

42-4

J. Rodriguez

Dr. del Rio

Ca 2398

- Memoria de Doctorado -

81-1-C-1

Nº

1986

Diagnostico y tratamiento
de la
ulcera de la region pilórica.

por

Mariano Mancera y Roncal.

7

Excmo Señor:



Terminados los estudios que se requieren
para el periodo del Doctorado y desearo de lle-
gar a la posesión de tan honroso título, ven-
go a cumplir este último requisito que la ley
me impone, sometiendo a vuestro juicio es-
te pequeño trabajo que la observación de
tres casos de úlcera pilórica, curados por
la gastroenterostomía me ha sugerido.

2
Ardua empresa resulta para mi el desarrollo del
tema con acierto suficiente para que merezca
vuestra aprobación; por una parte la consi-
deración de mi poca experiencia ante la illu-
stración de tan sabios jueces, y por otra las
dificultades inherentes a' todo tema de la
actual gastro-patología que obligan a' su-
plicar una vez mas, vuestra reconocida
benevolencia al juzgar mi modesta labor
llena a' buen seguro de imperfecciones y defectos

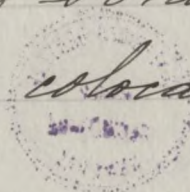
A pesar del estado de formación en que se encuentra en nuestros tiempos la gastro patología sin predilección por estos estudios me han surgido el tema que voy a desarrollar en esta memoria con el epigrafe « Diagnóstico y tratamiento de la úlcera de la región pilórica. »

Divido el estudio en dos capítulos: En el primero he procurado, coleccionar y estudiar detenidamente los síntomas a' que da lugar, la lesión ulceroosa del píloro y que nos ha

4

servido para formar el diagnóstico.

En el segundo capítulo destinado al tratamiento exponere los fundamentos de las indicaciones de la gastro-enterostomía sin entrar en la descripción técnica que estará mejor descrita en cualquier autor de operaciones y elevaré demasiado las proporciones de esta memoria: dos palabras solamente dire acerca de la piloroplastia colocada hoy en lugar secundario.

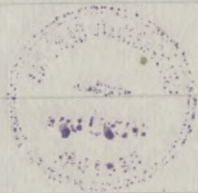


5

hoy en lugar secundario

A continuación expondré tres casos que he
tenido ocasión de observar y dos de Souppault
y Hayem cuyo conocimiento que considero de uti-
dad. Terminaré remitiendo mi trabajo en siete
conclusiones

Madrid Febrero 1. 904



Capítulo I.

Diagnostico: La frecuencia con que la ulcera simple del estómago recae en la región pilórica, varia con el criterio de los autores, que señalan distintas cifras de proporcionalidad: en general puede afirmarse sin inconveniente que la proporción se halla entre la mitad de los casos como quiere Lebert y una cuarta parte de ellos como dicen haberla obser-

vado Lutan y Rokitański.

El diagnóstico, fácil de establecer cuando la lesión se traduce a nuestros ojos por su cuadro clínico completo compuesto de los síntomas correspondientes a la úlcera, mas los propios de la estenosis pilórica que la acompaña, resulta por el contrario en muchas ocasiones difícil de formular sobre todo cuando, como por desgracia sucede con alguna frecuencia, faltan muchos de los síntomas de verdadera importancia en

el cuadro clínico mixto propio de esta afección:
tal sucede en ausencia de Hematemesis o me-
lenas, del dolor, de la retención etc.

Fortunadamente la mayor parte de las
veces, ante las hematemesis, los dolores esponta-
neos y provocados, los vómitos y la gastritis hi-
perpeptica con hiperclorhidria concomitante, nos
resulta fácil de abordar el diagnóstico de la
úlcera simple del estómago quedando enton-
ces reducido el problema diagnóstico a la lo-

calificación de la lesión en la región gástrica.

Afirma a este respecto el profesor Hayem, con mucha razón a nuestro juicio, que el diagnóstico de la localización gástrica de la úlcera péptica «debe apoyarse menos sobre la aparición tardía del dolor, sobre la calma que sigue al descubrimiento lateral izquierdo y sobre la localización de dicho dolor a la derecha de la línea media, que sobre los signos del estómago gástrico tales como la dilatación, la producción de la agi-

tación fenestral, la naturaleza y caracteres de los vomitos y la presencia habitual a la mañana en ayunas, de liquido cargado de residuos alimenticios reconocibles a simple vista o de abundantes residuos microscopicos.

¶ Pero la practica descubre a diario casos como los citados por el Dr. Leroy (1) en los cuales la intervencion quirurgica puso de manifiesto la existencia de la ulcera que no fue diag-

(1) Tesis de Paris - Louis Leroy 1902 (cuadro estadístico)

nostificada a priori, indudablemente por evaser
de datos y por ello creemos necesario el analisis
detallado de cada uno de los sintomas por
separado, a fin de conseguir por el estudio
intensivo de ellos, el descubrimiento de las parti-
cularidades propias de la afección que nos ocu-
pa en las cuales fundamentamos el diagnosti-
co, supliendo con ellas la evaser de sintomas
que algunas veces ocurre en ciertos juicios.
Mas antes de entrar en este estudio expon

breunos aunque sea á grandes rasgos algunos datos de Sintomatología general referentes al sexo, edad, curso de la enfermedad etc, que el inte-rogatorio y la simple inspección del habito exterior de estas enfermas nos suministran.

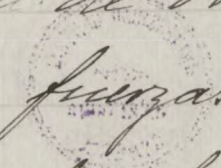
La úlcera del estómago puede decirse que es patrimonio de ambos sexos, con frecuentes diferencias de predominio para los individuos del sexo femenino: algunos observadores han estudiado esta diferencia llegando á franquear

de las afirmaciones; así para Brinton la proporción sería de dos mujeres por cada hombre afecto mientras que para Willigk estaría en la relación de 3×1 . Sin embargo estas estadísticas tendrían poco valor desde el momento que parten de la suposición falsa de que existan igual número de hombres que de mujeres. La predisposición del sexo femenino a padecer la úlcera, por el hecho de la cloroanemia, sería contrarrestada en el masculino

por la mayor frecuencia del alcoholismo que figura como una de las principales causas de la úlcera.

Tambien parece ejercer alguna influencia en la produccion de esta enfermedad el oficio ó profesion á que el enfermo se dedique: así, por ejemplo, todo el mundo sabe la facilidad con que la contraen cocineros y cocineras por el hecho de ingerir sustancias demasiado calientes.

Convieneu los autores en reconocer que la edad entre los 20 a los 40 años es la mas propicia para padecer la ulcera sin que por esto se excluyan las demas edades aunque en la mayoria de estos casos veremos remontanse el co-
mienzo del padecimiento a épocas de la vida comprendidas en la edad antes indicada.

Por lo general tenemos ocasion de observar a estos enfermos flacos, faltos de fuerzas con la  facies palida y encorvada, denotando en

Su semblante las huellas del sufrimiento ocasionado por los dolores intensos que á intervalos les acometen y cuyo solo recuerdo al relatarlos, delata sus temores de que vuelva á repetirse.

A la par que los dolores, nos suelen referir que vomitan con frecuencia todo lo que ingieren, consiguiendo con estos vómitos el alivio de sus dolores la mayor parte de las veces. No obstante su padecimiento, el apetito puede con-

Sevante normal y hasta estar aumentado, viéndose privados de satisfacer su necesidad por temor al dolor, con lo cual van desnutriendose y perdiendo fuerzas.

Casi todos ellos nos describen el cuadro de la gastritis como anterior a su enfermedad actual cuyo comienzo suele estar ligado a la presentación de un vómito de sangre (Hematemesis) o deposiciones de color alquitran (melena).

La fecha del comienzo de su enfermedad

varia desde algunas semanas hasta muchos años
 segun que se trate de la ulcera en sus comienzos
 o en evolución o haya pasado al estado crónico
 constituyendo lo que pudiéramos llamar ulcera
 latente. Es, en estos últimos casos, en los que po-
 dre mos ver la marcha de la enfermedad caracte-
 rizada por accesos de repetición del cuadro cli-
 nico de la ulcera, aguda, separados por in-
 tervalos de calma mas o menos largos, ac-
 cesos que con el tiempo vienen a ser cada vez

mas frecuentes.

Como es logico suponer influenciara la historia de estos enfermos, el regimen dietetico que observan y el tratamiento a que estan sometidos, asi como tambien las complicaciones que sobrevienen en el curso de la ulcera cronica. (estrechez, piengastritis adherencial etc.)

Tanto los enfermos de ulcera peptica en los comienzos de su evolucion, como los afectados de ulcera cronica, durante los accesos de

crisis, viene imposibilitados para el trabajo y hasta para la vida ordinaria temiendo a veces que permanecer en la cama. (Obs.² 3)

Hechos este breve relato, entraremos de lleno en el estudio de cada uno de los síntomas subjetivos y objetivos que por su constancia en presentarse y su valor semiotico consideramos de capital importancia para el diagnóstico: Entre ellos estudiaremos el Dolor, la Hematemesis, los Vómitos, la Agitación febril.

taltica, Contractura de un musculo recto derecho del abdomen, la Dilatación Gastroduodeno y la Ectasia.

