, no permitiéndose a

los enfermos ingerir cosa alguna, en un tiempo que varió entre día y medio y dos días y medio; únicamente al operado objeto de la obs. 1^a, se le administró hielo para combatir los vomitos, y al de la 4^a se le dieron pequeñas tomas de café y leche atendiendo al estado sumamente débil en que se encontraba.

No se me oculta que esta cuestion de la alimentacion trae divididos á los cirujanos y que todavia no está resuelta de un modo afirmativo ni para los que con Roux y Kraske aconsejan la alimen-

tacion gástrica inmediatamente, como en cualquier otra operacion (dejando pasar claro está el periodo de vomitos cloroformicos en que la intolerancia gástrica no lo permite) ni para los que siguiendo a Hartmann y Ferrier solo dan bebidas (champagne etc.), desde el primer momento empezando a alimentar al operado al segundo ó tercer dia de la intervencion.

Para juzgar imparcialmente y sin apasionamientos este punto, hay que tener en cuenta varias cosas: la dilatacion del estomago, el edema de la

boca gastro-intestinal, la posibilidad de que entren en fermentacion los alimentos, y el estado del intestino.

Es muy frecuente que el estomago esté enormemente dilatado, llegando a traspasar los límites del homologico y aun en algunos casos a ocupar casi por completo todo el abdomen. (obs. de Bichhorst)

Por esta dilatacion se comprende, que el contenido gástrico puede llegar a ser enorme (ya cité un caso de Guedj que alcanzó a cinco litros) y si a esto se añade el edema que infiltra los labios de

la comunicacion gastro-yeyunal, se deduce que en el gran fondo de saco estomacal, se acumulan los alimentos impidiendo el edema antes citado su evacuacion en el intestino.

Los alimentos asi depositados irritan la mucosa y provocan una hipersecrecion bastante abundante, que viene a aumentar la cantidad de materiales contenidos que pueden fermentar, y fermentar frecuentemente, volviendo a molestarse el paciente con la repeticion de los eructos encianciados, de la pirosis y aun de los vomitos.

Claro está que el edema del nuevo pílora disminuye y llega a desaparecer al cabo de dos ó tres días según Krieffler, pero esto que a primera vista parece que evita los inconvenientes de la retención no hace sino aumentarlos, pues los alimentos llegan en muy malas condiciones al intestino, provocando una diarrea que a veces tiene una terminación fatal.

Pero aun suponiendo que no pasen así las cosas sino que sea bastante más favorable la marcha de los alimentos, no se evitan en un todo

los perjuicios de esta manera de proceder. Supongamos que el edema sea poco pronunciado, o que la musculatura del estómago sea suficientemente poderosa para vencer este obstáculo; se encuentra en este caso el intestino, con una irrupción de alimentos a que no estaba acostumbrado después de tan larga abstinencia, y como los alimentos no sufrieron las modificaciones necesarias en el estómago por el mal estado de esta viscera, vienen a obrar en este caso de un modo análogo al anterior, provocando también la diarrea.

Y que esto es así, los mismos defensores de la ali-

alimentación inmediata nos lo demuestran con sus estadísticas, señalando como frequentísimas las diarreas en sus operados; en cambio si durante día y medio ó dos días, se evita todo lo posible la introducción de alimentos en el estómago, alimentando al operado por medio de enemas, impedimos la estancación, los eructos, la pirosis, la diarrea y aun los vómitos, sobre todo en los primeros días en los que tanto reposo necesita el afligido enfermo.

La abstención de la alimentación gástrica no es absoluta sin embargo. Aparte de que arrojamos de la talla de Roux Krasko y Montprofit dan

a sus enfermos alimentos y bebidas desde el mismo día de la operación, bien es verdad que observan bastante a menudo complicaciones post-operatorias, si el cirujano ve que los enemas no se absorben bien o que aun que se absorban no lo hacen en la cantidad debida y el enfermo pierde fuerzas, está obligado a saltar por encima de todas estas consideraciones y a alimentar de un modo conveniente a su operado pues todo debe tender a conservar las energías del paciente.

Esto fue lo que se hizo en la obs. 4^a.



Resultados
de la gastro-enterostomia.

Ya espuse antes si bien de un modo muy superficial, los principales sintomas que acompañan a la dilatacion gástrica; tocame ahora manifestar, las modificaciones que el organismo enfermo experimenta, despues de sufrir la gastro-enterostomia procurando hacer patente la diferencia que hay entre los dos cuadros, el sintematológico y el que podemos llamar curativo.

Para llevar a feliz termino este trabajo, me parece necesario empeñar por el estudio de las modifica-

ciones locales, para pasar luego a las del estado general, pues estas no son sino consecuencias de aquellas, y serán tanto mas rápidas y notables, cuanto mas rápidas y notables sean las del estómago. De las modificaciones locales, estudiaré primero las subjetivas, pues son las que mas pronto llaman la atención del enfermo, continuando luego con las objetivas que solo una exploración nos puede indicar.

Modificaciones locales.

(a) Modificaciones subjetivas.

Todos los observadores hicieron notar, que lo pri-

mero que llama la atención en todo operado, es la desaparición ó por lo menos la atenuación en grado notable de todos los signos subjetivos, confirmando este aserto nuestras observaciones.

No es necesario esperar mucho tiempo para obtener este resultado! Pocas horas después de la intervención, cuando ya hace algun tiempo que cesaron las molestias cloroformicas, el paciente nota un bien estar al que no está acostumbrado.

El dolor que tanto le habia molestado durante su enfermedad, ese dolor que él comparaba al que produciria un hierro ó una lanza que le

atravesase, ha desaparecido o cuando más ha sido
sustituido por otro no tan molesto como el primero,
que compare a una sensación de ardor y cuya loca-
lización señala a nivel de la herida operatoria,
de la que procede sin género de duda. Esta moles-
tia que no es constante ni mucho menos, desapa-
rece con la cicatrización.

Pero al mismo tiempo que el dolor desaparece, lo
hacen también la pirosis, los eructos y los vomi-
tos; parece que todos estos síntomas retroceden a la
par, abandonando al que por tanto tiempo fue su
víctima.

