

42-4

Dr. Rodriguez

Dr. del Rio

Ca 2398

- Memoria de Doctorado -

81-1 E-1

Nº

1986

Diagnóstico y tratamiento  
de la  
ulcera de la región pilórica.

por

Dr. Mariano Marañon y Roncal.



Excmo. Señor:

Terminados los estudios que se requieren para el periodo del Doctorado y deseoso de llegar a la posesión de tan laureado título, vengo a cumplir este ultimo requisito que la ley me impone, sometiendo a vuestra juicio este pequeño trabajo que la observación de tres casos de úlcera piloníca, curados por la gastroenterostomía me ha sugerido.

2

Además emprende resulta para mí el desarrollo del  
tema con cierto suficiente para que merezca  
vuestra aprobación; por una parte la coni-  
deración de mi poca experiencia ante la ilus-  
tración de tan sabios jueces, y por otra las  
dificultades inherentes a todo tema de la  
actual gastro-patología que obligan a su  
felicar una vez más, vuestra reconocida  
benevolencia al juzgar mi modesta labor  
llena a buen segarlo de imperfecciones y defectos.

2

Apesar del estado de formación en que se encuentra en nuestros tiempos la gastroenterología sin predilección por estos estudios me han sugerido el tema que voy a desarrollar en esta memoria con el epígrafe "Diagnóstico y tratamiento de la úlcera de la región pilórica."

Divido el estudio en dos capítulos: En el primero he procurado, coleccionar y estudiar detalladamente los síntomas a que da lugar la lesión ulcerosa del piloro y que nos ha

4

servido para formar el diagnóstico.

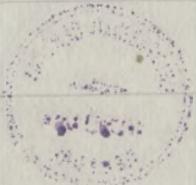
En el segundo capítulo destinado al tratamiento se pondrán los fundamentos de las indicaciones de la gastro-enterostomía sin entrar en la descripción técnica que estará mejor dada en cualquier autor de operaciones y elevaría demasiado las proporciones de esta memoria: dos párrafos totalmente dirigidos acerca de la pilorrectomía colocada hoy en lugar secundario.

5

Hoy en lugar secundario

A continuación expondré tres casos que he tenido ocasión de observar y dos de Souza y Heyen cuyo conocimiento que considero de utilidad. Terminaré remitiendo mi trabajo en siete conclusiones

Madrid Febrero 1.904



# Capítulo I.

Diagnóstico: La frecuencia con que la ulceración simple del estómago recae en la región pilórica, varía 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-

7

vado Luton y Rokitanski.

El diagnóstico, fácil de establecer cuando la lesión se traduce a nuestros ojos por un cuadro clínico completo compuesto de los síntomas correspondientes a la ulceración, mas los propios de la estenosis pulmonar 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 muy propio de esta afición: tal sucede en ausencia de Hematemesis ó melena, del dolor, de la retención etc.

Fortunadamente la mayor parte de las veces, ante las hematemesis, los dolores estomacales y provocados, los orinatos y la gastritis hiperestática con hiperclorhidria concomitante, nos resulta fácil de abordar el diagnóstico de la úlcera simple del estómago quedando entonces reducido el problema diagnóstico a la lo-

calización de la lesión en la región pilónica. Afirma a este respecto el profesor Hayem, con  
mucho razón a nuestro juicio, que el diagnóstico  
de la localización pilónica de la ulceración  
«debe apoyarse menos sobre la apariencia tardía  
del dolor, sobre la calma que sigue al descubrimiento  
lateral izquierdo y sobre la localización de  
dicho dolor a la derecha de la linea media,  
que sobre los signos de estreñimiento pilónica tales  
como la dilatación, la producción de la agi-

tacito peristáltico, la naturaleza y caracteres de los vomitos y la presencia habitual a la mañana en ayunas, de líquido cargado de residuos alimenticios reconocibles a simple vista y de abundantes residuos microscópicos.

Per la práctica derubre a diario casos como los citados por el Dr. Leroy (1) en los cuales la intervención quirúrgica puso de manifiesto la existencia de la ulcerá que no fue diag-

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

uestiada a priori, indudablemente por escasez  
de datos y por ello creemos necesario el análisis  
detallado de cada uno de los síntomas por  
separado, a fin de conseguir por el estudio  
intensivo de ellos, el descubrimiento de las parti-  
culanidades propias de la afición que nos ocu-  
pa en las cuales fundamentamos el diagnóstico.  
Supliendo con ellas la escasez de síntomas  
que algunas veces aparece nuestro juicio.

Mas antes de entrar en este estudio expou-

dremos aunque sea a grandes rasgos algunos datos de sintomatología general referentes al sexo, edad, curso de la enfermedad etc, que el interrogatorio y la simple inspección del hábito exterior de estos enfermos nos suscitan.

La ulceración del estómago puede decirse que es patrimonio de ambos sexos, con <sup>una</sup> ~~una~~ <sup>mayor</sup> diferencia de predominio para los individuos del sexo femenino: algunos observadores han estudiado esta diferencia llegando a franci-

das afirmaciones; así para Brinton la proporción sería de dos mujeres por cada hombre afecto mientras que para Willigk estaría en la relación de 3x1. Si 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 ulceras, fué 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 ulcerा.

Tambien parece ejercer alguma influencia en la produccion de esta enfermedad el oficio o profesion a que el enfermo se dedique; asi, por ejemplo, todo el mundo sabe la facilidad con que la contraen cocineras y cocineros por el lucro de ingenio sustancias demasias do calientes.

Conocen los autores en reconocer que la edad entre los 20 a los 40 años es la más propicia para padecer la úlcera. Si que por esto se excluyen las demás edades aunque en la mayoría de estos casos veremos remontarse el comienzo del padecimiento a épocas de la vida comprendidas en la edad antes indicada.

Por lo general tenemos ocasión de observar a estos enfermos flacos, faltos de fuerzas con la faz palida y encipada, denotando en

Su semblante las huellas del sufrimiento  
ocasionado por los dolores intensos que a inter-  
valos les asombran y cuyo solo recuerdo al re-  
latarlos, delata sus temores de que vuelve a  
repeticles.

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

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

En 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 vomito de sangre (Hematemesis) ó deposiciones de color alquitran (melena).

La fecha del comienzo de su enfermedad

varia desde algunas semanales hasta muchos años  
según que se trate de la ulceras en sus comienzos  
ó en evolución ó haya pasado al estado crónico  
constituyendo lo que pudieranos llamar ulceras  
latentes. Los, en estos últimos casos, en los que po-  
dremos ver la marcha de la enfermedad caracte-  
rizada por accesos de repetición del cuadro clí-  
nico de la ulceras, aguda, separados por in-  
tervalos de calma mas ó menos largos, ac-  
cesos que con el tiempo vienen a ser cada vez

mas frecuentes.

Como es logico suponer influencian la histo-  
ria de estos enfermos, el regimen dietetico que  
observan y el tratamiento a que estén sometidas,  
así como también las complicaciones que so-  
breviene en el curso de la ulcer a crónica.  
(estrechez, piengastitis adrenocita etc.)

