



N.º 3274

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Mix. B. 20. 11

ALGUNAS CONSIDERACIONES
SOBRE LAS
ÚLCERAS GÁSTRICAS Y DUODENALES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

HORACIO F. GERVAIS

Ex-practicante *ad-honorem* del Instituto Jenner (1912)
Ex-practicante menor interno del Hospital vecinal Villa Devoto (1913)
Ex-practicante menor interno del Hospital Pirovano (1914-1915)
Ex-practicante mayor interno del Hospital Pirovano (1915-1916)
Ex-médico interno (interino) del Hospital Pirovano (1917)
Médico agregado al Servicio de Cirugía del Hospital Pirovano (1917)

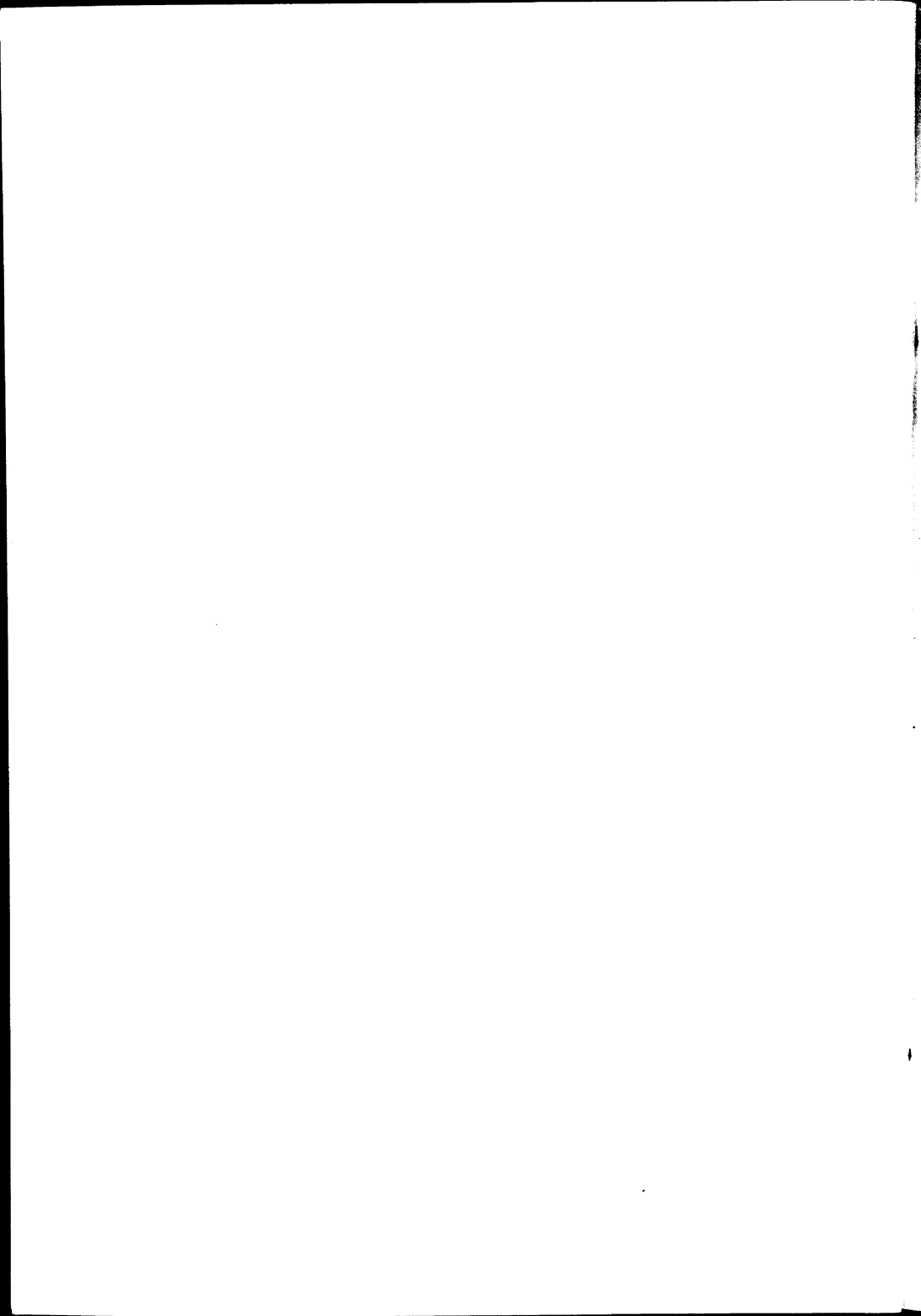


BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
2254 - Córdoba - 2254

1917

ALGUNAS CONSIDERACIONES
SOBRE LAS
ÚLCERAS GÁSTRICAS Y DUODENALES



Año 1917

N.º 3274

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE LAS

ÚLCERAS GÁSTRICAS Y DUODENALES

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

HORACIO F. GERVAIS

Ex-practicante *ad-honorem* del Instituto Jenner (1912)