El nuevo piloro dá salida fácil y segura á los alimentos y á las bebidas, ni los unos ni las otras pueden ya acumularse en la ampolla gástrica, y como consecuencia no pueden fermentar, no irritan la mucosa, ni tiene la capa muscular que producir los esfuerzos considerable de antes para espulsarlos; muy al contrario, salen sin ocasionar dolores ni molestia alguna por el nuevo edificio. De este modo se comprende perfectamente, que no habiendo necesidad de los movimientos antiperistálticos para espulsar los ingesta, falten los vomitos y que habiendo desaparecido las ferwen-

taciones falten los eruptos enranciadados.
Casi siempre al mismo tiempo que todos estos fenó-
menos desaparecen, vuelve el apetito y los enfermos
alimentados al principio solo con líquidos, (leche,
huevos, caldos, etc) muy pronto comen sólidos (car-
ne, pollo,) con notable satisfacción, teniendo en
algunos que moderar sus comidas, para que un
exceso, no venga a destruir en poco tiempo los re-
sultados obtenidos en medio de una operación
peligrosa.

La pesades epigástrica desaparece también gra-
cias a la presencia del nuevo piloro, pues evita-

da la retencion, lo está tambien esa tension tan molesta, que en muchas ocasiones obligaba a los mismos enfermos a provocar el vomito, introduciendo sus dedos en la garganta.

Cierto que en algunas ocasiones, no desaparecen de un modo tan rápido y absoluto todos estos sintomas, sino que persiste alguno de ellos y especialmente los dolores, la pesadez o la pirosis, pero nunca o casi nunca duran mucho tiempo, o por lo menos se atenúan tanto que la mejoría es notoria.

En dos operados de Hartmann y Berrier se volvie-

ron a presentar los vómitos despues de la operacion, debido sin duda a la existencia de una peritonitis localizada; estos vómitos que eran mucho menos molestos despues que antes de la operacion, fueron disminuyendo paulativamente de modo que a los 18 meses de la intervencion, la salud de los operados era completa.

En uno de nuestros operados, (obs. 1^a) tambien se presentaron los vómitos despues de la gastroenterostomia, a consecuencia de una transgresion del régimen.

En este caso la vuelta de los vómitos, no se puede

explicar de un modo satisfactorio y por haber ocurrido fuera de la clínica, no se pudieron comprobar la existencia de otros síntomas; ¿dependería quizá de una peritonitis localizada como en los casos antes citados de Hartmann y Ferrer?

No hubo en nuestras observaciones, la persistencia de todos los signos subjetivos que citan Guerdj, Thirte y Rosenheim, antes al contrario si se exceptúa la obs. 1^a, no hubo ninguna alteración digna de tenerse en cuenta.

La sed desaparece prontamente; estaba sostenida por la falta de absorción intestinal, pues la

estrechez del píloro no permitiría el paso de los líquidos en cantidad suficiente al intestino, y por consiguiente el organismo se resentía de la falta de agua con que reemplazar los perdidos por la orina, exhalación pulmonar y exhalación cutánea, pero ahora que hay un nuevo píloro, esta disposición es fácil de verificar y el enfermo no está atormentado como antes, por una sed devoradora.

Por esta misma razón se observa que después de la gastroenterostomía, la cantidad de orina aumenta y su composición se hace fisiológica,

asi como su densidad,

La constipacion cesa al poco tiempo de la intervencion, de tal manera que el enfermo que para hacer sus deposiciones, tenia antes que emplear los purgantes y las irrigaciones rectales, despues de la operacion, las verifica con regularidad, sin precisar el auxilio de aquellos medios.

En nuestros operados, el de la obs. 3.^a, tuvo una ligera retencion de vientre que cedió a un enema de agua simple.

En la obs. 1.^a se aprecia que el estreñimiento continúa si bien muy atenuado, cosa sumamente fe-

cuente en todos los que llevan la dilatacion mucho tiempo. Otro tanto se puede decir de los casos 3 y 4, si bien en estos el estreñimiento aun es menor que en el numero 1.

(b.) Modificaciones objetivas.

Pero si es notable la rápida y total desaparicion de los sintomas subyctivos, no lo es menos la de los objetivos, especialmente en lo que a la dilatacion se refiere.

Gracias al perfecto funcionamiento de la boca gastro-intestinal, se nota la disminucion o la desaparicion de las mayores dilataciones, en

un tiempo relativamente corto; ya cité antes un caso de Bichhorst y ahora añadiré que Guedj menciona uno debido a Hayem y Buffier en que la gran curvadura llegaba a 9 centímetros del pubis, y que a pesar de las malas condiciones en que estaba la enferma, se retrajo hasta el nivel del ombligo, pocos meses después de la intervención.

En los casos que después citamos, se obtuvo en todos sin excepción una retracción notable del estómago, que se puede asegurar que es permanente, por haber sido explorados los enfermos en distintas épocas, algunas bastante posteriores a

43

la intervencion, habiendose demostrado que el estómago fué ascendiendo, hasta alcanzar y pasar los límites del ombligo.

No siempre sin embargo la disminucion de la capacidad del estómago es tan rápida y segura, sino que depende en muchos casos de la rapidez con que se instituyó la estrechez pilórica; he ahí por que se ve disminuir algunas veces la dilatacion despues de un lavado, aun antes de haberse practicado la gastro enterostomia.

Segun Hartmann y Ferrier, es probable que haya que tener en cuenta para apreciar la rapi-

des en la retraccion gástrica, el estado de la capa muscular del estómago, con frecuencia alterada en los casos de gastritis ulcerosa, pero es un hecho este que todavia no está comprobado.

Algunas dilataciones persistentes, son debidas a una mala disposicion de la boca gastro-intestinal, ó por el contrario a una acortadura del yeyuno, que impide el paso de los alimentos; pero una operacion bien practicada durante la que se tuvieron en cuenta todos los detalles de la técnica, permite obviar este inconveniente.

No se vaya a creer sin embargo, que la evacuacion del contenido gástrico, se hace en el mismo tiempo que en el estado sano.

Felix Mahant que trata muy bien este asunto, dice que se presenta una incontinencia gástrica verdadera, en los casos en que la túnica muscular está muy alterada, ó en los que la dilatación es antigua.

En estos, el líquido contenido puede fluir á través del orificio gastro-intestinal, quedando al final únicamente las partes sólidas de los alimentos, que son á su vez empujadas hacia la abertura.