Dolor. Síntoma común a muchas gastro-patías no deja de tener particularidades que le colocan entre los de importancia para el diagnóstico: lo estudiaremos bajo dos formas distintas: 1.^a a) como dolor que se presenta espontáneamente y 2.^a b) como dolor provocado por la presión.

a/ Dolor espontaneo = Puede asegurarse que nunca falta en la historia de estos enfermos: podrá suceder que desaparezca espontaneamente o mediante tratamiento sin haber curado la ulcera como acontece en los enfermos crónicos, pero no tardará en volver a presentarse al cabo de cierto tiempo: Su dependencia con la ingestion de alimentos es marcadamente manifiesta, pues aparece a las dos o tres horas despues de las comidas. Este caracter tardio tiene

muchísima importancia diagnóstica para Hartmann y Lorpault por producirse precisamente en el momento en que el quimino debe parar por el orificio pilórico. Puede también presentarse antes de las dos horas, como sucede en los casos de ulceración muy extendida que abarque además la región prepilórica.

Varia también con la cantidad de alimentos ingeridos observándose que tarda más en presentarse después de las principales comidas

que despues del desayuno.

Su caracter es muy variable: unos lo comparan a' un calambre del estomago, otros acusan su caracter urente, quienes designados o' terribraute algunos lo comparan a' la sensacion de superficie escoriada y no pocos lo asemejan a' si' los atravesaran con una barra.

Su intensidad es creciente desde el comienzo hasta su terminacion y varia con la calidad de los alimentos ingeridos. así se obser.

va que la intensidad aumenta por lo general después de la ingestión de alimentos sólidos siendo menor cuando se ingieren líquidos o semilíquidos: el mismo efecto que los sólidos producen los alimentos muy calientes: en general puede decirse que el dolor es lo suficientemente intenso para obligar acostarse al paciente.

Se localizan en la región epigástrica en las proximidades de la línea xifomediastinal,

propagandore en sentido antero posterior hacia la columna vertebral y puede irradiarse en todos los sentidos v. g. hacia el dorso, lomos, espacios intercostales, hipocostrios, abdomen etc.

La duración de estos dolores oscila entre una y cuatro horas viniendo a calmarse generalmente con la expulsión por vómito del contenido gástrico. Una particularidad de algún valor diagnóstico sería en nuestro concepto, el hecho de exacerbarse el dolor en el decubito lateral dere-

cho como lo hemos podido observar en la historia del caso n.º 2 que al final relatamos.

Tambien puede presentarse el dolor muy distanciado de las comidas como sucede en muchos casos complicados de gastrostomica y en los que el estomago tolerante no devuelve por vomito los materiales que bien sea por contractura ó estrechez real del orificio pilórico no pueden pasar al conducto intestinal.

Por la forma de presentarse estos dolores pro-

demus calificarlos de verdaderas crisis gastralgicas cuya duracion puede ser desde varios dias hasta semanas y meses dependiendo principalmente de la persistencia del tratamiento a' que se halle sometido el enfermo y del rigor con que lo cumpla.

El mecanismo patogenico en virtud del cual se produce el dolor no esta dilucidado con toda claridad; a primera vista parece sencillo de explicar desde el momento que existe una

Superficie cruenta cual es la úlcera y un quí-
mo ácido capaz de irritarla al ponerse en
contacto con ella: pero el hecho de existir pe-
riodos de calma en los cuales desaparece el
dolor y su misma desaparición por la gastro-
enterostomía comprobada en los casos de nues-
tra observación, demuestran la participación
que toman en su producción, las contracciones
dolorosas de la capa muscular del estómago
en su lucha para vencer la contractura es-

paraventricular del pílora siendo en un todo análogo al dolor que se produce en las estenosis orgánicas del pílora que obedecen a otra causa.

Dolor à la presión = Casi tanto valor diagnóstico como pueda tener el dolor espontáneo, se atribuye al dolor provocado por la presión, cuando este se presenta localizado a la derecha de la línea xifo umbilical en las proximidades del apéndice xifoideo (punto epigástrico) y sobre todo cuando coincide con idéntica

sensación dolorosa á la presión, en las proximidades y á la derecha de las vertebrae dorsales, decima, undecima y duodecima.

Su intensidad algo variable seria un dato que elevaria su importancia diagnostica, en concepto de Boas y á este fin ha ideado este autor un ingenioso aparato denominado algesímetro (1) por medio del cual apreciamos en kilogramos la presión necesaria para provocar el dolor. Segun

(1) Para mas detalles puede consultarse su libro «Diagnostico y Tratamiento de las enfermedades del estómago» Tomo I pag.^a 114.

Boas, Siempre que se toleren presiones de 4 kilogramos en el punto epigástrico y de 6 kilogramos en el punto dorsal sin provocar dolor podremos según la existencia de la úlcera que por el contrario afirmaremos si los valores son inferiores a 4 y 6 que el señala respectivamente: conviene practicar la exploración tres veces en cada uno de los puntos a fin de que la cifra del promedio sea la definitiva. Estos datos cambian algo en cuanto al sitio del dolor, cuando

do el estomago se halla fuera de su posicion normal o está muy dilatado. Por el hecho de haber observado en nuestro caso segundo que era necesaria la presion de 8 kilogramos en el punto dorsal y sin pretender con ello ^{purgar el método} nos permitimos hacer esta salvedad a las afirmaciones de Boas, sin dejar de reconocer las ventajas del nuevo método que nos suministra datos mas precisos acerca de la intensidad del dolor, que la simple apreciacion subjetiva por medio de la presion.

maunal

Hematemesis y melena. - La hematemesis es otro de los síntomas mas valiosos para el diagnóstico de la naturaleza ulcerosa de la lesión, pero dada la localización ^{de} esta, en la region pilórica, es fácil que falte por que la sangre extravasada en vez de derramarse en el estomago lo haga en el intestino, en cuyo caso será expelida al exterior mezclada con los excrementos constituyendo las deposiciones de color de alquitran o

posos de café que caracterizan el sintoma melanc.
 Por desgracia muchas veces pasará desapercibi-
 do este sintoma para los enfermos poco observa-
 res de si mismo, viendolos entonces privados de
 este importante dato diagnóstico, ~~algunos~~ ~~algunos~~
~~algunos~~.

Cuando por el contrario se presenta. Suele hacer-
 lo como comienzo de la enfermedad o mas bien
 como episodio de las primeras etapas de su evolu-
 ción: sobreviene por lo general brusca y re-

pentinamente sin que en la mayoria de los casos pueda justificarse su aparicion por excesos de la alimentacion, sin traumatismos ligeros, sin esfuerzos corporales violentos etc, es decir sin causa inmediata a que atribuirla.

En ciertos casos podemos darnos cuenta mas o menos que aproximada de la cantidad de sangre extravasada, fundandonos en la cantidad espelida, en los sintomas graves de anemia que acompañan a las grandes

hemorragias internas y en los caracteres particularmente en el color de la sangre expulsada por el vomito, puesto que la expulsion de sangre con su color rojo en los enfermos de utero solo se observa segun Boas (1) cuando las hemorragias son abundantes y repetidas.

Son mas frecuentes los casos en que la sangre sale al exterior coagulada y mezclada con alimentos, comunicando al material vomitado el

(1) Como 2.^o pag.^a 56 de su citado libro

aspecto de posos de café lo cual sería debido a juicio de Savarski, al aumento notable de la acidez del jugo gástrico antes y después de la hemorragia que produciría la rápida coagulación de la sangre extravasada en el interior del estómago.

Vómitos = Constituyen los vómitos otro de los síntomas más constantes del cuadro clínico de la úlcera péptica.

En general puede decirse que guardan

relación muy estrecha con los dolores pues sobrevienen espontáneamente a las dos o tres o cuatro horas después de las comidas principales, coincidiendo con el apogeo del acceso doloroso: esta hora de presentarse indica su dependencia con el movimiento de paso del quimo por el píloro, pues el contenido estomacal ante la imposibilidad de franquear el orificio contracturado refluirá hacia el cardias, desde donde será expulsado al exterior. Su fre-

cuencia suele ser grande en los periodos de crisis denotando con ella el grado de intolerancia gastrica.

Otras veces no se presentan espontaneamente, pero son provocados por el mismo enfermo a fin de calmar sus dolores.

Por medio de ellos se expulsan los alimentos ingeridos en la ultima comida y en periodo mas o menos avanzado de la digestion, por lo cual tienen un sabor fuertemente acido

que produce una Sensación inerte al pasar por la garganta y de estiramiento de los dientes (dentura) en la boca.