Ex-practicante menor interno del Hospital vecinal Villa Devoto (1913)
Ex-practicante menor interno del Hospital Pirovano (1914-1915)
Ex-practicante mayor interno del Hospital Pirovano (1915-1916)
Ex-médico interno (interino) del Hospital Pirovano (1917)
Médico agregado al Servicio de Cirugía del Hospital Pirovano (1917)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
2254 - Córdoba - 2254

1917

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

(Artículo 162 del R. de la F.)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSE PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRAN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO F. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRED
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO

Secretario general

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Secretario anual

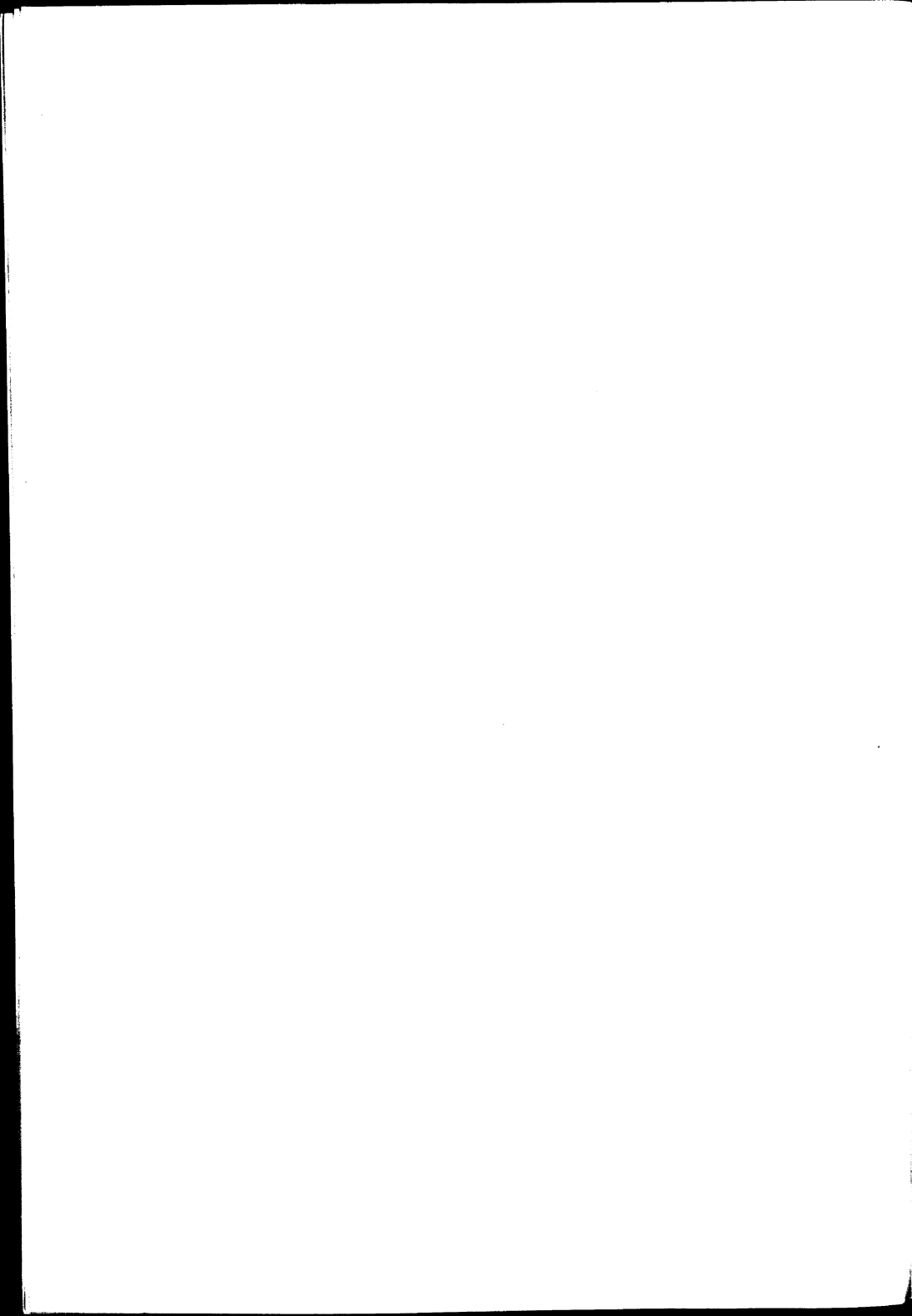
Vacante.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMAGO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRÁN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