Hasta los enfermos de ulcer a fulminante en los  
comienzos de su evolución, como los afectos  
de ulcer a crónica, durante los accesos de

crisis, vease imposibilitados para el trabajo y  
basta para la vida ordinaria temiendo aí-  
veces que permanecer en la cama. (Obs. 3)

Hacemos este breve relato, entraremos de lleno  
en el estudio de cada uno de los síntomas  
subjetivos y objetivos que forman constancia  
en presentarse y su valor semiesotético conside-  
rando de capital importancia para el diag-  
nóstico. Entre ellos estudiaremos el Dolor, la  
Hematemesis, los Vomitos, la Agitación, pánico

táctica, Contractura de musculo recto derecho del abdomen, la Dilatación Gastroduodenal y la Extasis.

Dolor. Síntoma común a muchas gastropatías no deja de tener particularidades que le colocan entre los de importancia para el diagnóstico: lo estudiaremos bajo dos formas distintas: 1.<sup>a</sup> a) como dolor que se presenta súbitamente y 2.<sup>a</sup> b) como dolor provocado por la presión.

a) Dolor espontáneo = Puede aseguñarse que nunca falta en la historia de estos enfermos: podría suceder que desapareciera espontáneamente ó mediante tratamiento sin haber curado la ulceración como acontece en los enfermos crónicos, pero no tardaría en volver a presentarse al cabo de cierto tiempo: Su dependencia con la ingestión de alimentos es marcadamente manifiesta, pues aparece a las dos ó tres horas después de las comidas. Este carácter tardío tiene

mucho más importante diagnóstica para Hartmann y Soupalet por producirse precisamente en el momento en que el quimo debe pasar por el orificio piloníco. Puede también presentarse antes de las dos horas, como sucede en los casos de ulceración muy estudiada que abarque además la región prepiloníca.

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

que despues del desayuno.

Su caracter es muy variable: unos lo componen a su calambre del estomago, otros acusan su caracter suave, quienes desgarrados ó terriblemente algunos lo componen a la sensacion de superficie encorvada y los fueros lo asocian a si los abraren con una bana

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

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

Se localizan en la región epigástrica en las proximidades de la línea xifomumbiliar.

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

La duración de estos dolores oscila entre una y cuatro horas vieniendo 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-

dio 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 gastritis ulcerosa y en los que el estómago 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-

deben calificarse de verdaderas crisis gastralgicas cuya duración puede ser desde varios días hasta Semanas y meses dependiendo principalmente su persistencia del tratamiento a que se halle sometido el enfermo y del rigor con que lo acompaña.

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

Superficie cruenta cual es la ulcerá y un quí-  
mico 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 si-

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

Dolor a la presión = Con tanto valor diagnóstico como pueda tenerlo el dolor espontáneo, se atiende al dolor provocado por la presión, cuando éste se presenta localizado a la derecha de la linea siro umbilical en las proximidades del apéndice ciego (punto epigástrico) y sobre todo cuando coincide con identica

Sensación dolorosa á la presión, en las proximidades y á la derecha de las vertebrales dorsales, decima, undécima y duodécima.

Su intensidad algo variable sería un dato que elevaría su importancia diagnóstica, en concepto de Boas y a este fin ha ideado este autor un ingenioso aparatito denominado algosímetro (1) por medio del cual apreciamos en kilogramos la presión necesaria para provocar el dolor. Seguir

(1) Para mas detalles puede consultarse su libro «Diagnóstico y Tratamiento de las enfermedades del estómago» Tomo I pag<sup>a</sup> 114.

Boal, siempre que se toleren presiones de 4 kilogramos en el punto epigástrico y de 6 kilogramos en el punto dorsal sin provocar dolor profundo, negar la existencia de la ulcerá 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, cuan-

do el estomago se halla fuera de su posicion normal ó 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 <sup>juzgar el metodo</sup> nos permitimos hacer esta salvedad a las afirmaciones de Boas, sin dejar de recordar las ventajas del nuevo metodo que nos suministra datos mas precisos acerca de la intensidad del dolor, que la simple apreciacion subjetiva por medio de la presion

mannual

Hematemesis y melena. - La hematemesis es otro de los síntomas más valiosos para el diagnóstico de la naturaleza ulcerosa de la lesión, pero dada la localización <sup>de</sup> ésta, en la región pilónica, es fácil que falte por que la sangre extravasada en vez de detenerse en el estómago lo haga en el intestino, en cuyo caso será expulsada al exterior mezclada con los excrementos constituyendo las deposiciones de color de alquitran ó

Cuando por el contrario se presenta, suele hacerlo como comienzo de la enfermedad ó más bien como episodio de las primeras etapas de su evolución: sobreviene por lo general brusca y re-

penitamente si que en la mayoría de los casos pueda justificarse su aparición por excesos de la alimentación, si traumatismos ligeros, si esfuerzos corporales violentos etc, es decir si causa inmediata a que atribuirla.

En ciertos casos podremos darnos cuenta más que aproximada de la cantidad de sangre extravasada, fundandonos en la cantidad esputada, en los síntomas graves de anemia que acompañan a las grandes

hemorragias internas y en los caracteres porticulamente en el color de la sangre expulsada por el vomito, puesto que la expulsión de sangre con su color rojo en los enfermos de ulceras 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 alimento, comunicando al material vomitado el

---

(1) Como 2º pag: 56 de su citado libro

aspecto de granos 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 producía la rápida coagulación  
de la sangre extravasada en el in-  
terior del estómago.

Vómitos = Constituyen los vómitos otro de  
los síntomas más constantes del cuadro clínico  
de la ulceración pilórica

En general puede decirse que guardan

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

uencia suele ser grande en los períodos de crisis denotando con ella el grado de intolerancia gástrica.

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

Por medio de ellos se expulsan los alimentos ingeridos en la última comida y en proceso más o menos avanzado de la digestión, por lo cual tienen un sabor fuertemente acido

que produce una sensación seca al pasar por la garganta y de estiramiento de los dientes (dentosa) en la boca.

Lo mismo que el dolor pueden también presentarse muy distanciados de las comidas y hasta por la mañana en ayunas como sucede en los casos acompañados de gastro-  
sucrorea si estaria: entonces el material vomitado fuertemente acid se forma por  
líquidos de secreción mezclados con restos

alimenticios en pequeña cantidad que a veces  
solo son reconocibles por medio del examen mi-  
croscópico.

La presencia poco frecuente en estos enfer-  
mos de restos alimenticios ingiriendo en días  
anteriores en el material vomitado, sería prue-  
ba de una estrechez muy acentuada del pi-  
loro y de atonia de la capa muscular del  
estómago.

Su duración es análoga a la de los accesos

dolorosos vieniendo a desaparecer mediante tra-  
tamiento adecuado para volver a presentarse  
en episodios sucesivos).