Lo mismo que el dolor pueden tambien presentarse muy distanciada de las comidas y hasta por la mañana en ayunas como sucede en los casos acompañados de gastro-Acorrea i estasis: entonces el material vomitado fuertemente ácido esta formado por líquidos de secreción mezclados con restos

alimenticios en pequeña cantidad que a veces solo son reconocibles por medio del examen microscópico.

La presencia poco frecuente en estos enfermos de restos alimenticios ingeridos en días anteriores en el material vomitado, sería prueba de una estrechez muy acentuada del píloro y de atonía de la capa muscular del estómago.

Su duración es análoga a la de los acci-

dolores viniendo a desaparecer mediante tratamiento adecuado para volver a presentarse en crisis sucesivas.

Pelocismo y rigidez del Estómago = Agitación peristáltica =

Contractura del músculo recto derecho del abdomen = Bu
el nombre de pilorismo describe Magensteifung
un síntoma que consiste, en un espasmo
limitado al píloro, fácilmente perceptible
colocando la mano de plano, delante un in-
stante en la región pilórica y que cesa para

reaparecer después de sobrevénir contracciones tónicas en el fondo del órgano: estas contracciones varían en intensidad produciéndonos la impresión de un ligero endurecimiento o de contracción fuerte y rígida, constituyendo entonces el síntoma llamado rigidez del estómago (1)

(1) BOAS distingue estos síntomas entre sí y da algunos consejos para la apreciación de la rigidez del estómago por considerarlos de utilidad diagnóstica. Dice « Ante todo el examen debe verificarse mientras el estómago está lleno o mejor repleto por lo tanto conviene verificar la exploración 2 ó 4 horas después de una comida copiosa como la del mediodía. Se rodea con toda la mano el fondo del estómago y se frota con la mano que debe haberse sumergido inmediatamente antes en agua fría o mejor haberse enfriado por inmersión previa muy duradera. La mano que rodea al estómago pronto notará entonces un endurecimiento progresivo del fondo del órgano que se abulta; dicho estado cesa muy pronto para reaparecer al cabo de pocas segundos. Conviene que el práctico se habitue primero el citado fenómeno en casos marcados de estenosis pilórica a fin de poder apreciarlo pronto en otros menos característicos.

Bajo la denominación de agitación peristáltica describe Kussmaul y Cruveilhier otro síntoma que consiste en movimientos peristálticos convulsivos visibles y palpables semejante a una onda que partiendo del lado izquierdo del epigastrio y pasando por la línea media terminará en el hipocostado derecho. Estos tres síntomas suministrados por la palpación suelen observarse en algunos enfermos de úlcera péptica: son debidos a la lucha

entablada por el estómago para franquear el piloro: de ahí su aparición en los periodos de crisis en que existe contractura o estrechez real del orificio pilórico y su desaparición en los periodos de calma a no ser que la ulcera determine verdadera estrechez y de alguna importancia. Dejaron tambien de presentarse si la túnica muscular es atónica por degeneración o cansancio.

Puede tambien presentarse la agitación

peristáltica en sentido inverso como aseguran haberla observado algunos autores precediendo al vómito.

Estos tres síntomas se debieran observar después de las comidas principales por ser la hora en que suelen presentarse. No hemos podido comprobar su existencia en los casos de nuestra observación.

Otro síntoma de importancia diagnóstica es la contractura del músculo recto derecho del

abdomen: consiste en que comprimiendo la pared abdominal en la región umbilical se nota una fuerte contractura del músculo recto correspondiente, mientras que la misma presión ejercida en el lado izquierdo no produce la contractura del recto izquierdo. (Véase 3)

Para el Dr. Lozano (1) será debido este sintoma a la propiedad de contraerse que tienen los músculos abdominales siempre que existen los.

(1) La clínica moderna Año 1902 n.º 1=

siempre por debajo de ellos y lo considera de alta
significación diagnóstica. Hemos podido com-
probarlo en los tres casos de nuestra observación
que al final de la memoria relatamos. El
Dr. Limner (1) asegura haber observado la per-
sistencia de la contractura después de la clorofo-
rmización del paciente. En general podemos
decir que estos cuatro síntomas son patognómicos de
todos aquellos casos en que la úlcera determina

(1) Catedrático de operaciones de Madrid

un estrechamiento de la luz del orificio pilórico.

Dilatación = Apenas si puede observarse la dilatación del estómago en los casos de úlcera en los comienzos de su evolución porque su intolerancia gástrica hace que los alimentos sean expulsados por el vomito: es mas propia su presentación en los casos antiguos en que la fibra muscular causada de luchar contra el fúlor pierde su tonicidad y se deja distender.

Por lo regular el aumento de volumen

y capacidad del estómago suele ser de mediana intensidad en estos enfermos: la corbadura mayor del estómago rara vez traspasa los límites del umbigo y la capacidad del mismo que en estado normal se ha señalado por 300 a 900 centímetros cúbicos de aire, suele llegar hasta hacerlo tolerante para 1.400 o 1.800 centímetros cúbicos.

La continuancia del estómago sin provocar dolor para mayores cantidades de aire nos fundan de manifiesto el grado de estrechor pilórico que la úlcera provoca.

El medio mas sencillo que poseemos para cerciorarnos del aumento de volumen del estómago es la introducción de una mercha efervescente, de modo que al juntarse en el estómago produzcan desarrollo de gases: practicada entonces la percu-
sion podremos señalar los límites de las cor-
badas mayor y menor, dato muy impor-
tante para diferenciar la verdadera dilata-
cion de la gastroparosis.

Y valiendonos de una sonda ordinaria ado-

sada a una pera de cauchout cuya cabida sea conocida, de antemano podremos averiguar la capacidad del estomago por la cantidad de aire introducido.

Tambien se han aconsejado la percusión auscultada, la gastrodiafania y la radioscopia ayudada de unas piladoras de bismuto ingeridas previamente, pero no son tan recomendables estos procedimientos por que son complicados y dificiles de practicar no superando

Sus resultados a los obtenidos por los procedimientos
anteditados.

El mecanismo por el cual se fragua la
dilatación del estómago en los enfermos de
ulcera pilórica parece sencillo de explicar:
por un lado la contractura y estrechez del
piloro, prolongando mas del tiempo normal
la permanencia de los alimentos en el estó-
mago y por otra la gastritis hiperpeptica
con o sin hipersecreción pero si con hiper

clonidia que acompañan a la úlcera, deteniendo el retardo de las digestiones (digestiones silb. intrantes de Hayen) Son causas suficientes para producir la sobre carga del trabajo motor encomendado a la túnica muscular, que al cabo del tiempo cede dejándose distender por la presión interior. De ahí se deduce que ~~en~~ los enfermos cuya intolerancia gástrica o ~~por~~ el régimen alimenticio severo, & los lavados del estómago, eviten esta estancación de los

alimentos no existirá la dilatación. En cambio será frecuente observarla en los casos de larga fecha y que durante los periodos de relativa calma desmudan los preceptos dietéticos.

Puede tambien suceder aunque es raro observar, que la dilatación exista anteriormente a la úlcera.

Gastrosucorrea. = Aparte de las discusiones a que ha dado lugar esta palabra y de no estar de acuerdo los autores acerca de su sig

nificación, creemos justificado su empleo, después de los trabajos de Hayem para denegar un síntoma caracterizado por la presencia en el estómago de jugo gástrico puro y activo sin mezcla alguna de restos alimenticios.

Creemos por tanto que existe gastroesofagia cuando el cateterismo practicado por la mañana en ayunas, 8 ó 12 horas después de la comida nos permite extraer cierta cantidad de jugo gástrico puro y activo en el cual ni el

examen microscópico ni mucho menos el macroscópico describen resto alguno de alimentos.

Del estudio hecho por Hayen (1) acerca de estos líquidos bajo la denominación de líquidos postdigestivos o epipepticos resulta que pueden ser de dos clases: a). líquidos clorúricos y b). líquidos clorhídricos.

a). Los líquidos clorúricos suelen hallarse en pequeñas cantidades: hasta 50 centímetros

(1) Leroy Jours de Paris 1902 = Sección inédita.

cubicos. Son mucosos y en su composición se ve el predominio de la cifra de cloruros fijos: como ejemplo de la composición química de estos líquidos presenta el obtenido en un enfermo ulcero: se le extrajo en ayunas 25 centímetros cúbicos de líquido mucoso: analizado el cual resultó darnos la siguiente cifras por mil =

$$\underline{A} = 1.6 - \underline{C} = 3.43 - \underline{H} = 3.01 - \underline{Hb} = 0 - \underline{O} = 1.2 - \underline{\alpha} = 1.33$$

y $\frac{T}{P} = 1.03$. Para Hayem tendria estos líquidos la significación de una secreción ca-

tamal por lo cual no ofrecen interés diagnóstico en suces-
to caso por ser impropios de la gastroneumona, en sen-
tido estricto de la palabra. En cambio los líqui-
dos clorídicos son los propios de la gastroneumona y
mas abundantes, pudiendo llegar hasta dos cen-
tímetros cúbicos su reacción acida entre 0,5 y 1 por 1000 y
debida al ácido clorhídrico libre pueden contener unicor-
dades en suspensión pero no abundantes.