Pero ~~cuando~~ cuando la estrechez se instituyó rápidamente y por consiguiente la túnica muscular conserva toda su energía, se observa un verdadero cierre funcional de la fistula que segun Mintz y Durin es producido por la hipertrofia de las fibras musculares vecinas, que cons

tituyen de este modo un nuevo esfinter.

Se objeto esta opinion, que los exámenes histológicos hechos por Soupault y Bourbon, en operados que sucumbieron algun tiempo despues de la intervencion, no demostraron esa hipertrofia de que hablan los autores antes mencionados.

Si pues el cierre del nuevo piloro, no es debido a la hipertrofia muscular, sino simplemente a la contraccion de las fibras longitudinales, no pudiendo decirse otro tanto de las circulares, por haber sido seccionadas durante el acto operatorio.

Pero sea de ello lo que fuere, el hecho que resulta de las experiencias practicadas sobre el cadáver, asi como

los análisis en el vivo, es que en estos estómagos la evacuación de su contenido no se verifica de un modo continuo sino que se hace mas fisiológicamente, por oleadas sucesivas que corresponden segun los autores, al periodo de contracción peristáltica.

Sin embargo, en la obs. 1^a, se nota que a pesar de llevar aquel enfermo su padecimiento durante 8 años, a los cuatro meses de la intervencion no llegaba el estómago mas que al ombligo, y bien es verdad que tardaba en vaciarse algo mas que en estado normal, este retraso no era tan notable como el citado por algunos autores, pues dos horas y media despues del desayuno de Ewald, tenia su estómago completamente libre

de alimentos. Otro tanto podemos decir de los demas casos, pues con corta diferencia su estómago, se vaciaba en el mismo tiempo que en la obs. 1^a.

No es pues un retraso tan notable como el que quieren hacer ver Mahaut y otros autores, pues aun en sus mismas estadísticas, se ve que individuos que llevaban una dilatacion bastante antigua y grande, se vaciaba su estómago bien y completamente algunas horas despues de las comidas, y solo en casos raros habia una retencion manifiesta.

Esta tardanza en la expulsion de los alimentos la explica Hayem del siguiente modo:

El juego normal del piloro, depende del funcionamiento.

to del aparato glandular, y la vía de escape no se abre, hasta que la digestión gástrica no llegó al maximum; ahora bien, el aparato glandular del estómago dilatado, lo mismo que su túnica muscular están alterados y por consiguiente la digestión se retrasa, por el mal estado de las glándulas; si añadimos a esto que el músculo alterado perdió gran parte de su poder contractil, se deducirá como consecuencia lógica y necesaria, que la permanencia de los alimentos en el estómago es mayor que en el estado normal, si bien considerablemente menor que antes de la gastro-enterostomía.

En estas consideraciones se funda Guedj, para opinar que no se debe separar el estudio de la motilidad

del estómago del de la digestión, considerando la primera como consecuencia de la segunda.

De algunos datos que espusimos en párrafos anteriores, se deduce que en algunos casos el funcionamiento del nuevo píloro, es insuficiente, pues falta de tonicidad, no se puede oponer con éxito a que fluya de un modo constante el contenido gástrico, pero en otros que por fortuna son los mas, es lo suficientemente fuerte para no ceder el paso mas que cuando la túnica muscular se contrae.

En nuestros operados, la boca gastro-yeyunal funcionó perfectamente, como se pudo comprobar inyectando aire en el estómago, y observando que a pesar de

estar insuflado al maximum, hasta el punto de ocasionar molestias al paciente, no pasó gas al intestino dejando de producirse la timpanitis.

No faltan en verdad casos en que el piloro no funciona bien, y en los que el estomago no se puede insuflar por pasar el gas inmediatamente al intestino, tal es uno de Devic, pero en esta observacion, al practicar la autopsia un mes despues de la operacion, se encontró el botón de Murphy, que habia servido para practicar la anastomosis, colocado aun en la fistula gastro-intestinal.

Pero si es notable la mejoria con respecto a los sintomas espuestos, no lo es menos en lo que a la secrecion, digestion y absorcion gástricas, se refiere.

Todos los autores están conformes y nuestras observaciones lo demuestran, que generalmente los enfermos de retracción pilórica, presentan una hipersecreción, que hace que su estómago jamás se halle vacío; en cambio después de la intervención, esta hipersecreción disminuye notablemente, llegando a permanecer vacío el estómago, en el intervalo de las comidas.

En la interpretación de esta mejoría no están conformes todos los autores, creen unos que el líquido segregado se introduce directamente en el intestino, sin que llegue a reunirse nunca en el estómago una cantidad suficiente para ser extraída; otros opinan que impidiendo dar salida el estómago a los alimentos,

impide de este modo la retencion, y la consiguiente irritacion de la mucosa, que era la que sostenia la hipersecrecion.

Quedj que es uno de los que sostienen esta ultima hipotesis, da como prueba que insuflando el estómago, se dilata y el aire no pasa al intestino, gracias a la tonicidad del nuevo orificio, suponiendo que el mismo obstáculo, presentará al paso de los liquidos; y como por otra parte en estos casos la introduccion de una sonda con objeto de extraer el jugo gástrico, da un resultado negativo demostrándonos la vacuidad del estómago, inclina a creer que la mucosa no se segrega en los intervalos de las digestiones.

La composicion del jugo gástrico, sufre tambien alteraciones importantes, desapareciendo o por lo menos disminuyendo la hiperacidez.

Mintz, sin embargo, establece una distincion entre los casos en que antes de la operacion se presenta la hiperacidez acompañada de hipersecrecion, y aquellos en que existe la hipo-acidez o la anacidez; en los primeros segun él, la vuelta al estado normal es la regla, en los segundos la funcion secretoria esta anulada por atrofia glandular.

La absorcion gástrica que se verifica con tanta dificultad antes de la gastro-enterostomia, es despues de la misma normal o casi normal; el iodo aparece

en la saliva, en un tiempo que varia entre 12 y 18 minutos.

La digestion se verifica con algun retraso segun ya hemos dicho antes permaneciendo en el estómago los alimentos, algun tiempo mas que normalmente.

El exceso de ácido clor-hídrico libre que se presentaba antes de la operacion, desaparece luego y aun en algunas ocasiones baja de la cifra normal.