Pelociosmo y rigidez del Estómago = Agitación peristáltica =  
Contractura del músculo recto derecho del abdomen = Con  
el nombre de pilociosmo denominó Magensteifung  
un síntoma que consiste, en un espasmo  
limitado al piloro, fácilmente perceptible  
colocando la mano de piano, durante su im-  
pulsión en la región pilórica y que era poca

reaparecer después de sobrevenir contracciones tónicas en el fondo del órgano: estas contracciones varían en intensidad produciéndolas la impresión de un ligero endurecimiento ó 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 ó mejor repleto por lo tanto conviene verificar la exploración 3 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 ó 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 pocos segundos. Convendrá 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 describen Kusmaul y Cruveilhier otro síntoma que consiste en movimientos peristálticos convulsivos visibles y palpables sumejante a una onda que partiendo del lado izquierdo del epigastrio y paramos por la linea media terminará en el píloro con el derrito. Estos tres síntomas suministrados por la palpación suelen observarse en algunos enfermos de ulceras píloricas. Son debidos a la lucha

entablada por el estómago para franquear el piloro: de ahí su aparición en los períodos de crisis en que existe contractura ó estrechez real del orificio pilórico y su desaparición en los períodos de calma a no ser que la ulceración determine verdadera estrechez y de alguna importancia. Dejanos también de presentarse si la túnica muscular es atónica por degeneración ó causando.

Puede también presentarse la agitación

peristaltica en sentido inverso como aseguran la  
bola observado algunos autores precediendo al vo-  
cito.

Estos tres síntomas se deberán observar des-  
pués de las comidas principales fuor ser la hora  
en que suelen presentarse. No hemos podido  
comprobar su existencia en los casos de nues-  
tra observación.

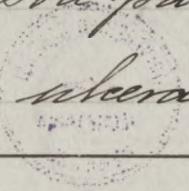
Otro síntoma de importancia diagnóstica es  
la contractura del músculo recto derecho del

abdomen: consiste en que comprimiendo la pared abdominal en la región pilónica 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. (Ob<sup>ra</sup> 3)

Pues el Dr. Lozano<sup>(1)</sup> señala debido este síntoma a la propiedad de contraer que tienen los músculos abdominales siempre que existan le-

---

(1) La clínica moderna Año 1902 N° 1=

siones por debajo de ellos y lo considera de alta significación diagnóstica. Hemos probado comprobando en los tres casos de nuestra observación que al final de la memoria relatamos. El Dr. Jiménez (1) asegura haber observado la persistencia de la contractura después de la cloroforunización del paciente. En general podemos decir que estos cuatro síntomas son patrimonio de todos aquellos casos en que la ulcera determina

(1) Catedrático de operaciones de Madrid

un estrechamiento de la barra del orificio pilórico.

Dilatación = Apenas si puede observarse la dilatación del estómago en los casos de ulceras en los comienzos de su evolución porque su intolerancia gastrica hace que los alimentos sean expulsados por el vomito: es más propia su presentación ~~en los~~ en los casos antiguos en que la fibra muscular causada de luchar contra el dolor 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 corbata de mayor del estómago rara vez traspasa los límites del cuello y la capacidad del mismo que en estado normal se ha señalado por 800 a 900 centímetros cúbicos de aire, suele llegar hasta hacerlo tolerante para 1.400 o 1.800 centímetros cúbicos.

La continuación del estómago sin provocar dolor para mayores cantidades de aire nos pondrá de manifiesto el grado de estrechez pilórica que la ulcerá provoca.

Es medio mas sencillo que poseemos para comprobar el aumento de volumen del estómago es la introducción de una mezcla efervescente, de modo que al juntarse en el estómago produzcan descomunal de gases: practicada entonces la punecación podremos señalar los límites de las convulsiones mayor y menor, dato muy importante para diferenciar la verdadera dilatación de la gastroptosis.

Yatiendose de una sonda ordinaria ad-

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

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

Sus resultados a los obtenidos por los procedimientos antedichos.

El mecanismo por el cual se fragua la dilatación del estómago en los enfermos de ulceras gástricas resulta fácil de explicar: por un lado la contractura y estrechez del piloro, prolongando más del tiempo normal la permanencia de los alimentos en el estómago y por otra la gastritis hipersecretria con o sin hipersecreción pero si con hiper-

claudia que acompañaría a la ulcerá, determinando el retraso de las digestiones (digestiones subintrantes de Hayen). Son causas suficientes para producir la sobre carga del trabajo motor recomendado a la trama muscular, que al cabo del tiempo cede dejándose distender por la presión interior. De ahí se deduce que ~~en~~ los enfermos cuya intolerancia gástrica impide el régimen alimenticio severo, & los lavados del estómago, eviten esta estancación de los

alimentos no existiría la dilatación. Su cambio sería frecuente observarse en los casos de larga fecha y que durante los períodos de relativa calma descienden los preceptos dietéticos.

Puede también suceder aunque es raro observarlo, que la dilatación exista anteriormente a la ulceración.

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

ificación, creemos justificado su empleo, después de los trabajos de Hayem para denunciar 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 gástrroducrea cuando el cateterismo practicado por la mañana en ayunas o 12 horas después de la comida nos permite extraer cierta cantidad de jugo gástrico puro y activo en el cual no el

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

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

a). Los líquidos clorurados suelen hallarse en frecuentes cantidades: hasta 60 centímetros

(1) Secoy. Mémoire de Paris 1902 - Sección inédita.

cubicos, son mucosos y en su composicion se ve el predominio de la cifra de cloros fijos: como ejemplo de la composicion quimica de estos liquidos presenta el obtenido en un enfermo ulceroso: se le extrae en ayunas 25 centimetros cúbicos de liquido mucoso: analizado el cual resulta damos la siguiente cifras por mil -

$$A = 1'6 - C = 3'43 - F = 3'01 - H = 0 - O = 1,2 - a = 1,33$$

y  $\frac{T}{P} = 1,03$ . Para Hayem tendria estos liquidos la significacion de una leucocitosis ca-

tanal por lo cual no ofrecen interés diagnóstico en suces-  
tos casos por ser impropios de la gastritis ulcerosa, su con-  
tido estricto de la palabra. En cambio los líqui-  
dos gástricos son los propios de la gastritis ulcerosa, mu-  
chos abundantes, pudiendo llegar hasta 200 cen-  
timetros cúbicos. Su reacción ácida sobre 0,5 y 1 por 1000 o  
derivada al ácido clorhídrico libre pueden conser-  
vadas en suspensión sin ser almidonadas.

Si extraído en un enfermo de Hayem con ulcer-  
a crónica pero sin estreñimiento apreciable una tonelada de ejemplo:  
- Canti-

dad 60 centímetros cúbicos -  $A = 1,92$  -  $B = 4,92$  -  
 $E = 2,46$  -  $H = 1,27$  -  $\mathcal{C} = 1,19$  -  $x = 0,58$  y  $\frac{\pi}{F} = 1$  -

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

preceptiva con hiperclorhidria y la ictura suele ser condición abonada para que la sobresensitividad del aparato peptico tenga lugar.