» » ELISEO CANTÓN

» » ANGEL M. CENTENO

» » DOMINGO CABRED

» » MARCIAL V. QUIROGA

» » JOSÉ ARCE

» » EUFEMIO UBALLES (con lic

» » DANIEL J. CRANWELL

» » CARLOS MALBRÁN

» » JOSÉ F. MOLINARI

» » MIGUEL PUIGGARI

» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

» » FANOR VELARDE

» » MARCELO VIÑAS

» » IGNACIO ALLENDE

» » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

» » JUAN A. GABASTOU

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEYGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI



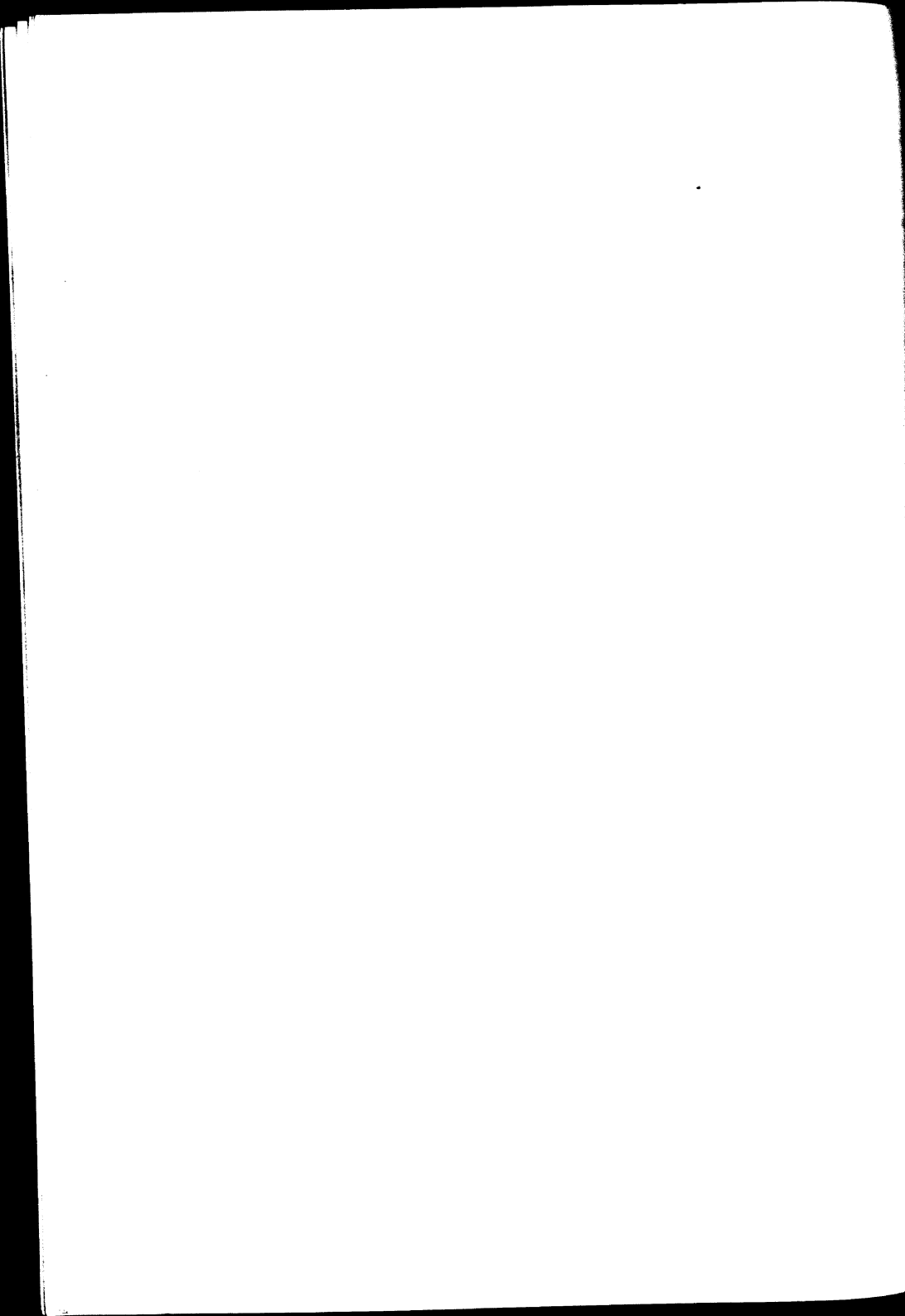
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana..	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica..	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada ...	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica .	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica..	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	(Vacante)
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Ginecológica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediatría.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.....	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	GUILLERMO SEIBER
Anatomía descriptiva.....	SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	EUGENIO A. GALLI
Bacteriología.....	FRANK L. SOLER
Química Biológica	BERNARDO HOUSSAY
Higiene médica.....	RODOLFO RIVAROLA
Semeiología y ejercicios clínicos...	SALVADOR MAZZA
Anatomía patológica.....	BENJAMÍN GALARCE
Materia médica y Terapia.....	PELLE A. JUSTO
Medicina operatoria.....	MANUEL V. CARBONELL