Lo mismo se puede decir de la suma de $H + G$. En la obs. 1^a, esta suma está disminuida, siendo debida casi esclusivamente al cloro combinado; por el contrario, en el caso numero 3 encontramos esta suma aumentada.

Por consiguiente la digestión gástrica no está suprimida, los alimentos permanecen cierto tiempo en el estómago, y se puede retirar durante el acto digestivo, un líquido bastante activo.

Se habla mucho del reflujó de la bilis considerando-lo como una consecuencia habitual y casi necesaria de la gastro-enterostomia, y en embargo en los casos que exponemos, no se presentó tal reflujó. Es verdad que todavía los autores, no se pusieron de acuerdo con respecto á la importancia de esta complicacion, pero no lo es menos, que ciertos casos de vómitos incoercibles, no pueden ser atribuidos ^{á veces} a una irrupcion de bilis en el estómago.

La influencia que pueda tener sobre la digestión la mezcla de la bilis con el jugo gástrico, dividió y divide todavía a los fisiólogos; ya C. Bernard, a quien siguieron Landois, Viault y Joly, Chaput etc. etc. opinan que "si la bilis penetra accidentalmente en el estómago retarda la digestión"; otros en cambio como Oddi, Carnac y Masse, creyeron que si bien esta afirmación se podía sostener respecto a unos pocos casos, en la generalidad era por lo menos exagerada, ya que no falsa en absoluto.

Pero nosotros no vamos ahora a discutir este tema que nos llevaria muy lejos y solo consignaremos que en nuestros casos, a pesar de haber tratado de obser-

ar la mezcla de jugo gástrico y bilis no lo pudimos conseguir lo que nos demostró el perfecto funcionamiento de la fistula gastro-intestinal.

El círculo vicioso, o sea el paso del contenido gástrico a lo largo del duodeno hacia el estómago, a donde llega aumentado con los jugos duodenales, tan poco lo pudimos apreciar a pesar de haber sido señalada esta consecuencia como frequentísima

Modificaciones del estado general.

Las modificaciones locales influyen muy pronto

y de un modo notabilísimo en el estado general, de tal manera que el enfermo que antes de la operación veíamos decaído, sin fuerzas, triste, sufre un cambio tan radical, que a esta trabajo reconocerle.

La piel y las mucosas se colorean, el panículo adiposo aumenta, la mirada es viva e inteligente, y como la absorción y por consiguiente la nutrición se verifican ahora fisiológicamente, el peso aumenta de una manera rapidísima, pudiendo llegar según algunos autores a 16 Kg en dos meses.

Así como el peso aumenta, también lo hace la energía muscular, y el que hace algunos meses apenas podía sostenerse en pie, ahora se dedica a un traba-

jo pesado, soportando perfectamente las fatigas a él inherentes.

El sueño que habia disminuido mucho, es ahora profundo y dura bastantes horas seguidas, proporcionando una sensación de bienestar y satisfacción muy acentuada.

La neurastenia que presentan, desaparece con los avances de la curacion, y los terrores que le aquejaban antes y esa impresionabilidad que tanto le hacia sufrir, se amortiguan con la conciencia de su propia fuerza y vigor. Se hace jovial y hablador a tal extremo, que sus mismos parientes se extra-

nan del cambio experimentado,
Ciertos grados de elevacion térmica, que existe en estos
enfermos producida por la infeccion gástrica cesa
con la desaparicion de la causa que la produce, ó
sea la fermentacion alimenticia. En estos casos, la
operacion da los mismos resultados segun Hartmann
& Ferrier que los lavados en ciertos dispepticos.

Observaciones.

Obs. 1^a — Úlcera cicatrizada del piloro. Gastro-ectasia.
Gastro-enterostomia. Curacion.

J. R. de 27 años, soltero, labrador, no tiene antecedentes hereditarios dignos de mencion; sus hermanos viven y gozan de buena salud.

Segura no haber padecido enfermedad alguna a la actual, que viene molestandole desde hace 8 años. El origen del mal, lo refiere a un gran traumatismo que sufrió en la region epigástrica, que le produjo por de pronto la pérdida del conocimiento

y le obligó a estar en cama algunos días, sufriendo intensos dolores, y una hematemesis bastante abundante, quedándole como consecuencia, un dolor que partía del límite derecho del epigastrio, y terminaba en la espalda al lado de la columna vertebral.

Por entonces se le presentaron vómitos que se repetían de vez en cuando.

En aquella época fue llamado a servir en el ejército, siendo destinado a Cuba cuando sosteníamos allí la guerra; no padeció allí las enfer-

medades propias del pais, siendo una de las cosas que mas llamaron su atencion el que mientras todos o casi todos sus compañeros tenian diarrea, él padecia un estreñimiento bastante intenso, que le hacia pasar 5, 6 y 7 dias y aun mas en ocasiones, sin sentir necesidad alguna de espulsar las heces fecales.

En cambio los vomitos se repetian con bastante regularidad, acompañandose de tiempo en tiempo de alguna sangre espulsando algunas veces restos de alimentos ingeridos dos dias an-

tes.

La sed estaba aumentada en tal forma, que se encontraba atormentado continuamente, por los deseos de satisfacer esa necesidad no bastando á mitigarsela la gran cantidad de líquidos que llegó á ingerir.

Los síntomas se fueron agravando poco á poco, sobreviniendo la pesadez en el epigastrio, las regurgitaciones, los eructos enranciados, haciéndose mas considerable la materia vomitada que llegó á pesar algunas libras, así como se ha-

cia mas invencible el estreñimiento.

La orina se encontraba disminuida, pues segun manifestacion del enfermo, no pasaba su cantidad en las 24 horas de un cuartillo o sean unos 500 gramos proximanamente.

La persistencia de todos estos sintomas, hicieron perder a este pobre enfermo gran parte de sus fuerzas y de su peso, de tal modo que el dia que se presento en la clinica, (15 de Septiembre de 1902) se encontraba en un estado de demacacion grande como lo atestiguaba la ausen-

cia de panículo adiposo, que hacía aparecer angulosas las formas, la palidez de la piel y de las mucosas y su poco peso que no excedía de 50 kg. Los síntomas subjetivos que aquejaba este enfermo antes de la fecha en que ingresó en el hospital, siguen en la actualidad con la misma o mayor intensidad.