El extracto en un enfermo de Hayem con ulcera
crónica pero sin estenosis apreciable no senoria de ejemplo:
- Cauti-

dad 60 centímetros cúbicos - $A = 1,92$ - $C = 4,92$ -
 $E = 2,46$ - $Hb = 1,27$ - $C = 1,17$ - $x = 0,58$ y $\frac{T}{F} = 2, -$

Para Hayem estos líquidos son exclusivos de la hiperpepsia y se producen por sobreexcitación nerviosa del aparato peptico: esta excitación provocada por los alimentos, se continuará después de la evacuación, deduciéndose de aquí la razón de por qué se observa este síntoma en muchos enfermos de úlcera péptica puesto que en ellos la gastritis hi-

peptica con hiperclorhidria y la ubera ~~en~~
condiciones abonadas para que la sobrestimación
del aparato peptico tenga lugar.

Soupartit afirma que es un síntoma muy
frecuente de la enfermedad que nos ocupa, in-
clinándose a creer que siendo la mayoría de
los casos de gastroducrea (1) se examinará el pi-
loro, no superficialmente sino de una ma-
nera minuciosa, como puede hacerse des-

(1) Para Soupartit. La gastroducrea abarca ^{los casos} en que el microscopio descubre restos alimenticios.

pues de una pilorotomía, en toda se encontraría la ulcera del pílora sobre todo al principio de su evolución. En apoyo de su aserto presenta un caso á la Sociedad de Cirujía (1)

Es característica de estos líquidos no aumentar en cantidad cuando se aumenta la de alimentos ingeridos. lo cual es preciso tenerlo muy presente, para diferenciarlos de los líquidos de retención que caracterizan la ectasia.

(1) Lo descubriremos despues de muchos casos con el ul. 2º.

Esta diferencia difícil de señalar en algunos casos, como el 2.^o de nuestra observación, tiene mucha importancia terapéutica para Hayem, que considera indicado el tratamiento médico para los líquidos epilépticos y quirúrgico para los de retención o ectasia.

Ectasia. Se caracteriza la ectasia o retención por la presencia, en el estómago ayuno 12 horas después de la última comida, de un líquido ulezcla de jugo gástrico y restos

alimenticios reconocibles a simple vista o mediante el examen microscopico. Es sintoma de mucha importancia diagnostica y sobre todo terapeutica.

La cantidad de estos liquidos varia entre 100 y 1.000 centimetros cúbicos: estando subordinada a la cantidad y calidad de alimentos ingerida, de ahí que la retención desaparezca, con la distalactea, el lavado del estomago y los vómitos que se producen en la

intolerancia gastrica.

La proporción de alimentos mas ó menos transformados que contienen es tambien variable: en unos enfermos son abundantes y con residuos de alimentos ingeridos en dias anteriores y en otros por el contrario se hallan en tan pequeña cantidad que solo el examen microscopico los pone de manifiesto.

Pero mas interesante que la cantidad es la composición quimica de los mismos.

Son siempre ácidos, siendo principalmente debida su acidez al ácido clorhídrico; pero otras veces como sucede en los casos de úlcera antigua, con dilatación atónica, por estrechez acentuada y con estancación de ahijientos durante mucho tiempo, contribuyendo a su acidez el acético, láctico ó butírico desarrollados en virtud de las fermentaciones respectivas.

Practicado el análisis por el procedimiento de Hayem⁽¹⁾ y Winter en el líquido extraído

4) Presenta como ejemplo un líquido de composición parecida al nuestro:

$$\begin{array}{l} \text{Cantidad} = 300 \text{ gramos: } \left\{ \begin{array}{l} A = 2,92 \\ E = 4,39 \end{array} \right\} \left\{ \begin{array}{l} F = 1,89 \\ H = 1,97 \end{array} \right\} \left\{ \begin{array}{l} C = 1,03 \\ a = 0,92 \end{array} \right\} \left\{ \begin{array}{l} T \\ F \end{array} \right\} = 2,53. \\ \text{Rendidos alimenticios visibles} \\ \text{a simple vista} \dots \dots \end{array}$$

en ayunas a nuestra enferma n° 2 la composición es la siguiente = Cantidad 150 ctmc: $A = 2,58: E = 3,99$
 $F = 1,37: H = 1,4: C = 1,68: a = 0,97: \frac{T}{F} = 2,91.$

Por medio de las reactivas correspondientes descubriremos la presencia de peptonas, amilina enterodextrina, así como también el ácido acético, láctico o butírico y hasta la bilis; pues aunque pareciera paradójico se ha observado este reflujó a pesar de la

estén en un caso muy interesante presentado por Hayem (1).

Pertenece como se vé a' la clase de los líquidos de fermentación o sea de composición análoga a' los líquidos obtenidos en pleno período digestivo y pertenecen a' los líquidos hipersepticos e hiperclorhidricos.


Después de los trabajos de Hayem no cabe dudar de su importancia en el diagnóstico de

(1) Véase al final de esta memoria el caso 5º Observación de Hayem.

la estenosis pilórica. Su aparición constante en los enfermos de úlcera pilórica nos servirá para darnos cuenta de la estrechez real que la úlcera provoca: así como su presentación solamente en las periodos de crisis nos hará pensar en la estrechez debida al espasmo del orificio.

¶ Pero está probado que el régimen lacteo, los lavados y los vomitos, pueden hacer desaparecer la ectasia y conducirnos con

ello a un error de diagnóstico: a fin de entor-
lo y fundandore en el hecho observado de que
los epicarpios de algunos frutos, quedan siem-
pre retenidos en el estómago por ligera que
sea la estrechez, propone Bourget se haga
el reconocimiento 12 horas después de su cena
todo lo mas parecida a la normal y cuya
composición es la siguiente = Caldo 300 gramos.
Carne picada 100 gramos. Pan 50 gramos y 6
viruelas para cocidas.



Examen de la digestión = El estudio del proceso digestivo nos suministrará datos muy interesantes acerca del estado de la mucosa gástrica. Practicando el análisis del contenido estomacal una hora después del almuerzo de prueba de Ewald vemos en todos los casos que la suma $C+H$ suele ser mayor que 3,12 cifra señalada como normal, aumento producido principalmente por que H es mayor que 0,44 sin que por eso deje de elevarse

en ocasiones el valor de C por encima de 1.58. Sea
de por tanto hiperpepsia general o solamente
hiperclorhidria.

Únicamente en el raro caso de coincidir la
ulcera con atrofia de la mucosa, apreciáramos
el cuadro de la hipopepsia. (Obs.ⁿ 3)

Mayor interés ofrece todavía el examen prác-
ticado en series continuas que nos permiten
apreciar el retardo de la digestión tan fre-
cuente en estos enfermos cuando tienen es-

trachido el filon.

Para este estudio de la digestión con relación al tiempo parte Hayem de la base reconocida por todos de que la digestión en estado normal empleando el almuerzo de prueba, llega a su apogeo a los 60 minutos. Este apogeo se marca por la relación $\frac{T}{F} = 3$ es decir por el maximum de aprovechamiento de F en forma de C . Si practicamos por tanto el examen a los 90 minutos después

del alumenzo de prueba en estado normal la relación $\frac{T}{F}$ estará disminuida. Pero en estado patológico observase que $-H + C-$ van aumentando paulatinamente y la relación $\frac{T}{F}$ no alcanza ese apogeo, hasta los 90 los 120 o los 150 minutos. Entonces diremos que la digestión está retardada. Este hecho puede observarse no alcanzando $\frac{T}{F}$ su valor máximo hasta 120 o 150 minutos.

Este aumento progresivo de H en las ex.

tracciones posteriores a la verificada 60' minutos después del almuerzo de prueba nos hará ver la posibilidad de la hiperclorhidria tardía (Hayem) aun en casos de que exista hipopepsia a los 60' minutos. (Obs.² 3)

Solo por el hecho de extraer cierta cantidad de contenido gástrico a los 90' minutos de ingerido el almuerzo de prueba de Ewald podemos afirmar la estrechez producida por la úlcera.

Excretas:- Para terminar señalaremos la frecuencia del estreñimiento y la disminución de la secreción urinaria en relación con el déficit de líquidos llegados al intestino.

Estos son los principales síntomas de que dados los conocimientos actuales podremos hacer un uso para llegar al diagnóstico de la úlcera de la región pilórica, sin embargo podrá suceder como acontece

en otras enfermedades que la falta de Suito-
mal nos impida formular el diagnóstico

Capítulo II

Tratamiento quirúrgico — Gastro-enterostomía

Demostrada por la experiencia la ineficacia curativa de los medios médicos y ante el inmenso progreso realizado por la Cirugía en nuestros tiempos, vemos de cada día aumentar el número de afecciones gástricas, en las cuales está indicado el tratamiento quirúrgico. Entre ellas se cuenta hoy día la afección

de que venimos tratando.