Patología externa.....	CARLOS BONORINO UDAONDO
Clínica dermato-sifilográfica.....	ALFREDO VITÓN
» génito-urinaria.....	JOAQUÍN LLAMBIAS
» epidemiológica.....	ÁNGEL H. ROFFO
» oftalmológica.....	JOSÉ MORENO
» oto-rino-laringológica.....	ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología interna.....	CARLOS ROBERTSON
Clínica quirúrgica.....	FRANCISCO P. CASTRO
» médica.....	CASTELFORT LUGONES
» pediátrica.....	NICOLÁS V. GRECO
» ginecológica.....	PEDRO L. BALZIN
» obstétrica.....	JOAQUÍN NIN POSADAS
» neurrológica.....	FERNANDO R. TORRES
Medicina legal.....	FRANCISCO DESTÉFANO
	ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	ENRIQUE B. DEMARÍA (en ejercicio)
	ADOLFO NOCETTI
	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	MARTÍN CASTRO ESCALADA
	PEDRO LABAQUI
	LEONIDAS JORGE FAGIO
	PABLO M. BARLARO
	EDUARDO MARIÑO
	JOSÉ ARCE
	ARMANDO R. MAROTTA
	LUIS A. TAMINI
	MIGUEL SUSSINI
	ROBERTO SOLÉ
	PEDRO CHUIRO
	JOSÉ M. JORGE (H.)
	OSCAR COPELLO
	ADOLFO F. LANDIVAR
	JUAN JOSÉ VITÓN
	PABLO J. MORSALINE
	RAFAEL A. BULLRICH
	IGNACIO IMAZ
	PEDRO ESCUDERO
	MARIANO R. CASTEX
	PEDRO J. GARCÍA
	JOSÉ DESTÉFANO
	JUAN R. GOYENA
	JUAN JACOBO SPANGENBERG
	MAMERTO ACUÑA
	GENARO SIST
	PEDRO DE ELIZALDE
	FERNANDO SCHWEIZER
	JUAN CARLOS NAVARRO
	JAIME SALVADOR
	TORIBIO PICCARDO
	CARLOS R. CIRIO
	OSVALDO L. BOTTARO
	ARTURO ENRIQUEZ
	ALBERTO PERAITA RAMOS
	FAUSTINO J. TRONCE
	JUAN B. GONZÁLEZ
	JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	JUAN A. GARASTOU
	ENRIQUE A. BOERO
	ROMULO H. CHIAPINORI
	VICENTE DIMITRI
	JOAQUÍN V. GREGO
	JAVIER BRANDAM
	ANTONIO PODESTÀ