Soupart afirma que es un síntoma muy frecuente de la enfermedad que nos ocupa, inclinándose a creer que siendo la mayoría de los casos de gastritis <sup>1</sup> se examinará el piloro, no superficialmente sino de una manera minuciosa, como puede hacerse des-

<sup>1</sup> Para Soupart. La gastritis <sup>los casos</sup> abarca en que el microscopio descubre restos alimenticios.

pués de una pilonectomia, en todo se encontraria la ulceracion del piloro sobre todo al principio de su evolucion. Su apoyo de su aserto presenta un caso á la Sociedad de Therapeutica (1)

Es caracteristica de estos liquidos no aumentar en cantidad cuando se aumenta la de alimentos ingeridas. lo qual es preciso tenerlo muy presente, para diferenciarlos de los liquidos de retencion que caracterizan la ectasia.

---

(1) Los descubriremos despues de muchos casos con el Dr. V.

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

Ectasia.- Se caracteriza la ectasia ó retención por la presencia, en el estómago ayuno 12 horas después de la última comida, de un líquido mezcla de jugo gástrico y resto.

alimenticios reconocibles a simple vista o mediante el examen microscópico. Es entonces de mucha importancia diagnóstica y sobre todo terapéutica.

La cantidad de estos líquidos varía entre 100 y 1.000 centímetros cúbicos: estando subordinada a la cantidad y calidad de alimentos ingerida, de ahí que la retención desaparezca, con la dietolactea, el lavado del estómago y los vomitos que se producen en la

intolerancia gastrica.

La proporción de alimentos más o menos transformados que contienen es también variable: en unos enfermos son abundantes y con residuos de alimentos ingeridos en días anteriores y en otros por el contrario se hallan en tan pequeña cantidad que solo el examen microscópico los pone de manifiesto.

Pero más interesante que la cantidad es la composición química de los mismos.

Son siempre acidos, siendo principalmente debida su acidez al acido clorhídrico; pero otras veces como sucede en los casos de úlcera antigua, con dilatación atómica, por estrechez acentuada y con estancación de alimentos 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 Gayen (1) y Winter en el líquido extraído

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

$$\begin{array}{l} \text{Cantidad} = 300 \text{ gramos} \quad \left\{ \begin{array}{l} A = 2,92 \\ F = 1,89 \end{array} \right\} \quad C = 1,03 \quad \left\{ \begin{array}{l} T = 2,53 \\ F = 2,53 \end{array} \right. \\ \text{Residuos alimenticios visibles} \quad \left\{ \begin{array}{l} Z = 4,39 \\ H = 1,97 \end{array} \right\} \quad \alpha = 0,92 \end{array}$$

en ayunas si muestra eufemia n° 2 la composición es la siguiente = Cantidad 150 c.c.m.c.  $A = 2,58$ ;  $F = 3,99$

$$F = 1,37; H = 94; C = 1,68; \alpha = 0,97; \frac{T}{F} = 2,91$$

Por medio de las reactivas correspondientes descubriremos la presencia de peptona, amilálica entre deactina, así como también el ácido acético, láctico o butírico y hasta la bilis; pues aunque parecerá paradójico se ha observado este reflejo apesar de la

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

Pertenecen como se vé a la clase de los líquidos de fermentación ó sea de composición análoga a los líquidos obtenidos en pleno periodo digestivo y pertenecen a los líquidos hipersepticos e hiperclorídicos.

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

---

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

la estenosis piloníca. Su aparición constante en los enfermos de ulceras pilonícas nos servía para dar más cuenta de la estrechez real que la ulceración provoca; así como su presentación súbitamente en los períodos de crisis nos haría pensar en la estrechez debida al espasmo del orificio.

Pero está probado que el regimen laxante, los lavados y los vomitos, pueden hacer desaparecer la estenosis y ~~conducirnos con~~

ello a un error de diagnóstico: a fin de entar-  
lo y fundandose en el hecho observado de que  
los epicarpios de algunos frutos, quedan siem-  
pre retenidos en el estómago por ligera que  
sea la estrechez, proponen Bourget se haga  
el reconocimiento 12 horas después de su cena  
todo lo mas parecido a la normal y cuya  
composición es la siguiente - Caldo - 300 gramos -  
Cáme fritada 100 gramos - Pan 50 gramos y 6  
vinoletas fritas 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 Edward vemos en todos los caños 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 fuor eninra de 1.68. Sien-  
te por tanto lipopepsia general o solamente  
lipoclorhidria.

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

Mas interes ofrece todavía el examen pra-  
ticado en series continuas que nos permiten  
apreciar el retraso de la digestión tan fre-  
cuente en estos enfermos cuando tienen es-

trediado el filoso.

Para este estudio de la digestión con relación al tiempo pante Hayem de la base reconocida por todos de que la digestión en estado normal empleando el almuerzo de prueba, llega a su augeo a los 60 minutos. Este augeo se manda 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 almuerzo 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 augeo, hasta los 90 los 120 o los 150 minutos. Entonces diremos que la digestión está retardada. Este hecho puede observarse sin alcanzando  $\frac{T}{F}$  su valor maximo 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 liposclorhidia tardia (Hbayem) aun en casos de que exista lipopepsia a los 60' minutos. (Obs. 3)

Solo por el hecho de extraer cierta cantidad de contenido gástrico a los 90' minutos de ingerido el almuerzo de prueba de Lovold podríamos afirmar la estrechez producida por la ulcerá.

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

Estos son los principales síntomas de que dados los conocimientos actuales podremos hechos unos para llegar al diagnóstico de la ulceración de la región pilórica, sin embargo podría darse como acontece

en otras enfermedades que la falta de sintomas nos impide formular el diagnostico

---

---

---

---

---



# — Capítulo II —

## Tratamiento quirúrgico — Gastro-enterostomia

Demostrada por la experiencia la insuficiencia 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 pilorectomia y la gas-  
troenterostomia han venido practicandose con  
exito, en el tratamiento de la ulcer a de la  
region pilonica. Mas hoy en dia, rechaza-  
da la pilorectomia por la mayoria de los  
cirujanos a causa de los peligros que la  
acompanian, de los resultados funcionales in-  
certos que produce, de las dificultades tec-  
nicas que encierra y de su mortalidad.

(40 por 100 segun Haberkant), ha sido remplazada en su ventaja por la gastro-enterostomia limitándose su indicación solamente para los casos en que se sospeche la transformación cancerosa de la ulcerá.