Las operaciones, la piloroplastia y la gastroenterostomía han venido practicándose con éxito, en el tratamiento de la úlcera de la región pilórica. Mas hoy en día, reemplaza la piloroplastia por la mayoría de los cirujanos a causa de los peligros que la acompañan, de los resultados funcionales inciertos que produce, de las dificultades técnicas que encierra y de su mortalidad

(40 por 100 segun Haberkant). ha sido remplaza-
da con ventaja por la gastro-enterostomia li-
mitandose su indicación solamente para los
casos en que se sospeche la transformación
cancerosa de la ulcera.

En cambio la gastro-enterostomia, practicada
la primera vez por Woffier ante las indicacio-
nes de Nicoladoni en 1881 ha dado tan bue-
nos resultados que restringiendo el campo de
acción de la proctostomia y demás ope-

raciones absorve para sí casi por completo el
capítulo de las indicaciones de intervención
quirúrgica en las gastropatías. A ello han
contribuido indudablemente, tanto el marcado
adelanto de la Medicina en cuanto a la
exactitud del diagnóstico, como el perfecciona-
miento de la técnica operatoria alcanzau-
do merced a numerosas y ventajosas mo-
dificaciones introducidas en la práctica por
eminentes cirujanos como Hacker, Roux,

Kocher, Hartman, Doyen etc que durante estos 20 años han extendido y vulgarizado su práctica hasta el punto de colocarla en el lugar preeminente que hoy ocupa. Dico a este respecto el Doctor Cardenal (1) en su brillante memoria presentada al último congreso de Medicina celebrado en Madrid « Es la gástrica enterotomía en nuestro concepto y hasta la hora presente, la operación más

(1) Indicaciones de la intervención quirúrgica en las afecciones del estómago por el Dr Cardenal 1903

terapéutica de toda la cirugía gástrica: fuer
aunque las extirpaciones parciales y totales del
píloro y del estómago parecen mucho mas
radicales a primera vista y mas brillantes en
el concepto puramente técnico y quirúrgico
llevan consigo el defecto original de su carácter
mutilante y de sus indicaciones transitorias.
Constituye la operación que nos ocupa
una adquisición definitiva para la terapéu-
tica con los mismos derechos que la herniotomía

custotomia, traqueotomia etc) porque por mucho
que progresa la ciencia médica y el arte de
curar es mas que probable que no llegara nunca
a evitar en absoluto y en todo los casos la
producción de obstáculos mecánicos defini-
tivos a la evacuación del contenido gástrico
por su via natural ya que dentro de las
leyes organicas conocidas como inmutables
el tejido de cicatrix que ha de constituir for-
zosamente la curación de toda ulcera el.

go profunda, aunque perfectamente sano y normal tiene propiedades intrínsecas de retracción e inextensibilidad que hacen imposible hoy por hoy su sustitución natural por tejido flexible y elástico y por consiguiente del todo imprescindible la adopción definitiva de un método que permita sortear la dificultad estableciendo una nueva vía en sustitución de la antigua curada ya por inservible.»

«La gastro-enterostomía es pues la más importante de las modernas operaciones de la cirugía gástrica y a la que puede promóticarse una vida más duradera por no decir definitiva y perpetua.»

Señala a continuación los casos de afecciones gástricas cuya curación por la gastro-enterostomía ha sido demostrada, elevándose en consecuencia a 21 la suma de sus indicaciones.

Queda por tanto reducida a la gastro-enterostomía, la cuestión de la intervención quirúrgica en la úlcera pilórica, y por ello prescindiremos de la pilorectomía.

Idénticas apreciaciones a las expuestas por el Dr Cardenal podemos oír de boca de todos los cirujanos modernos que cuentan con alguna experiencia personal.

Encontraremos justificada la importancia y extensión de las indicaciones de la gastro

eutestomia, si consultamos la estadística, es en efecto muy marcado el contraste que se nota entre la mortalidad de los primeros tiempos de su ejecución y la de nuestros días. contraste que se traduce por la notable disminución de su mortalidad y que demuestra la casi inocuidad de la operación sobre todo desde que se ha precisado mejor el momento quirúrgico y se practica con rigurosa asepsia y relativa rapidez por cirujanos hábiles.

Ante prodemos ver que Chlunsky despues de reunir 550 casos de gastro-enterostomia Setenta los resultados siguientes:

Años 1881 a' 1885 mortalidad por 100 = 67.75

" 1886 a' 1890 " " 47. "

1890 a' 1896 " " 33.9

Cerny de 1881 a' 1889 presenta 9 defunciones en 14 operados

de 1890 a' 1893 " 2 " 17 = 12 %

de 1894 a' 1895 " 8 " 23 = 31 %

en 1896 presenta 10 defunciones en 28 = 34 %

en 1897 " 4 " 28 = 15 %

Roux presenta 18 defunciones en 116 operados o' sea 13.8 por 100 de mortalidad

De 1899 a 1900 — 10.9 por 100

Cerrier en 1902 presenta 1 defunción en 22 operados. 4,5 por 100 de mortalidad.

Hartmann de 1899 a 1902 presenta 3 muertos en 26 operados lo cual equivale a una mortalidad de 11.5 por 100.

En general puede asegurarse que la mortalidad disminuye cuando mas a tiempo

se opere a los enfermos, sin aguardar a que su deplorable estado de nutrición comprometa el éxito operatorio.

Esto sentado y vista su relativa inocuidad consultemos opiniones acerca de su indicación para la úlcera pilórica.

Mañón que ha tratado magistralmente esta cuestión dice:

« La operación es racional por que ella disminuye el tiempo de contacto entre la úlcera

y el jugo gástrico hiperácido, hipersegregado. La gastro enterostomía suprime la retención debida a la contractura del píloro, proporcionando una nueva boca a la evacuación estomacal. Es además eficaz porque en la mayoría de los casos los resultados son satisfactorios; los enfermos ven desde el principio desaparecer los dolores y luego sigue la alimentación normal (1) Su apoyo

(1) Véanse las observaciones 1^a 2^a 3^a y 4^a

de esta aserción cita dicho autor cinco observaciones de gástrico-enterostomía por úlcera (algunas de ellas en la región pilórica) seguidas de curación y hace referencia a cuatro casos de Loyer seguidos del mismo resultado.

Conviene tener presente que Morison se refiere al Sentor estos conceptos a la úlcera del estómago en general y solo habla de resultado inmediato pues se refiere exclusivamente al caso particular de la úlcera en la región pi-

lónica hubiera sentido que la gastro-enterostomía
suprime el contacto del quimo ácido con la ulce-
ra dejando un repero al píloro por medio de
la nueva boca creada.

Heindeurich haciendo un estudio parecido
llega poco mas o menos a las mismas con-
clusiones que Marisú.

La discusión habida en el último Congreso
alemán de Medicina interna celebrado en
Wiesbaden, con motivo de la indicación de

la gastro-enterostomía en la úlcera del estómago
nos permite aportar opiniones muy autorizadas
acerca de nuestra tesis. Hayem, defensor del
tratamiento médico para la úlcera del es-
tómago en general, reconoce la eficacia de la
gastro-enterostomía para los casos acompañados
de retención, como son la mayor parte de los
que la úlcera crónica tiene su asiento en el
piloro.

Liner de Heidelberg (1) sostiene que la úlcera

(1) Presse médicale 1893.

del estómago no necesitará jamás la gastro-
enterostomía si no ser que se complice de
trastornos mecánicos o esté situada al nivel
del píloro en cuyo caso se deberá temer una estenosis
consecutiva. En todo caso la gastroenterostomía
no excluirá tanto antes como después
el empleo del tratamiento médico.

Continuaré se muestra partidario de la
intervención solamente en dos casos: cuando
la úlcera produce pequeñas hemorragias

repetidas ó cuando acompañándose de espasmo
y síndrome en dicho oficio.

Vemos pues coincidir las opiniones de todos
en que la gastro-enterostomía está indicada
en la úlcera del píloro.

Mas, aparte estas opiniones muy dignas de
atender por la autoridad de quienes las sus-
tentan, encontramos fundamentos de orden ana-
tómico patológico y clínico que evidencian di-
cha indicación.

Estudiando aunque sea a grandes rasgos el proceso ulceroso vemos que comienza por una lesión necrótica circunscripta recayendo la mayoría de las veces solamente, sobre la capa superficial de la mucosa (es decir que comienza por la exulceración simple de Dieulafoy).

Al lado de la necrosis aparece un proceso secundario de reacción inflamatoria: si en estas condiciones de profundidad pequeña de la úlcera, interviene a tiempo

el tratamiento, este proceso secundario que muestra gran tendencia separativa (Hayem) producirá bajo su influencia una cicatriz reparadora de la herida, tanto mas fácilmente cuanto menor sea la profundidad de la lesión. Sin embargo y apesar de lo anteriormente expuesto, en el caso particular de la úlcera de la región pilórica, la curación de la úlcera por el trabajo progresivo de organización y retracción del tejido cicatricial, conducirá

la mayor parte de las veces a la formación de una estrecha cicatricial del pibro con todas sus consecuencias.