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, e c..... DR J. C. LLAMES MASSINI

Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica..... DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... » UBALDO FERNANDEZ



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año	» LEON PEREYRA
3 ^{er} año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2.^o año)
SR. JUAN M. CARREA (Prótesis)

PADRINO DE TESIS

DOCTOR JUAN B. EMINA

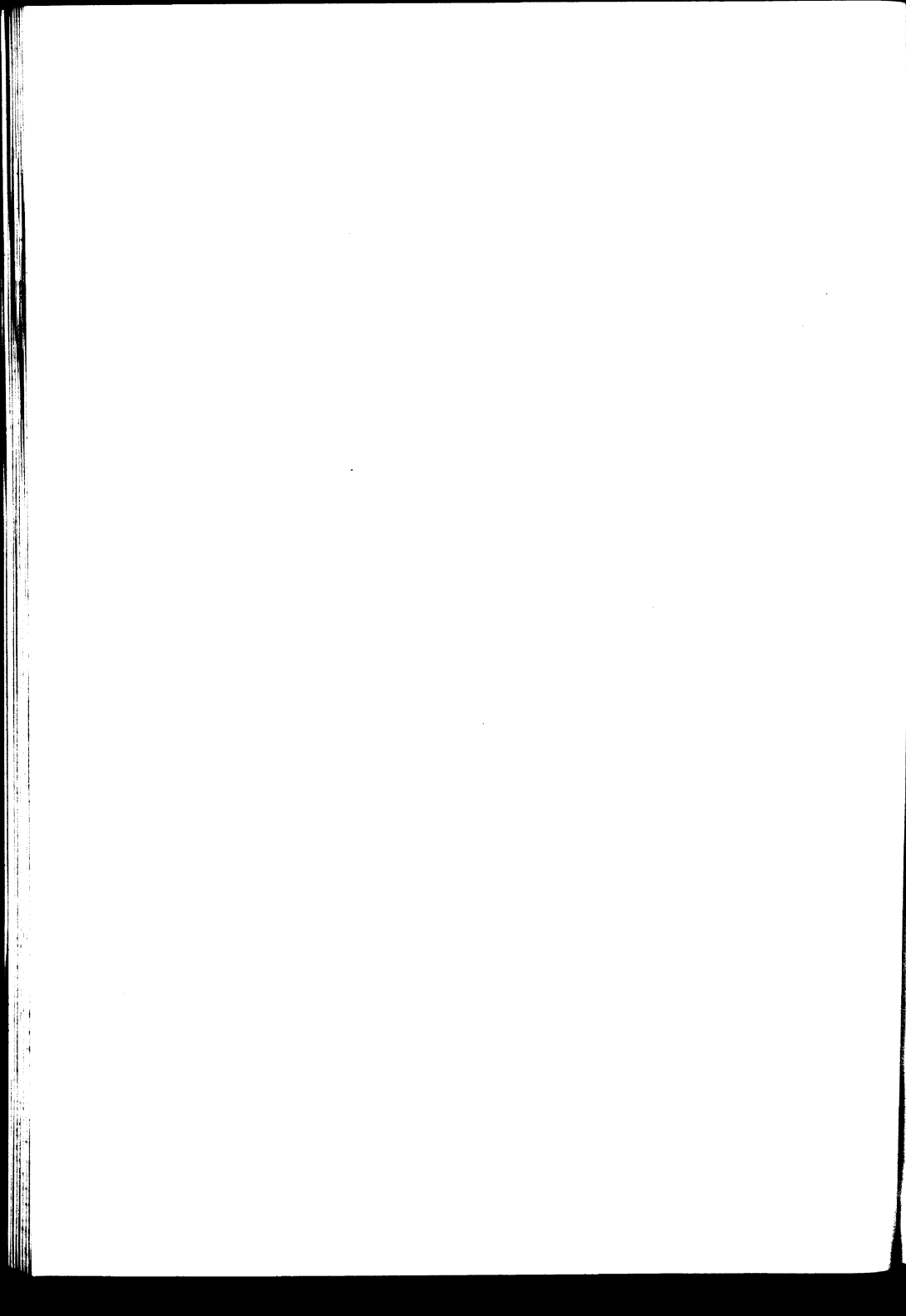
Director del Hospital Pirovano
Jefe del Servicio de Cirugía del mismo