Los objetivos que se pueden apreciar son los siguientes:

Haciendo presión en el límite derecho del epigastrio, se provoca intenso dolor; el ruido de basu-

que se nota con mucha claridad en una zona bastante estensa, cuyo limite inferior esta a 2 traveses de dedo por debajo del ombligo.

La percusion previa a insuflacion del estomago, nos demuestra que se halla dilatado siendo su limite inferior 3 cm. por debajo del ombligo.

Con la sonda gástrica se extrajo el contenido, y a pesar de no haber ingerido alimento desde 12 horas antes, el volumen de los materiales alcanzó a medio litro, pudiéndose reconocer

algunos restos de comidas hechas 24 y 36 horas antes.

Lavado el estómago y extraído nuevamente el jugo gástrico después de media hora de haber tomado el desayuno de Oswald, dió el análisis que se hizo el siguiente resultado:

$$\begin{array}{rcl}
 A = 0'227 & H + C = 236 & a = 0'95 \\
 H = 39 & T = 406 & \\
 C = 197 & F = 170 &
 \end{array}$$

A los 60'

$$\begin{array}{rcl}
 A = 0'270 & H + C = 284 & a = 0'89 \\
 H = 149 & T = 425 & \\
 C = 135 & F = 141 &
 \end{array}$$

Analizada la orina, se observó que tiene algo aumentada la cantidad de sedimentos, no apreciándose albúmina ni glucosa.

El iodo tarda en aparecer en la saliva 25'.
Todos los días a partir de la fecha en que se hizo esta observación, se le practica un lavado del estómago extrayendo los productos allí detenidos.
Se ensayaron algunos tratamientos como el de Schrot llamado también de la cura seca pero no obteniendo resultado alguno satisfactorio, se le aconsejó la intervención quirúrgica que

74

se le practicó el día 13 de Noviembre de 1902 por los doctores Pineiro y Gil.

Fue precedido el acto quirúrgico de un tratamiento pre-operatorio conveniente.

Abierto el vientre y descubierta el estómago se pudo apreciar la gran dilatación de esta víscera así como la callosidad existente a nivel del piloro principalmente, pero que invadía buena porción de las caras anterior y posterior del estómago.

Inmediatamente, se procedió a practicar la gas-

tro-enterostomia por el procedimiento de v. Haacker.
El día de la operación y los dos siguientes ó sean
los 13, 14 y 15, estuvo sometido á dieta absoluta
(que soportó bastante bien) permitiéndole única-
mente la alimentación rectal.

El día 13, se le presentaron algunos vómitos que se
combatieron con el hielo; temperatura y pulso, nor-
males.

Día 14, Desaparecen los vómitos desde las primeras
horas de la mañana.

Día 15 á la noche, se le empezaron á dar tazas de

leche; al día siguiente huevos, leche y caldo, haciéndole volver paulatinamente a la alimentación sólida.
Día 21, primera cura; se encuentra el apósito seco y la herida casi cicatrizada.

Día 23, segunda cura; se le sacan los puntos que forman la sutura de la piel.

Todo el curso post-operatorio transcurrió sin que la temperatura escudiese de la normal.

Desde que se operó hasta el día 7 de Diciembre, fecha de su salida de la clínica no volvió a tener ninguna de las molestias que tanto le hacían sufrir antes.

La orina llega ahora hasta 900 ó 1000 grs.

Su peso aumentó 1.500 grs.

El estreñimiento por el contrario no desapareció del todo, pues no defeca de un modo regular teniendo en algunas ocasiones que hacer uso de las irrigaciones rectales. A pesar de todo no es un estreñimiento tan acentuado como el que tenía antes de operarse.

El 22 de Marzo de 1903, volvió á la clínica para someterse á observación y apreciar los adelantos en la curación.

Los vómitos (a consecuencia de una transgresión del régimen) se repitieron una temporada, separándose un intervalo de 4 ó 5 días, siendo acompañados de una tensión gástrica muy molesta, que se calmaba después de la evacuación. Desde hace mes y medio desaparecieron, siendo muy satisfactorio el estado de su salud.

Por el examen local se aprecia que la dilatación desapareció, llegando su límite inferior a 1 centimetro por encima del ombligo. No hay ba-zugues.

Persiste cierto grado de estreñimiento.

El ácido clorhídrico del jugo gástrico está un tanto disminuido.

El 6 de Noviembre de 1903, es decir, un año después de la operación se le examinó de nuevo. El estómago está a un través de dedo sobre el ombligo, las digestiones son un poco penosas y acompañadas de tensión epigástrica, no hay eructos, pirosis ni vómitos; el píloro funciona bien como se comprobó insuflando el estómago.

El análisis del jugo gástrico, dio el siguiente re-

resultado:

$$A = 0'112 \quad H + G = 10'9 \quad a = 1'03$$

$$H = 9 \quad T = 3'66$$

$$G = 100 \quad F = 2'57$$

Su peso asciende ahora a 57 Kg. y se dedica al trabajo sin que note gran cansancio.

Obs. 2^a — Úlcera cicatrizada del píloro. Gastroectomía consecutiva. Gastro-enterostomía. Curación.

N. A. de 28 años, soltero, cantero, ingresó en el hospital el 6 de Octubre de 1902.

Le viven sus padres y hermanos quando todos de

buena salud, manifiesta tambien que no hubo en toda la familia nadie que padeciese del estomago. El origen de su mal, lo atribuye a los continuos excesos alcoholicos que cometia, habiendo tenido repetidas veces vomitos de color de cafe que fueron desapareciendo poco a poco, asi como un dolor intensisimo que partiendo del epigastrio terminaba entre los dos omoplatos; las deposiciones salieron en algunas ocasiones completamente negras.

Presentaba tambien una pirosis sumamente

pronunciada, que en algunas ocasiones terminaba, al ser espulsados los alimentos por medio del vomito, quedando entonces los dientes ásperos, sensación que comparaba el enfermo á la que se experimenta al chupar un limon.

Paulatinamente estos sintomas fueron tomando otro aspecto; el apetito era nulo ó casi nulo; las digestiones cada vez mas tardias y dificiles, iban acompañadas de gases de mal sabor y olor; la pirosis era sumamente molesta, remitiendo-
le todos estos sintomas despues de la espulsion

del contenido gástrico, que algunas veces el mismo enfermo provocaba por el gran alivio que experimentaba.