Pero otras veces a causa del contacto constante del quimo con la ulcera la reparación de la perdida de sustancia no se regulariza o se hace irregularmente: entonces la lesión ulcerosa va progresando, para inmortalizarse y presentir infinitamente bajo la forma de una perdida de sustancia cerrada

por bordes elevados gruesos redondeados y recayendo sobre una base indurada de tejido fibroso soldado frecuentemente por salidas adherencias a los órganos vecinos; cuando la perforación de la pared estomacal es completa, el fondo de la úlcera está formado por un órgano vecino, pancreas, esplen ligado etc. La reacción inflamatoria que según hemos visto acompaña al proceso necrobótico traspasando los límites útiles

útiles invade las partes vecinas e inmoviliza el proceso ulceratorio haciendo imposible su reparación, con lo cual queda formada la úlcera crónica. En estas condiciones y bajo la influencia del contacto con el quimo ácido al parar por el píloro vuelve a progresar el proceso ulcerativo y destruyendo en parte los bordes de la úlcera puede provocar una o varias hematemesis por rotura de vasos inmediata o perforaciones siempre graves. —

En vista de lo que antecede llegamos al
momento en que la indicación de la gas-
tro-enterostomía en la úlcera de la región
pilórica surge clara y evidente, pues esta ope-
ración creando una nueva vía para el pa-
so del contenido gástrico al intestino consigue
el reposo absoluto del píloro primera y funda-
mental indicación de la úlcera de esta re-
gión.

Los hechos prueban su eficacia curativa

Kumpel de Hambourg presentó una comunicación al Congreso de Wiesbaden antes citados de-
mostrando por medio de la autopsia practica-
da a un enfermo de úlcera pilórica, trece
años después de la gastro enterostomía que
la úlcera estaba cicatrizada por completo
y solo había vestigios de perigastritis anti-
gua.

¶ Pero donde encontraremos muchísimos mas
casos de curación de la úlcera pilóri-

ca es en el terreno de la clínica pues aparto nuestras observaciones personales tenemos muchas más casos citados por Leroy⁽¹⁾ Degorge⁽²⁾ Orcoyen⁽³⁾ etc.

En todos ellos vemos la curación de la úlcera curación que afirmamos cuando han desaparecido por completo todos los síntomas para no reaparecer y la presión ejercida con el alfilermetro en la región pilórica llega a ser

-
- (1) Leroy: Thèse du Paris 1912: De la gastroenterostomie dans les affections non cancéreuses de l'estomac»
 (2) Degorge: Thèse du Paris 1922: De la gastroenterostomie dans la gastrincoarctée»
 (3) Orcoyen: (1924) Indications y resultados de la gastroenterostomia, etc.

soportable para cifras mayores a 4 y 6 kilogramos
señalado por Boal como excluyente de la úlcera.
Los buenos resultados obtenidos en los enfermos S de
de nuestra observación viene a confirmar la
eficacia de la gastro-enterostomía señalada por
otros autores en cuanto a la derivación del
enflequecimiento, dolor y vómitos; por lo que
respecta a la dilatación y estasis los resulta-
dos son tanto mejores cuanto mas a tiempo se
opere a los enfermos, pues si bien es verdad

que en algunos casos han observado la persisten-
cia de ambos síntomas mas bien de casos de este
uonis, por otras causas en las cuales la fibra
muscular degenerada no podra ya reaccio-
nar: de ahi que los resultados sean me-
jores en nuestros enfermos en que la enteritis no
esta cerrada. Todos convienen en la desapari-
cion de la hiperclorhidria cuando es tardia.
Lo mismo sucede con la gastroscanea y
la piperpeptia que desaparecen mas o menos

pronto a' causa de haber suprimido la irritación que las ocasionaba

Demostrada su indicación y comprobada su eficacia curativa, además de su atenuada mortalidad y fácil ejecución por lo cual sustituye con ventaja a' la fiorectomia en la afección que nos ocupa, quedamos por resolver el momento quirúrgico, es decir, cuando debemos intervenir.

Resulta imposible de contestar categóricamente.

mente a' esta pregunta por exigir una respuesta generalizada a' todos los casos. En esta como en otras cuestiones varia el criterio de los autores segun se trate de Internistas o Cirujanos: asi se ve que mientras los primeros reservan la operacion para cuando hayan fracasado los medios medicos puestos en practica se lamentan los segundos del deplorable estado de nutricion en que llegan los enfermos a' sus manos comprometiendo con ello

el buen resultado de la intervención.

¶ Mas esta divergancia y esta imposibilidad de resolver la cuestión se convierten en aparente desde el momento que precludiendo de la generalización nos referimos a casos concretos.

¶ Así vemos que todo coincide en que la gastro-enterostomía debiera practicarse tan pronto como se haya diagnosticado la lesión en todos aquellos casos de úlcera antigua, de marcha crónica, que es-

hechando la luz del piloro provoca la aparición del Síndrome pilórico de Hartmann y Soupault (dolor tardío, vómito y retención y dilatación) Observaciones.

Igual manera de proceder debe emplearse para aquellos otros casos en que la úlcera no provocando la estrechez orgánica del piloro sino más bien su contractura periódica se nos manifiestan por la sintomatología del Síndrome pilórico. En estos enfer-

unos el tratamiento medico riguroso puede aliviarlos durante algun tiempo, pero vuelven a reaparecer los sintomas ante cualquier transgresion de regimen o por el trabajo corporal.

Por el contrario queda un tercer grupo de casos en los cuales podremos aconsejar la intervencion precoz sin antes emplear el tratamiento medico por el reposo del organo y organismo y el suministro de vitaminas altas dosis que han buenos re-

Sultado ha proporcionado a veces a Boas y
Hayem. A este grupo corresponden los casos
de úlcera frustada descritos por Sabatier y que
a juicio de Soupault se muestra pontidario
de la intervención, siempre que la intensidad
de los dolores y su persistencia haciendo la vida
insuportable o la abundancia y frecuencia de
los vómitos acarreando la desnutrición sea
rebelde a todo tratamiento médico reempla-
do durante un mes.

Queda pues solamente un pequeño número de casos en los cuales el tratamiento médico podrá curar la úlcera; pero como quiera que la cicatriz por radicar en el píloro ha de provocar cierto grado de estrechez, que quizá no se haga manifiesto mientras un régimen adecuado y la hipertrofia de la musculatura gástrica lo impidan cabe la justificación del empleo de la gastro-enterostomía para todos aquellos enfermos

enfermos de la clase derhendada de la fortuna por que en los males es imposible esperar que se sometan al regimen adecuado, de la estrechez consentiva.

Vemos pues que la unica excepcion que puede hacerse al empleo de la gastro-enterostomia en la ulcera del piloro, la dan los enfermos de la clase acomodada cuya lesion se encuentre en los comienzos y responde al tratamiento medico. Fuera de esto caso ra-

ros la operación deberá practicarse siempre
que en el término de uno á seis meses de tra-
tamiento médico no haya obtenido la curación
y sea repetirse el cuadro clínico descrito.



Observacion 1^a

Se presenta el 15 de Diciembre de 1901 una mujer de 56 años que se queja de sufrir desde hace 11 años dolores francos a' calambres en el estomago 3 o 4 horas despues de las principales comidas seguidos con frecuencia de vomitos alimenticios que calman el dolor: estos trastornos se presentan por crisis separadas por períodos mas o' menos largos de relativa calma.

Hace 4 años tuvo una abundante hematemesis acompañada de melena, a' raíz de lo cual y con el régimen estricto de dieta hasta los dolores mejoraron durante algunos meses para reaparecer después con nueva intensidad aunque con los mismos caracteres.

Desde hace 4 meses los dolores se han convertido en continuos con exacerbaciones a' las 3 o 4 horas después de las comidas. Los vómitos vani han desaparecido, pero el temor

de despertar el dolor hace que se untra insu-
ficientemente, con lo cual ha ido debilitándose
de día en día y enflaqueciendo hasta el pun-
to de perder 12 kilogramos en el espacio de 4
meses, hoy pesa 45 kilos.

La palpación del estómago demuestra ligera
sensibilidad dolorosa a la presión en toda la
zona del estómago especialmente en la región
pilórica: con el algesímetro marca 2 en la
región epigástrica y 5 en la dorsal, a izquier-

da y derecha de la 12.^a dorsal.

En el estómago ayuno no se nota chapoteo, la percusión previa introducción de la sonda efervescente nos pone de manifiesto ligera dilatación, la corbadura mayor llega cerca del ombligo. No existe agitación peristáltica después de las comidas.

El cateterismo corrobora la vacuidad del estómago en ayunas. El cateterismo practicado a distancia de la ingestión de alimentos

Semisólidos (leche y bizcochos) nos dice vaciarse a las cuatro horas.