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE

A QUIEN TODO LO DEBO

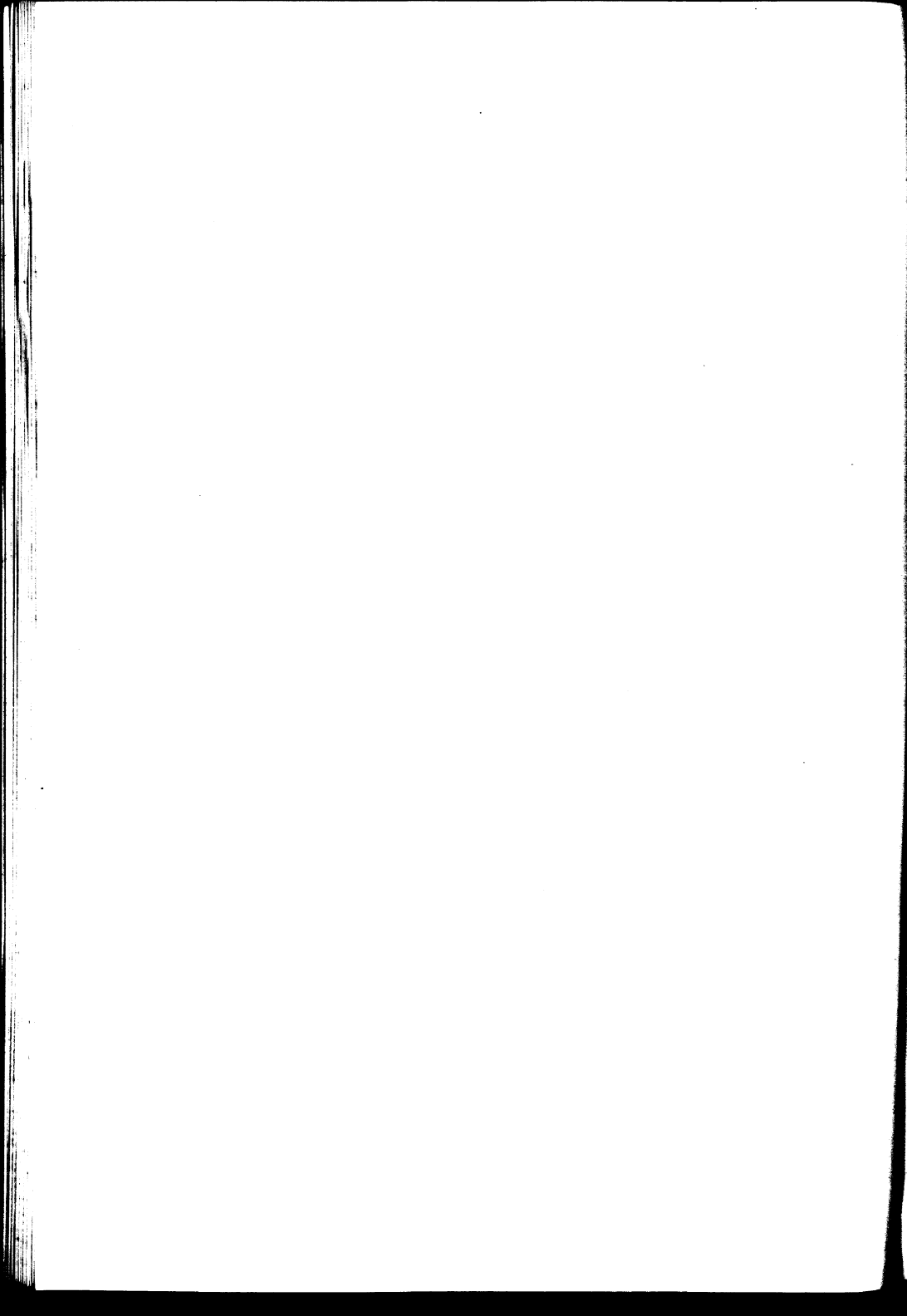
CARIÑO Y GRATITUD



A MIS HERMANOS



A MIS PARIENTES Y AMIGOS



SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Presento a vuestra consideración, éste trabajo, cumpliendo así con una de las prescripciones de nuestra facultad, para obtener nuestro título.