La materia vomitada era en gran cantidad, de mal olor y sabor y contenía restos de comidas hechas uno o dos días antes.

El estreñimiento era pertinaz, pudiéndole venir únicamente los enemas y purgantes empleados a larga mano.

La orina era escasa y muy oscura.

A pesar de los muchos tratamientos que puso en

práctica para recuperar la salud, ninguno dió resultado; viendo por el contrario que sus fuerzas disminuían y que se encontraba imposibilitado para el trabajo, se decidió a ingresar en la clínica.

El estado en que se presenta en el hospital es deplorable; la piel y las mucosas están pálidas, la cara contraída por el sufrimiento, los ojos hundidos en sus órbitas, la mirada triste, y la delgadez de su cuerpo (a pesar de ser un hombre de 1'725 m. de altura no pesa más que 53 K^g) nos revelan la

anemia que de él se apoderó.

La energía muscular se encuentra también disminuida, no alcanzando con la exploración dinamométrica más que 1850.

El pulso un tanto débil pero regular.

La temperatura llega a las noches a 38° ó a 37° 8.

En la región umbilical, se nota el bazuqueo con mucha claridad, apesar de estar en ayunas el enfermo.

Con la sonda gástrica se extraen 250 g. de líquido que contiene restos alimenticios, inmediatamente se insufla el estómago y por la percusión se ave-

rigua la dilatacion de esta viscera que alcanza
4 centimetros por debajo del ombligo.

El analisis del jugo gastrico dió en ayunas una
acidez de 0,242.

A los 60 minutos de tomar el desayuno de Ewald,

$$\begin{array}{rcl}
 A = 0,386 & H + G = 0,45 & a = 0,50 \\
 H = 0,30 & T = 0,590 & \\
 G = 0,15 & F = 0,140 &
 \end{array}$$

La cantidad de orina recogida durante el dia es
de 785 c. c., oscura, tiene bastantes fosfatos.

El 20 de Octubre se le sometió a la operacion de

Roux, que fue practicada por los Drs Gil y Balde-
las.

Durante el acto quirurgico se comprobaron las le-
siones que habrian sido diagnosticadas, llama-
do la atencion el anillo cicatricial, por el gran
espesor que alcanzaba.

Durante el dia de la operacion tuvo vomitos y
no retuvo los enemas alimenticios, pulso fuerte
y regular; temperatura 37'5; orina escasa. A ni-
vel de la herida algunos dolores no muy fuertes,
que cesaron espontaneamente. A la noche cesar

los vómitos.

Día 21, persisten los dolores, retiene los enemas alimenticios, pulso regular, temperatura 37'7. A la noche empieza a tomar leche.

Día 22, desaparecen los dolores, retiene los enemas, temperatura 37'2.

En los días sucesivos acentiase la mejoría, se le hace volver poco a poco a la alimentación sólida.

Día 26, se le hace la primera cura, el apósito está seco; dos puntos se encuentran algo desga-

erados efectos de los esfuerzos de los vómitos y de los movimientos que el enfermo hizo, apesar de la vigilancia que sobre él se ejercia.

Dos dias despues, se levanta y da algunos paseos por la habitacion; se encuentra muy bien aun que un poco débil.

Quince dias despues de la operacion se encuentra mucho mas fuerte que antes de ella; come bien y digiere admirablemente, no hay eruptos, vómitos, ni estreñimiento; la orina sale en alguna mayor cantidad.

El 20 de Noviembre se le hace un reconocimiento antes que abandone la clínica.

Peso 55 Kg., buenas digestiones pero poco apetito desde estos últimos días, el estreñimiento volvió a aparecer, pero sin que revista los caracteres de antes de la intervención.

El estómago está a nivel del ombligo, no hay batusques, la absorción gástrica es normal.

El análisis del jugo gástrico dió el siguiente resultado:

$$\begin{aligned}
 A &= 0'292 & H + G &= 0'261 & a &= 1'22 \\
 H &= 0'168 & T &= 0'403 & & \\
 G &= 0'093 & F &= 0'142 & &
 \end{aligned}$$

El 11 de enero de 1904, volví a ver al operado, no tiene vómitos, eructos ni pirosis, las digestiones son un poco tardías, el apetito es poco, el estreñimiento no desapareció del todo, el estómago está a dos traveses de dedo por encima del ombligo; no hay basugos.

Su estado general es bueno, trabaja desde hace

bastante tiempo en su oficio de cantero.

No fue posible hacer el examen del jugo gástrico, por haber sido explorado fuera de la clínica.

Observacion 3^a. Insuficiencia gástrica absoluta, consecutiva a estenosis pilórica. Gastro-enterostomía. Curación.

M. G. de 28 años, casado, albanil, no tiene antecedentes hereditarios, no tuvo ninguna enfermedad en su infancia, y en su juventud padeció dos veces la blenorragia.

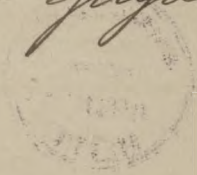
Desde muy joven abusó bastante de las bebidas

alcohólicas, que le ocasionaron grandes trastornos sobre todo desde hace un año fecha en que se le inició el padecimiento, que sin interrupción le molestó hasta el momento actual.

Coincidiendo con las digestiones sentía un intenso dolor, sin que apesar de esto disminuyese el apetito pues tanto este como la sed se hallaban aumentados, mientras por el contrario, las funciones intestinales se retrasaban cada vez mas, llegando en una ocasión a estar 14 dias sin hacer deposición alguna.

Las digestiones eran tardías y difíciles, e iban acompañadas de una sensación de peso en el epigastrio continuamente molesta, y con una casi constante frecuencia de ardores y eructos de sabor rancio y olor nauseabundo.

Al principio de la enfermedad tuvo vomitos de color de café, habiéndole desaparecido despues, para dar lugar a otros, que se repiten a las mañanas y que muchas veces provoca el mismo paciente para que desaparezca la tension epigastri-
ca.



La materia vomitada es ácida, pone ásperos los dientes y tiene restos alimenticios incompletamente digeridos.