El examen de la digestión a la hora de administrar el alimento de prueba oral da los resultados siguientes.

Líquido 200 gramos con restos de papa bien dividido. olor y color normales, sin vómitos ni restos anormales de comida anteriores. La reacción del ácido clorhídrico libre obtenida con el reactivo de Gümzbourg.

La reacción de Hufferma para el ácido láctico resulta negativa.

El análisis químico practicado por el procedimiento de Hayem y Winter nos da las cifras siguientes:

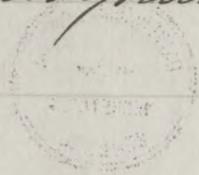
$$\begin{array}{ll} A = -198 & \alpha = 0.65 \\ G = 340 & \\ F = 152 & \frac{T}{F} = 2. \\ H. = 81 & \\ C. = 188 & \end{array}$$

En estas condiciones y pensando en que se trata de una úlcera de la región fulvica es sometida al tratamiento de la úlcera por el

procedimiento Boas, dieta lactea, lavativas alimen-
ticias y agua de Karlsbad y a las 48 horas con lo cual
se produce una mejoría momentánea pero a
los 15 dias vuelve la enfermedad a sus dolores
incansables y en vista de ello y de nuestro con-
sejo marcha a Bayona a consultar con el
Dr. Monac el cual ante los deseos de la enferma
y la ineficacia de todo tratamiento médico
empleado practica una gastro-enterostomia por
el procedimiento de Hartmann.

Gracias a la amabilidad del Dr. Monac podemos hacer constar que ha confirmado nuestro diagnóstico encontrando además algo esperada y congestionada la región fibroica y que el curso de puerperatorio fue bueno. La enferma reaccionó muy rápidamente después de la operación y aunque durante tres semanas tuvo algunas molestias del estómago no llegaron nunca a parecerse a dolores vivos antepuerperales. Al cabo de dos meses desaparecieron estas molestias y

podríamos ver a la enferma que comía casi de todo y sin molestias digestivas. Durante los dos años que lleva de operada hace la vida ordinaria y no ha vuelto a tener la mas ligera molestia en el estómago. En Enero de este año 1904 hemos vuelto a ver a la enferma: su peso es de 62 kilogramos la presión con el algómetro de Boas de las cifras 7 y 10 kilogramos y ella se encuentra perfectamente



Observación 2^a

P. M. de 24 años natural de Cafalla se presenta a nuestra observación el día 28 de Abril de 1903. Comenzo a sufrir del estómago a la edad de 2^a años en cuya época tuvo su primera crisis dolorosa constituida por calambres del estómago acompañados de vómitos, que le duró 2 meses: advierte la particularidad de que estas crisis eran mucho mas violentas cuando adoptaba el decubito lateral derecho, mientras que

adoptando el regimiento podia dormir. Suetido
a tratamiento desaparecio la crisis a los 2 meses
y medio despues volvio a sufrir otra crisis
que desaparecio al mes y medio de tratamiento.
Seis meses mas tarde otra crisis durante 15 dias.
En Julio de 1902 experimenta una nueva crisis exce-
sivamente violenta que termina por abun-
dante hematemesis de sangre negra y por
la noche melena. Hasta entonces solo
habia encontrado de tiempo en tiempo pe-

pequeñas porciones de sangre en los vomitos.

Hace cinco semanas sufre una crisis que todavía le dura apesar de estar sometido al tratamiento por el subitrato de bismuto lo que frena tomar en ayunas y los alcalinos despues de la comida y dieta lactea: en vista de esto se presenta a la observación del Dr. José Mariuabeitia con quien tengo omisión de ver el enfermo.

Actualmente no puede trabajar, los sufri-

crueles comienzan tres horas después de las comidas.
El dolor cesa a veces con la ingestión de leche. Du-
rante la noche se despierta dos o tres veces a con-
secuencia de los dolores que calma con la in-
gestión de huevos crudos y leche. Desde hace
tres días solo por medio del vomito consigue
calmar el dolor: suele tenerlo a las dos de la
mañana precedido por un acompañamiento de
grandes sufrimientos arroja un líquido blan-
quecino de sabor fuertemente ácido que con-

tiene algunos residuos alimenticios tomados en la última comida. Durante las crisis se ve forzado adoptar una postura doblado sobre sí mismo. Se fatiga mucho y ha enflaquecido bastante. La presión ejercida en el epigastrio a la derecha del apéndice xifóide con el sfigerómetro de Boas marca la cifra de 3 y en el punto dorsal 8. El estómago durante los períodos de crisis aumenta de volumen llegando la corbatura mayor hasta el ombligo.

La exploración gástrica con la sonda nos permitió extraer por la mañana en ayunas 150 centímetros cúbicos de un líquido amarillo verdoso en el cual se veían algunas incomodidades pero sin residuos alimenticios reconocibles a simple vista.

Este líquido ofrece la reacción marcada del cloruro hidrico con el reactivo de Guntburg su composición química es como sigue

$$\begin{aligned} A = 2,58 &= F = 137 = C = 168 & \frac{T}{F} = 2,91. \\ E = 3,29 &= H = 94 = a = 0,97 & F \end{aligned}$$

La reacción de las peptonas es manifiesta no hay reacción de los amiláceos ni del azúcar, aparece jugo gástrico casi puro.

Extraído el contenido estomacal una hora después de ingerido el almuerzo de prueba de bivalvos nos encontramos con 340 gramos de líquido, contenido Pan bien dividido, poco moco y ningún residuo de comidas anteriores.

En análisis química da las cifras siguientes:

$$\begin{aligned} A = 3.10 &= B = 1.09 = C = 1.99 \quad \frac{A}{F} = 1. \\ O = 3.59 &= H = 0.98 = Sb + C = 2.97 \quad \frac{H}{F} = 3.34. \end{aligned}$$

No existe ácido lácteo. La reacción de las peptonas es manifiesta así como también la del azúcar en abundante cantidad y *no se g. pone*

Al día siguiente se le vuelve a administrar el ahumero de prueba y se extrae el contenido gástrico hora y media después de ingerido. Siguiendo obtenido 230 gramos.

$$K = 2,85 = F = 1,55 = C = 160 \quad a = 1.$$

$$G = 4,20 = H = 1,15 = H + C = 2,75 \quad \frac{F}{H} = 2,78.$$

Con todos estos datos formamos el juicio de ulce

ra pilórica antigua con hipersecreción e hiperclorhidria y digestión retardada.

Fue operado por el Dr. Azeite que practicó una gastroenterostomía posterior transmesocólica por el procedimiento Boas: durante la operación pudimos apreciar cerca del píloro, adhiriéndose al sobre la superficie anterior del estómago una placca gris a nivel de la cual la pared estaba un poco engrosada: abierto el estómago pudimos apreciar que la mucosa gas-

trica estaba turgente y roja hacia el píloro y sangraba al menor contacto.

El curso posoperatorio fue bueno: el mismo día de la operación tuvo por la tarde dos vómitos el 1.^o un poco sanguinolento. A la mañana siguiente tenía sequedad de la lengua, pulsaciones 120, temperatura 38: se le practicó un lavado del estómago. Por la tarde: 106 pulsaciones, la lengua húmeda y la temperatura 38.5. para no volver a tener más molestias: desde el tercer

dia toma leche y a los 20 dias de operado encuentra
bien fue dado de alta. Al mes habia gana-
do 4 kilos de peso (63 kilogramos). A los dos meses
66 Kilogr.^o a los 3 meses 69 Kilogr.^o Las noticias
que hoy nueve meses despues de operado por
nos no pueden ser mas satisfactorias: come de
todo, digiere sin molestias y se encuentra bien
y de buen color. Su peso es 88 kilogramos.
Se abstiene del alcohol solamente.

Observación 3ª

P. M. de 58 años de edad, (Venezolano) - Desde la edad de 24 años empezó a sentir ardores en el estómago que aparecían de tiempo en tiempo. El año 1887 empezó a tener dolores cuotidianos: se presentaban tres o cuatro horas después de las comidas y persistían durante 2 o 3 para terminar por medio del vómito. En 1889 tuvo una abundante hematemesis que volvió a repetirse en 1892. Entonces los dolores se localiza-

ban en la región epigástrica al lado derecho de la línea media irradiándose hacia la columna vertebral. Se calmaban tomando bicarbonato sódico. Mas tarde desaparecieron los vómitos y los dolores se transformaron en sensación de peso y plenitud continua después de las comidas.

Desde 1899 la desnutrición comenzó hacerse muy marcada, por que el apetito era nulo y lo poco que comía decía no poderlo digerir.