Tema de actualidad que tienen en estudio todas las clínicas europeas y americanas, debido a las modificaciones que respecto de su etiología, diagnóstico y tratamiento, se han introducido en estos últimos tiempos.

Entre nosotros citaré con todo entusiasmo, los trabajos efectuados por eminentes médicos, quienes han abierto con sus trabajos una nueva hoja en el estudio de esta afección, haciendo honor a la literatura argentina.

El trabajo publicado el año pasado por el Prof. Agote, es un documento de gran valor, en el que aparece una estadística completa sobre 350 casos; la mayor que so-

bre éste punto se ha efectuado en la República Argentina.

Los trabajos del Prof. Bonorino Udaondo, que poseen una estadística sobre 59 casos. Además irán apareciendo en el curso de éste trabajo los nombres del Prof. Arce, Castex, Finochietto, Del Valle, Ceballos, Lanari, De Nuci etc. quienes han contribuido también a su estudio.

Para terminar quiero dejar constancia de mi agradecimiento al Dr. Juan B. Emina, distinguido cirujano y director del Hospital Pirovano, quien me dispensa el alto honor de acompañarme en éste acto y mi gratitud y respecto por las sabias enseñanzas recibidas.

Al Dr. Fortunato Canevari, modelo de caballerosidad, mi reconocimiento por las atenciones y enseñanzas recibidas mientras he permanecido en su servicio.

A los médicos, y practicantes, compañeros de internado un recuerdo cariñoso.

HISTORIA

Las lesiones ulcerosas agudas que se localizan en el estómago y en el duodéno, se encuentran en buen número, y su origen también es múltiple, pero la afección que voy a tratar es una variedad de la úlcera crónica, llamada: *Ulcera simple*, por Cruveilhier, *Ulcera perforante*, por Rokitansky, *Ulcus rotundum*, por Niemeyer, que debido a las analogías con la úlcera del esofago y del duodéno, se las reúne como una sola afección con distintas localizaciones orgánicas.

Esta afección ha sido descripta por primera vez por Cruveilhier, siendo ese un trabajo tan perfecto, que bien le ha merecido el honor de haber creado ésta entidad mórbida.

Fué en el año 1830, en que él describió minuciosamente la úlcera crónica simple y la separó definitivamente del cáncer del estómago, con quien había sido confundida hasta entonces. En 1838, completó su obra deján-

donos de ésta enfermedad un cuadro anatómico y clínico tan completo, que por un justo homenaje a su memoria ésta afección lleva su nombre.

Cruveilhier al separar la úlcera del cáncer reconocía que ambas lesiones podían encontrarse en un mismo estómago.

Los trabajos de Rokitansky datan del año 1839.

Algunos años después se creía que la úlcera no era más que la primera etapa del cáncer, o mejor dicho, que el cáncer con bastante frecuencia solía injertarse en la úlcera.

La denominación de *Ulcus rotundum*, es aceptable, por más que en realidad, no siempre la úlcera tiene una forma redondeada. La de *perforante*, es buena también; pero sabemos que no todas las úlceras llegan a perforarse; por consiguiente la denominación de *úlvera simple*. (*ulcus simplex*) es la más aceptable y la que debe tenerse presente.

ETIOLOGIA

Desde la primera descripción de la úlcera del estómago hecha por Cruveilhier, muchas hipótesis se han emitido sobre la patogenia de esta afección, pero todavía no se ha conseguido poner completamente de acuerdo sobre esta cuestión.

De una manera general podemos sin embargo admitir, que la aparición de la úlcera es precedida por un trastorno circulatorio local, o por una necrosis en un punto limitado de la mucosa estomacal, y a continuación los tejidos menos resistentes o necrosados, son digeridos por el jugo gástrico.

Sin embargo ignoramos que causas especiales provocan la lesión inicial y por qué la pérdida de substancia una vez producida, no se cura, extendiéndose por el contrario en superficie y en profundidad.

Las hipótesis que se han emitido para explicar estos hechos, son numerosas. La causa principal por la cual la

fermos no son alcoholistas y las arterias del estómago no son ateromatosas.