En cambio la gastro-enterostomia, practicada la primera vez por Woffier ante las invitaciones de Niroladoni en 1881 ha dado tan buenos resultados que restringiendo el campo de acción de las fuilostomia y demás op.

raciones aborresce para si casi por completo el capítulo de las indicaciones de intervención quirúrgica en las gastroscasias. A ello han contribuido indudablemente, tanto el avanzado adelanto de la Medicina en cuanto a la exactitud del diagnóstico, como el perfeccionamiento de la técnica operatoria alcanzando merced a numerosas y ventajosas modificaciones introducidas en la práctica por eminentes cirujanos como Haekel, Roux,

Kocher, Hartmann, 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. Dice a este respecto el Doctor Cardenal (1) en su brillante memoria presentada al último congreso de Medicina celebrado en Madrid « Es la quinta enterostomía su nuevo concepto y hasta la hora presente, la operación más

(1) Indicaciones de la intervención quirúrgica en las afecciones del estómago por el D<sup>r</sup> Cardenal 1903

terapéutica de toda la cirugía gástrica: fués  
aunque las extirpaciones parciales y totales del  
píloro y del estómago parecen mucho mas  
radicale a primera vista y mas brillante 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 terapeu-  
tica (con los mismos derechos que la hermestomía

estomachia, traqueostomia etc) porque por mucho  
que progrese la ciencia médica y el arte de  
curar es más que probable que no llegara en  
ca a evitar en absoluto y en todo los casos la  
producción de obstáculos mecánicos defini-  
tivos a la evacuación del contenido gástrico  
por su vía natural ya que dentro de las  
leyes orgánicas conocidas como inmutables  
el tejido de cicatriz que ha de constituir for-  
zosamente la curación de toda ulceración

go profunda, aunque perfectamente sana y  
normal tiene propiedades intrínsecas de retrac-  
tividad e inextensibilidad que hacen impo-  
sible hoy por hoy su sustitución natural  
por tejido flexible y elástico y por consiguiente  
del todo impensable la adoptación  
definitiva de un método que permita so-  
tear la dificultad estableciendo una me-  
siva su sustitución de la antigua cu-  
rada ya poco usorable.»

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

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

Queda por tanto reducida a la gastro-entostomía, la cuestión de la intervención quirúrgica en la ulceración pilónica, y por ello prescindiremos de la pilorectomía.

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

Encuentramos justificada la importancia y extensión de las indicaciones de la gastro-

enterostomia, 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 practicado mejor el momento quirúrgico y se practica con rigurosa asepsia y relativa rapidez por cirujanos trahiles.

Aquí podemos ver que Chlumsky después de revisar 550 casos de gastritis ulcerosa. Señala los resultados siguientes:

Años 1881 a 1885 mortalidad por 100 = 67,75

.. 1886 a 1890 .. .. 47 ..

1890 a 1896 .. .. .. 33,9

Período de 1881 a 1889 presenta 9 defunciones en 14 operados

de 1890 a 1895 .. .. 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 ó sea 13,8 por 100 de mortalidad

De 1899 a 1900 - 10,9 por 100

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

Hartman de 1899 á 1903 presenta 3 muertos en 26 operados lo cual equivale a una mortalidad de 11,5 por 100.

En general puede seguirse que la mortalidad disminuye cuando ~~ma~~ a <sup>á</sup> tiempo

se ofere a los enfermos. Sin aguardar a que su  
deplorable estado de nutrición comprometa  
el éxito operativo.

Este sentado y vista su relativa inocuidad  
consultemos opiniones acerca de su indicación  
para la ulcerá pilórica.

Hainoir que ha tratado magistralmente  
esta cuestión dice:

« La operación es racional porque ella dis-  
minuye el tiempo de contacto entre la ulcerá

y el piso gástrico hiperacido, hipersegregado. La gástric enterostomia suprime la retención debida a la contractura del pilor, proporcionando una nueva boca a la evacuación estomacal. Es ademas eficaz porque en la mayoría de los casos los resultados son satisfactorios; los enfermos ren de el principio desaparecer los dolores y luego sigue la alimentación normal (1) Su apoyo

(1) Véanse las observaciones 1<sup>a</sup> 2<sup>a</sup> 3<sup>a</sup> y 4<sup>a</sup>

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

Conviene tener presente que Marioni se refiere al sentar estos conceptos a la ulceración del estómago en general y solo habla de resultados inmediatos pues de referirse exclusivamente al caso particular de la ulceración en la región pi-

lórica hubiera sentado que la gastro-enterostomia  
suprime el contacto del quimo acid con la ulcer  
ra dejando un reposo al piloro por medio de  
la nueva boca creada.

Heindlreich haciendo un estudio parecido  
llega poco mas o menos a las mismas con-  
clusiones que Mariá

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

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

Fliner de Heidelberg (1) sostiene que la ulceración

(1) Presse medicale 1893.

del estómago no necesitará jamás la gastro-enterostomía si no sea que se complejique de trastornos mecánicos si este se situada al nivel del piloro en cuyo caso se deberá tener una ostomía consecutiva. En todo caso la gastroenterostomía no excluirá tanto antes como después el empleo del tratamiento médico. -

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

repetidas ó cuando acompañando de espasmo  
y síncope en dicto orificio

Vemos pues coincidir las opiniones de todos  
en que la gastro-enterostomia está indicada  
en la ulceras del piloro.

Mas, aparte estas opiniones muy dudosas de  
atender por la autoridad de quienes las sus-  
tienen, encontramos fundamentos de orden ana-  
tomo patológico y clínico que corroborean di-  
cha indicación.

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

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

el tratamiento, este proceso secundario que muestra gran tendencia de separación (Hayem) producirá bajo su influencia una cicatriz reparadora de la brecha, tanto más fácilmente cuanto menor sea la profundidad de la lesión. Sin embargo y aparte de lo anteriormente expuesto, en el caso particular de la ulcera de la región pilórica, la curación de la ulcera por el trabajo progenitor de organización y retracción del tejido cicatrizial, condicionaría

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

Pero otras veces a causa del contacto cons-  
tante del quimo con la ulcera la respon-  
sión de la perdida de sustancia no se re-  
plica ó se hace irregularmente: entonces la  
lesión ulcerosa va progresando, forma unovi-  
lizarse y penetrar profundamente bajo la  
forma de una perdida de sustancia cercada

por bordes elevados gruesos redondeados y recu-  
yendo sobre una base indurada de teji-  
do fibroso soldado frecuentemente por sali-  
das adherencias a los órganos vecinos; cuan-  
do la perforación de la pared estomacal  
es completa, el fondo de la ulcerá esta for-  
mado por un órgano vecino, pancreas que  
está ligado etc. La reacción inflamatoria  
que segun hemos visto acompaña al proceso  
necroblótico traspasando los límites utiles

utiles invade las partes vecinas e immobiliza el proceso ulcerativo haciendo imposible su reparación, con lo cual queda formada la ulceración crónica. En estas condiciones y bajo la influencia del contacto con el quimo ácido al pasar por el piloro vuelve a progresar el proceso ulcerativo y destruyendo en parte los bordes de la ulceración puede provocar súbita hematemesis por rotura de vasos inmediatos o perforaciones siempre graves. —

En vista de lo que antecede llegamos al momento en que la indicación de la gastro-enterostomía en la ulceración de la región pilorica surge clara y evidente, pues esta operación creando una nueva vía para el paso del contenido gástrico al intestino consigue el reposo absoluto del pilor y primera y fundamental indicación de la ulceración de esta región.