Se habituó al catatenismo y el mismo se extraía el contenido estomacal por las noches con el objeto de calmar las molestias que sentía, presentas no desaparecieron ya con alcohol. Sometiéndolo a dieta lactea exclusiva consiguió la calma de las molestias, pero el estado general empeoraba. En 1901 nueva agudización de los trabajos de los tractores e intolerancia hasta para la leche. Pasó dos meses en cama y gracias al sustituto de bismuto a dosis altas. Los lavados y las

compensas humedas, cesó la crisis y pudo separarme
algo. — En Mayo de 1902 tuvimos ocasión de
reconocer a este enfermo: pesaba 48 Kilos. Presen-
taba el estómago dilatado, pues su límite inferior
se hallaba a un traves de dedo próximamente por
debajo del umbiligo. La palpación algo doloro-
sa nos permitió apreciar la rigidez del muscu-
lo recto abdominal derecho que dificultó a su
vez la exploración algométrica en el epigastrio
cui como también el ver si existe tumoración;

en el punto dorsal marca G.

Extraído el contenido gástrico en algunas nos encontramos que contiene restos alimenticios en cantidad regular: Su composición química era la siguiente = Cantidad 200 c.c. = A. 3.14 = E. 4.89
 F. 1.89 = H. 1.97 = C. 1.03 = α = 1.13 $\frac{F}{H}$ = 2.58. Por el olor se — conoce la presencia del ácido acético.

El análisis del líquido practicado a los 60 minutos después del ahorcero de prueba Orvald da:

A. 1.48 = E. 2.61 = F. 1.41 = H. 0.00 = C. 1.20 = α = 1.93 $\frac{F}{H}$ = 1.85

Un segundo análisis practicado a la hora y media
después del almuerzo acusa = A: 2,24: T: 4,28 = F: 1,32
FI: 1,05 = C: 1,91 = α : 0,62 $\frac{T}{F}$ = 3,2 = La reacción de
buret muestra la presencia de peptonas en bas-
tante cantidad.

Sospechando se tratara de estenosis cicatricial
del piloro se fue practicado una gastro-ente-
rotonomia posterior (procedimiento de Hartmann)
por el Dr. Areiza, quien al practicar la ope-
ración pudo apreciar que el estómago presenta

ha una ulceración en la cara posterior del pñe-
ro estando sujeto este órgano a la cara inferior
del hígado por adherencias no encontrándose
ningunos ganglionares.

Los dolores persistieron durante unos 20 días
apenas de alimentarse tan solo de leche y hue-
vos, terminando por desaparecer al cabo de una
semana de serle introducidos todas las maña-
nas con la sonda 20 granos de subitrato de
bismuto. Calmados los dolores empiezo el cu-

seguimos a comer carne, continuando cada vez un
 poquito alimentándose bien y sin sentir ninguna
 molestia.

En el mes de Enero de este año hemos sabido
 que no ha vuelto a sentir ninguna molestia
 a pesar de hacer algunos excesos en la comida;
 pesa 58 Kilog.^{os} y el estómago tiene su límite
 inferior a dos dedos por encima del ombligo

Observación 4^a

Caso citado por el Dr. Soupault. M^{me} L. afecta de gástrico su

conca con Síndrome pilórica es operada por el Dr. Hartmann. El píloro no está adherente y parece normal a simple vista. La palpación muestra que existe una especie de engrosamiento poco flexible atribuido desde el principio a una contractura, un espasmo de la región pilórica. - Se procede a la abertura del vientre cuando el cirujano descubre algunas manchas lenticulares que se parecían a la gaceta. Se pensó en pequeños granos cancerosos

y en vez de una gastro-enterostomía se practicó una pilorectomía.

La píera aislada fue abierta y se vió una úlcera gruesa del tamaño de una píera de dos francos interesando la mucosa, la submucosa y una parte de la muscular; al lado pequeños puntos cancerosos que el examen microscópico permite afirmar su naturaleza. Si la píera no hubiera sido examinada tan completamente nadie duda que en este caso

no hubieramos admitido un espasmo del píloro.
 Estoy persuadido que hay muchos casos ana-
 logos en los señalados por los crijanos como
 espasmos del píloro.

Observación 5^a

Del D^r Hayem = X parero 46 años, entra en el
 servicio de Hayem el 12 de Febrero de 1912. Es-
 tuvo sano hasta los 23 años. En esta época
 se vuelve intemperante bebiendo 3 litros de vino

al día y muchos aperitivos entre ellos la absintina.
En 1896 experimenta una primera crisis des-
peptica acompañada de diarrea.

En 1897 nueva crisis caracterizada por indis-
yeu sobreviniendo 5 a 6 horas después de la crui-
da nauseas, vomitos pero sin dolores. Acabo
de un mes el enfermo curó pero ha enflaqueci-
do durante la crisis de una manera notable.

En 1900 se reproducen los mismos fenómenos.
En el mes de Julio del mismo año se le hace el

cateterismo y se vuelve Sifomaniaco.

En Mayo de 1.901 entra en el hospital Laënnec: se le hace seguir un regimen. Se le dan alcalinos y se le suprime el tubaje: el enfermo adquiere el habito de provocarse los vomitos con ayuda de los dedos introducidos en la boca.

Salí el 21 de Setiembre muy mejorado pero rapidamente vuelve adquirir sus habitos de Sifomania.

En el mes de mayo se pone en manos de Hayem. Se aprecia entonces por la insufloción que se

estómago está ligeramente descendido y dilatado:
experto de un régimen alimenticio severo con-
tinua vomitando: los vómitos alimenticios ó bi-
liores sobrevienen a' 5 ó 6 horas después de la comida.
El cateterismo en ayunas da variables resultados:
cuando el enfermo está a' dieta lactea absoluta, los
residuos alimenticios son nulos y hay poca can-
tidad de liquido, faltando por completo mu-
chas veces: en condiciones invernales, se retira siem-
pre una gran cantidad de liquido. La canti-

dad máxima ha sido de 250 c.c. a veces el líquido está constituido por bilis casi pura.

El enfermo que pesaba 32 kilos en el momento de su entrada, no pesa mas que 49,500 kilos aproximadamente.

Su vientre está deprimido: las paredes son móviles sin induración, la palpación no revela ningún dolor. El apetito se conserva.

El enfermo desea vivamente ser operado (para acabar de una vez dice él).

He aquí los análisis químicos: El líquido en
ayunas contiene mucha bilis = A: 54 = E: 3.92 = F: 546 =
H: 0.00 = C: 46 = $\alpha = 1.17$ $\frac{T}{F} = 1.1$ -

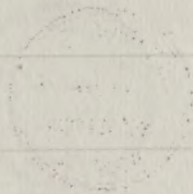
Líquido recogido una hora después del almuer-
zo de prueba = A: 2.11 = E: 4.01 = F: 1.64 = H: .88 = C: 149 =
 $\alpha = 0.82$ $\frac{T}{F} = 2.4$.

El líquido en ayunas es clorúrico; el del almuer-
zo de prueba indica claramente una gastritis
hemoragiomatosa mixta con prolongación del
proceso digestivo sin hipersecreción.

Ante despues « No se trata verdaderamente de una enteritis del piloro porque la ausencia de vómitos alimenticios y la presencia de una cantidad tan grande de bilis permiten rechazar esta hipótesis. Es mas probable se trate de una enteritis subpilórica.

Este enfermo ha sido operado despues por el Dr. Hartmann: contrariamente a las previsiones se ha visto una enteritis por úlcera del piloro. Este hecho es interesante porque de-

muestra la posibilidad del reflujo de la bilis
a través del píloro estenotizado.



Conclusiones

De todo lo que llevamos expuesto se deduce.

- 1.º Que la úlcera de la región pilórica da lugar a un cuadro clínico mixto, compuesto de síntomas propios de la lesión ulcerosa y síntomas debidos a la estenosis pilórica que provoca.
- 2.º Fuera de los casos en que el proceró presenta el cuadro sintomático completo el diagnóstico deberá apoyarse principalmente en los síntomas que forman el llamado síndrome pilórico.

- 3.º La gastro-enterostomía, ~~por su retención invariable~~
y su eficacia curativa es hoy día el medio indicado de tratamiento.
- 4.º Se deberá intervenir inmediatamente al formar el diagnóstico en todos los casos de borbaga fecha que presenten el síndrome pilórico constantemente o a intervalos que se repiten con frecuencia.
- 5.º En los casos de úlcera reciente, en sus comienzos, la ineficacia del tratamiento

médico riguroso observado durante un mes es
quien decide.

6.º Los resultados obtenidos con la gastro-entero-
tomia demuestran su eficacia curativa tan-
to en el orden clínico como en el anatómico-pa-
tológico: siendo sus efectos mejores cuanto más a
tiempo se intervienga.

7.º La piloroplastia deberá reservarse para los ca-
sos en que se sospeche la transformación can-
cerosa de la úlcera.

Admirable

Wm. de la Piedad

Admirable

J. Rodriguez
y Gonzalez

Calificación obtenida Aprobado

El Presidente

L. C. Callego

Madrid 14 de Enero de 1904

El Secretario

Wm. de la Piedad



Pharmaceutical
J. Rodriguez
y Gonzalez
L. C. Callego

Madrid 23 de Febrero de 1904

Mariano Mañera y Ponce