El día 15 de Noviembre de 1902, fecha de su ingreso en la clínica, se hizo la siguiente observación:

Peso 46 Kg., palidez grande de la piel y mucosas, musculatura flácida, anemia profunda.

Las malas digestiones, los vómitos, los eructos, la pirosis, el estreñimiento, y la pérdida de fuerzas, continúan de tal modo, que le imposibilitan para cualquier trabajo, produciéndole una

tristesa de la que nada es capaz de librarle.

La percusion previa insuflacion del estómago, nos demuestra que se encuentra muy dilatado, alcanzando su limite inferior, a 4 traveses de dedo por debajo del ombligo.

El examen de la contractilidad del estómago por medio de las aspersiones de agua fria en el abdomen, demuestra que se contrae todavia con energia.

El basugues se observa en una gran zona. Con la sonda gástrica se extrajo el contenido del estó.

niago, dando su análisis el siguiente resultado:
 Líquido abundante, contiene restos de la comida de prueba, tres horas después de ingerida, filtra muy lentamente.

$$A = 0'224 \quad H + C = 0'200 \quad a = 1'17$$

$$H = 0'000 \quad T = 0'384$$

$$G = 0'140 \quad F = 0'184$$

La orina que espulsa en las 24 horas es en pequeña cantidad (800 g.) de color oscuro, sin albúmina ni glucosa.

Desde su ingreso en la clínica se consiguió levantar algo las fuerzas, el día 30 ó sean 15 días después de

su ingreso, habia aumentado algo de peso.

El dia 8 de Diciembre previos los cuidados que ya hemos expuesto (baño, purgante y lavado del estomago) se le practicó la gastro-enterostomia de Roux, por los Drs Baldelas y Gil.

Durante las primeras horas, tuvo algunos vomitos, marcando el termometro 37'8 a las 8 de la noche.

Hasta las 7 de la tarde del dia 10, estuvo sometido a la alimentacion rectal.

La temperatura en todo el curso post-operatorio, osciló entre 37 y 37'8.

El dia 16 se le levanta el aposito, encontrando casi

cicatrizada la herida, se encuentra un poco mareado y siente ligeros dolores en el vientre, se le ordena una irrigacion rectal, suponiendo existan algunas heces acumuladas, poco despues se verifica una gran deposicion.

Dia 17. se encuentra bien, desaparecieron los dolores, durmió tranquilamente toda la noche, se le sacan los puntos de la piel.

Exceptuando los vomitos del primer dia debido sin duda al cloroformo, y las molestias del dia 16 ocasionadas por la retencion de vientre, el curso post-operatorio fue excelente; las digestiones fueron

normales, no hubo eructos ni dolor, la orina aumentó 100 gr., las mucosas tornan á colorearse, y hasta el peso aumentó ligeramente.

Poco á poco pero de un modo seguro fué acentuándose este bienestar, hasta el día de su salida de la clínica (24 de Enero de 1903).

En este día pesa 50 Kg. la mirada es viva e inteligente, ha vuelto á su alegría habitual, la musculatura es mas fuerte, en fin el estado general mejoró de un modo notable.

En cuanto al aparato digestivo, todo le aprovecha; digiere muy bien, no tiene eructos, vomitos ni estre.

imiento y las deposiciones se verifican generalmente todos los días.

La orina aumentó hasta 1.300 grs.

El análisis del jugo gástrico dió el siguiente resultado:

A los 150 minutos del desayuno de prueba de Ewald, se extrajo con la sonda un líquido viscoso, con los caracteres del jugo gástrico en donde había algunos alimentos casi del todo digeridos; la composición del jugo es como sigue:

$A = 0'166$	$G = 0'276$	$T = 0'482$	$a = 0'55$
$H = 0'012$	$H+G = 0'288$	$F = 0'194$	

En el mes de Agosto fué examinado nuevamente; su peso alcanza a la cifra de 60 Kg., la musculatura es fuerte, y le permite dedicarse al trabajo; las digestiones son normales; no tiene eructos, vomitos ni estreñimiento, ni tampoco se nota el bazuqueo.

El límite inferior del estómago está a nivel del ombligo.

El análisis del jugo gástrico, dió un resultado casi igual al del 24 de Enero, por lo que no lo consignamos aquí.

Posteriormente, el 27 de Noviembre de 1903, fué examinado de nuevo, el peso ascendió a 67 Kg., las diges-

tiones son buenas aun cuando van acompañadas de cierta sensación de peso, el vientre se mueve cada dos días, sin necesidad de purgantes ni irrigaciones rectales.

El jugo gástrico no pudo analizarse, por no permitir el paciente que se le introdujese la sonda.

Observacion 4.^a = Dilatacion gástrica. Gastro-enterostomia.
Curacion.

M. S., de 23 años, soltero, marinero, natural de Tumbria (Ferrol) ingresa en el hospital clinico el día 6 de Julio de 1903, ocupando en la sala de Santiago la cama n.º 17.

Sin antecedentes hereditarios dignos de mención, no parece tener los patológicos individuales, pues segun manifestacion del enfermo, no padeció mas que algunas anginas y catarros bronquiales, afecciones muy frecuentes entre la gente pescadora, por efecto de las continuas mojaduras en las faenas del mar.

Las continuas transgresiones dietéticas, y sobre todo el alcoholismo le condujeron poco a poco a padecer del estómago, a tal extremo que hace ya bastantes meses que está imposibilitado para el trabajo.

Estas molestias que al principio solo se presentaban con ocasion de un exceso en la comida o la bebida, se fueron aproximando de tal manera, que instituyeron una enfermedad crónica, que le condujo a la cama del hospital.

Un dolor intenso en el epigastrio, que se exacerbaba por la presion, sobrevenia despues de las comidas; acosado por él, adoptaba cuantas posiciones le sugeria su imaginacion, sin poder mitigarlo; y solo cuando la digestion avanzaba bastante disminuia aquella sensacion, llegando a

desaparecer mas tarde, si bien hubo temporada en que el dolor no cesaba completamente, en el intervalo de las comidas.

La pirosis era muy molesta, y los eructos en ocasiones tenian un marcado sabor rancio.

En varias ocasiones tuvo hematemesis abundantes, la sangre salia, parte liquida, roja; y parte coagulada y con un primer grado de descomposicion, por la accion del jugo gástrico.