Los hechos prueban su eficacia curativa

Kumpel de Hamburg presentó una comunicación al Congreso de Berlín a la citada demostrando por medio de la autopsia practicada a un enfermo de ulceras pilonícas, trece años después de la gastrectomía que la ulceración estaba cicatrizada por completo y solo había vestigios de perigastritis antigua.

Pero donde encontraremos muchísimos más casos de curación de la ulceración piloní

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

En todos ellos veremos la curación de la ulcerosa curación que afirmamos cuando han desaparecido por completo todos los síntomas para no reaparecer y la premisa ejercida con el aligerineto en la región pilónica llega a ser

(1) Leroy: Thèse du Paris 1912: De la gastroenterostomie dans les affection non cancerous de l'estomac»

(2) Degorge: Thèse du Paris 1922: De la gastroenterostomie dans la gastritis ulcerosa»

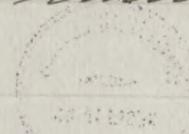
(3) Orcoyen: (1924) Indicaciones y resultados de la gastroenterostomia, etc.

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

que en algunos casos han observado la persistencia de ambos síntomas más bien de causa de este virus, por otras causas en las cuales la fibra muscular degenerada no podrá ya reacuduar. De ahí que los resultados sean mejores en nuestros enfermos en que la enteritis no es tan avanzada. Todos coinciden en la desaparición de la hiperclorhidria cuando es tardía. Lo mismo sucede con la gasteroducina y la pipereceptiva que desaparecen más o menos.

pronto a causa de haber suministrado la in-  
cisión que las ocasionalmente

Demostreada su indicación y comprobada su  
eficacia curativa, además de su atenuada  
mortalidad y fácil ejecución por lo cual sus-  
tituye con ventaja a la pilorectomía en la  
afección que nos ocupa, quedando por resolver  
el momento quirúrgico, es decir, cuando de-  
benos intervenir.



Resulta imposible de establecer categoriza-

mente a esta pregunta por exigir una respuesta generalizada a todo los caos. En esta causa en otras cuestiones varia el criterio de los autores segun se trate de Intervistas o Cirujanos: asi se ve que mientras los primeros reservan la operacion para cuando hayan fracasado los medios medicos fuertes en practica se lamentan los segundos del desfavorable estado de nutricion en que llegan los enfermos a sus manos comprometiendos en ello

el buen resultado de la intervención.

Mas esta divergencia y esta imposibilidad de resolver la cuestión se convierte en aparente desde el momento que preciudiciando de la generalización nos referimos a casos concretos.

Así venimos que todos coinciden en que la gastro-enterostomía deberá practicarse tan pronto como se haya diagnosticado la lesión en todos aquellos casos de ulceración antigua, de marcha crónica, que es-

trechando la luz del piloro provoca la apariación del Síndrome pilórico de Hartmann y Sou-pault (dolor tardío, vómito y retención y dilatación) Observaciones.

De qual manera de proceder debe emplearse para aquellos otros casos en que la ulcera no provocando la estrechez orgánica del piloro sino más bien su contractura perio-dica se nos manifiestan por la manifesta-ción del Síndrome pilórico. En estos enfer-

nos el tratamiento medico riguroso puede aliviarlos durante algun tiempo, pero vuelven a reaparecer los síntomas ante cualquier transgresión de régimen si por el trabajo corporal.

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

Sultado ha proporcionado a veces a Boas y  
Gayem. A este grupo corresponden los casos  
de ulceras frustadas denotadas por Sabaté y que  
a juicio de Souza se muestra partidario  
de la intervención, siempre que la intensidad  
de los dolores y su persistencia haciendo la vida  
insopportable o la abundancia y frecuencia de  
los vomitos acarreando la desnutrición sea  
rebelde a todo tratamiento médico emplean-  
do durante un mes.

Luego pues solamente un pequeño número de casos en los cuales el tratamiento médico podrá curar la úlcera; pero como quiera que la cicatriz pior radicar en el piloro 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 cahe la justificación del empleo de la gastro-enterostomía para todo aquellos enfermos

enfermos de la clase deshendada de la fortuna  
por que en los cuales es imposible esperar que  
se sometan al regimen adecuado, de la entre-  
cher consecutiva.

Y nos pries que la unica excepcion que pue-  
de hacerse al empleo de la gantx - enteros toma  
en la ulcera del pilor, la dan los enfermos  
de la clase acomodada cuya lesion se enuen-  
tre en los convejos y respondan al trata-  
miento medico. <sup>10</sup> Si fuera de estos casos va-

ros la operación deberá practicarse siempre que en el término de uno a seis meses de tratamiento medio no haya obtenido la curación y sea repetirse el cuadro clínico dentro.

---

---

---

---

---



## Observacion 1<sup>a</sup>

Se presenta el 15 de Diciembre de 1901 una mu-  
jer de 56 años que se queja de sufrir desde  
hace 11 años dolores semejantes a calambres en  
el estómago 3 o 4 horas después de las princi-  
pales comidas seguidos con frecuencia de vo-  
vatos alimenticios que calmaban el dolor. Estos  
trastornos se presentan por crisis separadas  
por períodos más o menos largos de relativa  
calma.

Hace 4 años tuvo una abundante hematemesis acompañada de náusea, a raíz de la cual y con el regimen estricto de dieta láctea los dolores mejoraron durante algunos meses para reaparecer despidos con nueva intensidad aunque con los mismos caracteres.

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

de despertar el dolor hace que se mire insuficientemente, con lo cual ha ido debilitándose de día en día y enflaqueciendo hasta el punto de perder 12 kilogramos en el espacio de 4 meses, hoy pesa 46 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 irguir

da y encocha de la 12.<sup>a</sup> dorsal.

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

El cateterismo confirma la vacuidad del estómago en ayunas. El cateterismo practicado a distancia de la ingesta de alimentos

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

El examen de la digestión a la hora de ad-  
ministrado el almuerzo de prueba Soval da los  
resultados siguientes.

Liquido 200 gramos con resto de pan bien derridido.  
olor y color normales, sin vómito ni resto almu-  
cios de comidas anteriores, La reacción del ácido  
clorhídrico libre obtenida con el reactivo de  
Gimberborg.

La reacción de Huffelma para el ácido láctico resulta negativa.

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

$$\begin{aligned}
 A &= -198 & \alpha &= 0.65 \\
 E_g &= 340 \\
 F_g &= 162 & T &= 2 \\
 H_c &= 81 & \frac{T}{F} &= 2 \\
 P &= 188
 \end{aligned}$$

En estas condiciones y pensando en que se trata de una ulceración de la región fulgurante sometida al tratamiento de la ulceración por el

procedimiento Boas, dieta leacta, lavativas alime-  
tricas y agua de Karlsbad y alcalijas con lo cual  
se produce una mejoría momentánea pero a  
los 15 días vuelve la enfermedad a sus dolores  
increcientes y en vista de ello y de acuerdo con  
dejo mandar a Bayona a consultar con el  
D<sup>r</sup> 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 diagnos-  
tico encontrando ademas algo espirada y conges-  
tionada la region pilonica y que el curso de  
postoperatorio fue bueno. La enferma reacciono  
muy rápidamente después de la operación y  
aunque durante tres semanas tuvo algunas molestias  
del estómago no llegaron nunca a pare-  
cerse a dolores vivos antesoperatorios. Al cabo de  
dos meses desaparecieron estas molestias y

podemos ver a la enferma que comia 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 Junio de este año 1904 hemos vuelto a ver a la enferma: su peso es de 62 kilogramos la previsiow con el algumento de Goas de las cifras 7 y 10 kilogramos y ella se encuentra perfectamente

## Observación 2<sup>a</sup>.

P. M. de 24 años natural de Cafalla se presenta a nuestra observación el dia 28 de Abril de 1903. Comenzó a sufrir del estómago a la edad de 27 años en cuya época tuvo su primera crisis dolorosa constituida por calambres del estómago acompañados de vómito, que le dijeron 2 meses: advierte la particularidad de que estas crisis eran mucho más violentas cuando adoptaba el decubito lateral derecho, mientras que

adoptando el quirúrgico procedimiento. Sometido  
al tratamiento desapareció la crisis a los 2 meses  
y tres y medio después volvió a sufrir otra crisis  
que desapareció al mes y medio de tratamiento.  
Seis meses mas tarde otra crisis durante 15 días.  
En Julio de 1903 experimenta una nueva crisis exce-  
sivamente violenta que termina por abun-  
dante hematemesis de sangre negra y por  
la noche melena. Hasta entonces solo  
había encontrado de tiempo en tiempo fe

queñas porciones de sangre en los vomitos.

Hace cinco semanas suveva en si que toda-  
vía se dura a pesar de estar sometido al tra-  
tamiento por el substrato de bismuto lo  
que pone tomar en ayunas y los alcalinos  
después de la comidas y dieta lactea: en vista  
de esto se presenta a la observación del  
Dr. José Mardianabeitia con quien tengo  
oportunidad de ver el enfermo.

Actualmente no puede trabajar, los sufri-

mañanas comienzan tres horas después de las comidas. El dolor cesa a veces con la ingestión de leche. Durante la noche se despierta dos o tres veces a consecuencia de los dolores que calma con la ingestión de huevos crudos y leche. Desde hace tres días solo por medio del vomito consigue calmarse el dolor: suele tenerlo a las dos de la madrugada proximamente acompañado de grandes sudorimientos arroja un líquido blanquecino de sabor fuertemente acido que con-

tiene algunos residuos alimenticios tomados en la última comida. Durante las crías se ve frecuente adoptar una postura doblada sobre sí mismo. Se fatiga mucho y va enflaquecido bastante. La presión ejercida en el epigastrio a la derecha del apendice superó con el digesímetro de Boas una la cifra de 3 y en el punto dorsal 8. El estómago durante los períodos de crías aumenta de volumen llegando la bordadura mayor hasta el ombligo.

La exploración gástrica con la sonda nos permite extraer por la mañana en ayunas 150 centímetros cúbicos de un líquido amarillo verdoso en el cual abundan algunas mucosidades pero sin restos alimenticios reconocibles a simple vista.

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

$$A = 3,58 = F = 137 = C = 168 \quad T = 2,91$$

$$B = 3,29 = G = 94 = \alpha = 0,97 \quad F$$

La reacción de las peptonas es manifiesta no hay reacción de los amiláceos ni del azucar, aparece jugo gástrico con pan.

Extraido el contenido estomacal una hora después de ingerido el almuerzo de prueba de huevo nos encontramos con 340 gramos de líquido, conteniendo pan bien digerido, poco moco y ningún residuo de comidas anteriores.

Su análisis químico da las cifras siguientes:

$$A = 3.10 = B = 1.09 = C = 1.99 \quad \alpha = 1.$$

$$D = 3.69 = E = 0.98 = D + C = 2.97 \quad \frac{D}{E} = 3.87.$$

No existe azúcar lacteo. La reacción de las peptonas es manifiesta así como también la del azúcar en abundante cantidad y no se queja.

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

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

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

Con todos estos datos formamos el gráfico de una

ra pilórica antigua con hipertrofia e hiperclorhidria y digestión retardada.

Fue operado por el Dr. Aceiza que practicó una gastroenterostomía posterior transmesorálica por el procedimiento Boas. Durante la operación pudimos apreciar cerca del piloro, adherida al sobre la superficie anterior del estómago una placa gris a nivel de la cual la pared estaba estada un poco engrosada: abierto el estómago pudimos apreciar que la mucosa gas-

trica estaba hiriente y roja traiia el dolor y  
sangraba al menor contacto.

El cumo pos operatorio fué bueno: el viernes dia  
de la operacion tuvo por la tarde dos vomitos y el  
1º un poco sangre leuto. A la mañana siguiente  
tenia sequedad de la lengua, pulsaciones 120,  
temperatura 38. Se le practico un lavado del  
estomago. Por la tarde: 106 pulsaciones, la len-  
gua húmeda y la temperatura 38,5 para no  
volver a tener mas molestias: desde el tercer

dia toma leche y a los 20 días de operado encuentra  
bien fue dado de alta. Al mes habia ganan-  
do 4 kilos de peso (63 kilogramos). A los dos meses  
66 kilogr. a los 3 meses 69 kilogr. Las noticias  
que hoy tiene meses después de operado pare-  
cen no pueden ser mas satisfactorias: come de  
todo, digiere sin molestias y se encuentra bien  
y de buen color. Su peso es 58 kilogramos.  
Se abstiene del alcohol solamente.

---

### Observación 3<sup>a</sup>

P. M. de 53 años de edad, (Vacaia) - Desde la edad de 27 años sufría a sentir ardores en el estómago que aparecían de tiempo en tiem-  
po. El año 1887 sufría a tener dolores en el estómago: se presentaban tres o cuatro horas después de las comidas y persistían durante 2 o 3 horas para terminar por medio del vomito. En 1889 tuvo una abundante hematemesis que volvió a repe-  
trirse en 1892. Entonces los dolores se localiza-

bau en la region epigastrica al lado derecho de la linea media irradiandose hacia la columna vertebral. Se calmaban tomando bicarbonato sódico. Mas tarde desaparecieron los vomitos y los dolores se transformaron en sensacion de peso y fulguridad continua despues de las comidas.

Desde 1899 la desnutricion comenzó hacerse muy marcada, por que el apetito era nulo y lo poco que comia decia no poderlo digerir.