A veces sobrevinian vomitos alimenticios, que aliviaban sus padecimientos momentaneamente, los

dientes quedaban ásperos, pudiendo afirmarse que existia cierto grado de hiperacidez.

Paulatinamente este cuadro fué cambiando, las hematemesis desaparecieron, los vomitos se repetian cada vez mas de tarde en tarde, el estreñimiento era grande, persistian la prois y los eruptos de mal olor y como no encontraba alivio en ninguno de los tratamientos que ensayó, vino al hospital, en donde ingresó en la fecha mas arriba indicada.

Se presenta con la piel seca y terrosa, demacra.

do, la cara contraída (fouies abdominalis de los au-
tores) gran pérdida de fuerzas, y disminucion con-
siderable del peso total del sujeto, que no alcan-
zó a mas de 48 Kg.

Persiste el dolor en el epigastrio que se propaga
a la espalda, exajerandose despues de las comi-
das y con la presion; el apetito y la sed estan
aumentados, los vomitos son abundantes ex-
pulsando con ellos, restos incompletamente di-
geridos de comidas anteriores.

El analisis del jugo gástrico dió el siguiente

resultado:

$$A = 0'180 \quad H + G = 0'215 \quad a = 0'78$$

$$H = 0'055 \quad T = 0'435$$

$$G = 0'160 \quad F = 0'220$$

La absorcion gástrica muy disminuida.

Previa insuflacion del estómago con las bolas de Richardson, adaptadas a una sonda gástrica, se procedió a la percusion demostrando una dilatacion considerable, pues el limite inferior del estómago, está a 5 centímetros por debajo del ombligo.

El ruido de basugues dió el mismo resultado.
La contraccion de la capa muscular del estómago, es suficientemente energética.

Si a todo esto añadimos el estreñimiento, comprenderemos que el diagnóstico de piloro estenosis a consecuencia de úlcera cicatrizada se mejora.

Hecho ya el diagnóstico y vistos los malos resultados que los distintos tratamientos médicos habian dado, se le propuso y el enfermo aceptó, la intervencion quirúrgica, que le fué practica-

da por el Dr. Pinciro, siguiendo el procedimiento de Rouse, y previa una inyección de suero que dió excelentes resultados.

Durante la operación, se comprobaron las lesiones que se habian diagnosticado.

Mientras duraron las molestias ocasionadas por la prolongada acción del cloroformo, se le prohibieron toda clase de bebidas, pero habiendo cesado a las 7 horas de la operación, se le empezaron a dar pequeñas tomas de café y leche, auxiliadas con enemas alimenticios que solos

no hubieran sido suficientes a sostener el decaído ánimo del operado.

Temperatura, $37^{\circ} 8$ a las 8 de la noche.

Día 11, se continúa con tomas de café y leche de 3 en 3 horas, enemas alimenticios de leche, huevos y cognac; el enfermo se encuentra bien aunque débil; el pulso regular, pero un poco deprimible; temperatura a la mañana 37° , a la noche $37^{\circ} 4$.

Día 12, se alternan las tomas de café y leche con las de caldo; siguen los enemas alimenticios, tem-

peratura normal, el pulso igual al del día anterior.

Día 14, toma sopa de semola.

En los días sucesivos va volviendo a la alimentación sólida.

Día 19 se le practica la primera cura, el apósito está seco y perfectamente colocado; levantado se observa que la incisión está casi del todo cicatrizada; algunos puntos de sutura hay necesidad de sacarlos, después se coloca un nuevo apósito.

Día 21, se hace una nueva cura, se le sacan los

puntos que quedaron el día anterior. El enfermo se levanta por primera vez; las mucosas empiezan a colorearse, la mirada es mas viva, el apetito es excelente, las funciones del vientre se hacen con facilidad y regularidad, los vómitos desaparecieron desde el mismo día de la operacion, no hay fiebris ni eructos y el dolor cesó completamente. Día 15 de Agosto, peso 58 Kg. El aspecto es bueno, el limite inferior del estomago ascendió, no hay vómitos, fiebris ni eructos, cesó el dolor, las digestiones son normales, el vientre se mueve con

facilidad y regularmente.

31 de Diciembre. Peso 65 Kg. Sigue en tan buen estado como el 15 de Agosto. El jugo gástrico analizado dió el siguiente resultado:

$$A = 0'155 \quad H + G = 0'190 \quad a = 0'73$$

$$H = 0'060 \quad T = 0'385$$

$$G = 0'130 \quad F = 0'195$$

La absorcion gástrica es normal.

Conclusiones.

Los resultados lejanos de la gastro-enterostomía, como tratamiento de las estenosis cicatriciales del píloro, podremos resumirlos, según se desprende de lo que hemos dicho hasta ahora, en las siguientes proposiciones:

- 1.^a Desaparición de los signos subjetivos y objetivos y mejoría notable del estado general.
- 2.^a La digestión se verifica, gracias a la composición normal ó casi normal del jugo gástrico

y al funcionamiento perfecto del nuevo piloso.

3^a el estreñimiento, si bien no llega a desaparecer en absoluto por lo menos disminuye.

4^a Estos resultados son mejores, cuanto mas precoz es la intervencion.

Madrid - Mayo 29 de 1904 =

Fernando Alsina
Gonzalez

Comible

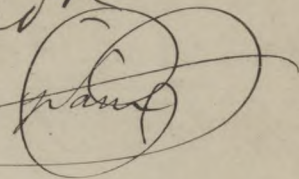


M. Unger

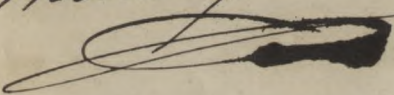
Verificó el ejercicio el día 28 de
Junio 1844 fue aprobado

El presidente

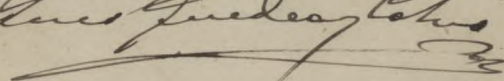
José Tibera



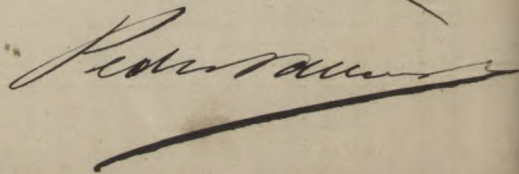
El vocal

~~Mariano Jimenez~~


El vocal

José Guadalupe Lopez


El vocal



El secretario

cu. marguer