Se habituó al catapenismo y el mismo se extraía  
el contenido estomacal por las noches con el ob-  
jetivo de calmar las molestias que sentía, pues estas  
no desaparecían ya con alcalino. Sometido a  
dita lactea excluiva consiguió la calma de  
las molestias, pero el estado general empeoraba.  
En 1.901 nueva agudización de los trabajos de  
los tráctores e intolerancia hasta firma la leche.  
pasó dos meses en cama y gracias al sustituto  
de bicarbonato a dos altas. Los lavados y los

compuertas húmedas, cesó la crisis y pudo reposarse  
algo. - En Mayo de 1902 tuvimos razones de  
reconocer a este enfermo: pesaba 48 kilos. Presenta-  
taba el estómago dilatado, pues su límite inferior  
se hallaba a un traves de dedo proximamente por  
debajo del ombligo. La palpación algo doloro-  
sa nos permitió apreciar la rigidez del múscu-  
lo recto abdominal derecho que dificulta a su  
vez la exploración algesimétrica en el epigastrio  
así como también el ver si existe tumesción;

en el punto dorsal marca 6.

Extraido el contenido gástrico en ayunas nos lo encontramos que contiene restos alimenticios en cantidad regular: Su composición química era la siguiente = Cantidad 200 c.c. = A. 3.14 = E. 4,89  
 $F. 1.89 = H. 1.97 = C. 1.03 = a = 1.13 \frac{T}{F} = 2.58$  = Por el olor se conoce la presencia del ácido acético.

El análisis del líquido practicado a los 60 minutos después del almuerzo de prueba Eovald da:

A. 1.48 = E. 2.61 = F. 1.41 = H. 0.90 = C. 1.20 = a. 1.03  $\frac{T}{F} = 1.85$

Un segundo análisis practicado a la hora y media después del almuerzo acusa: A: 2,24. T: 4,38. F: 1,32  
 H: 1,15 = C: 1,91 = x: 0,63  $\frac{T}{F} = 3,2$  = La reacción de  
 burdel muestra la presencia de peptona en ba-  
 tante cantidad.

Sospechando se tratara de estenosis ciástica del pilor se fue practicada una gastro-estenostomía posterior (procedimiento de Hartmann) por el Dr. Arribalzaga, quien al practicar la op-  
 eración pudo apreciar que el estómago presenta

ba una ulceración en la cara posterior del píloro estando sujeto este órgano a la cara inferior del ligado por adherencias no encontrándose infarto ganglionares.

Los dolores persistieron durante unos 20 días apesar de alimentarse tan solo de leche y huevos, terminando por desaparecer al cabo de una semana de serle introducidas todas las mañanas con la sonda 20 gramos de sulfato de bismuto. Calmados los dolores empeoró el cu-

permiso a comer carne, continuando cada vez mejor 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. y el estómago tiene su límite inferior a dos dedos por encima del ombligo

Observación 4<sup>a</sup>

Caso citado por el Dr. Jourpault. Mme J. afecta de gastro-tu

conce a un síndrome pilórico es operada por el Dr. Hartmann. El piloro no está adherente y parece normal a simple vista. La palpación muestra que existe una especie de engrosamiento fuerte flexible atribuido desde el principio a una contractura, un estrechamiento de la región pilórica. - Se procede a la abertura del vientre cuando el cirujano descubre algunas manchas leñiculares que se parecían a los granos. Se pensó en pequeños granos cancerosos

y en ver de una gastritis-enterostomia se practicó una pilorectomia.

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

no hubieramos admitido un espasmo del piloro.  
Estoy persuadido que hay muchos caídos aná-  
logos en los señalados por los cirujanos como  
espasmos del piloro.

---

### Observación 5<sup>a</sup>

---

Del Dr. Hayen = X paro 46 años, entra en el  
servicio de Hayen el 12 de Febrero de 1912. Se-  
timo falso marta los 23 años. En esta época  
se vuelve intemperante bebiendo 3 litros de vino

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

En 1897 nueva crisis caracterizada por sudor  
que sobreviene 5 a 6 horas después de la comi-  
da ingerida, vomitos pero sin dolores. Hecho  
de un mes el enfermo curó pero ha sufrido  
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 hábito de provocarse los vomitos con ayuda de los dedos introducidos en la boca.

Sale el 21 de Setiembre muy mejorado pero rápidamente vuelve adquirir sus hábitos de sifomania.

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

estómago está ligeramente descendido y dilatado; a pesar de un regimen alimenticio severo continua vomitando: los vomitos alimenticios o biliosos so llevan a 5 ó 6 horas después de la comida. El catéterismo en ayunas da variables resultados: cuando el enfermo está a dieta lactea absoluta, los residuos alimenticios son nulos y hay poca cantidad de líquido, faltando por completo muchas veces; en condiciones normales, se retira siempre una gran cantidad de líquido. La canti-

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

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

En reñete está desminido: los páneles son invariables 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).

Hice aquí los análisis químicos: El líquido en ayunas contiene mucha bilis = A: 54 = E: 3.92 = F: 346 =  
 H: 0.00 = C: 46 =  $\alpha = 1.17$   $\frac{T}{F} = 1.1$

Líquido recogido una hora después del almuñedo de prueba = A: 2.11 = E: 4.01 = F: 1.84 = H: 88 = C: 149 =  
 $\alpha = 0.82$   $\frac{T}{F} = 2.4$ .

El líquido en ayunas es clorínico; el del almuñedo de prueba indica claramente una gastritis borenquimática mixta con prolongación del proceso digestivo sin hiposecreción.

Dice después: «No se trata verdaderamente de una estenosis del piloro porque la ausencia de retos alimenticios y la presencia de una cantidad tan grande de bilis permiten rechazar esta hipótesis. Es más probable se trate de una estenosis subpilórica.

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

mostra la posibilidad del reflujo de la bilis  
a través del piloro estenorado.

---

---

---

---



## Conclusiones

---

De todo lo que llevamos expuesto se deduce.

- 1º Que la ulceración 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.
- 2º Fuera de los casos en que el proceso presenta el cuadro sintomático completo el diagnóstico deberá apoyarse principalmente en los síntomas que forman el llamado síndrome pilórico.

- 3º La gastro-enterostomia, ~~para su retención incesante~~ y su eficacia curativa hoy dia es el medio indicado de tratamiento.
- 4º Se deberá intervenir inmediatamente al formular el diagnostico en todos los casos de larga fecha que presenten el síndrome pilórico constante o a intervalos que se repiten con frecuencia.
- 5º En los casos de úlcera reciente, en sus comienzos, la ineficacia del tratamiento

médico riguroso observado durante un meses  
quien decide.

6º Los resultados obtenidos con la gastro-entero-  
tonia demuestran su eficacia curativa tan  
bien en el orden clínico como en el anatomo-pa-  
tológico: siendo sus efectos mejores cuanto más á  
tiempo se intervenga.

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

---

---

Admisible  
Federico del Río y Llorente

Admisible  
J. Rodriques  
y Gonzalez

Calificación obtenida Aprobado

El Presidente

Julian Callizo

Madrid 14 de Febrero año 1904

Firma de la otra parte  
J. Rodriques  
y Gonzalez  
F. Perez Vininga



El Secretario

Federico del Río y Llorente

Madrid 22 de Febrero de 1904

Mariano Mañero y Roviral