Para Gilles de la Tourette, la histeria ocuparía un lugar importante en la patogenia de la úlcera gástrica.

La úlcera del estómago es rara en la infancia, es frecuente entre los 18 y 30 años. Las consecuencias graves de ésta afección y en particular las estenosis pilóricas cicatriciales se encuentran frecuentemente en personas de más edad, entre los 30 y 45 años. En un período más avanzado de la vida, la úlcera, se hace cada vez más rara.

Siendo en general más frecuente en el sexo masculino según el Prof. Agote (1), en contra de la opinión de ciertos clínicos extranjeros que la han observado de preferencia en las mujeres.

Dicho profesor ha demostrado también con una série de observaciones, la naturaleza infecciosa de ésta enfermedad, orientando así, en otro sentido su etiología. Pues ha encontrado en los casos agudos la presencia de temperatura que oscila entre 38° y 38°5; además cita una historia clínica del servicio Obstétrico del Prof. Zárate por sí sola concluyente.

Respecto de los gérmenes que podrían darle origen cree que tanto el B. Coli, el estreptococo, el neumococo, etc. serían los más indicados; pero deja ésta cuestión en estudio; pues con éste motivo se prestará la atención de-

(1) Agote L.—La úlcera gástrica y duodenal en la Rep. Argentina. Buenos Aires 1916.

bida a dicho punto, y quizá muy pronto pueda establecerse definitivamente su naturaleza infecciosa como lo cree el Dr. Agote.

Respecto de la frecuencia de ésta enfermedad en las distintas nacionalidades, aparece un cuadro de su estadística sobre 350 casos, en que figuran en mayor número los españoles con: gástricas 87, duodenales 52—siguiendo los argentinos con: 43 gástricos y 33 duodenales—por último los italianos con: 36 gástricos y 15 duodenales, siguiendo en menor número las demás nacionalidades.

erosión, llega a formar una ulceración y termina en los casos afortunados por la cicatrización y en los casos desgraciados por la perforación.

Las úlceras superficiales no sobrepasan la túnica muscular, las úlceras profundas atacan la serosa que terminan por perforar,

La extensión en superficie es muy variable, las hay pequeñas del tamaño de una lenteja y grandes cuyo diámetro llega a 10 y 15 ctms.

La úlcera se localiza más frecuentemente en la pequeña curvadura y en las vecindades del piloro, para las gástricas, y en la primera porción para las duodenales, como podrá verse en el siguiente cuadro publicado por el Dr. Agote.

Pequeña curvadura.....	106
Antro-pilórico.....	18
Piloro.....	36
Gran curvadura.....	3
Cara anterior.....	6
Cara posterior.....	3
Piloro y duodenal.....	6
Gástricas y duodenales.....	5
Múltiples y gástricas.....	3
Cuerpo.....	6
Cardias.....	4
Exulceratio.....	1
Gástricas sin especificar.....	10

Duodeno 1ª porción.....	100
Duodeno 2ª »	7
Duodeno tomando 1ª y 2ª porción.....	1
Duodeno sin especificar	5
	320

Por lo general ella es única, sin embargo pueden encontrarse varias a un mismo tiempo.

Cuando una úlcera relativamente grande termina su proceso de curación, queda una cicatriz de aspecto radiado a veces bastante grande; las úlceras superficiales dejan cicatrices lisas.

En los casos de cicatrices grandes, pueden producirse retracciones considerables, al punto de modificar la configuración del estómago.

Cuando la retracción es grande y anular, ocupando la parte media dicho órgano toma la forma de reloj de arena; pero mayor importancia clínica tienen las cicatrices de la región pilórica, puesto que dan lugar a fenómenos de retención con dilatación consecutiva del estómago.

Si la ulceración ataca la serosa puede dar lugar a una perforación en la cavidad peritoneal y una peritonitis generalizada, salvo que un proceso inflamatorio adhesivo haya separado la cavidad general y de lugar entonces a la formación de abscesos circunscriptos.

Estos abscesos pueden localizarse entre el hígado y el diafragma o entre el estómago y éste mismo músculo originando los abscesos subfrénicos.

Por último éstos abscesos pueden abrirse en los órganos huecos vecinos y establecerse fistulas con el duodéno, colon, pleura, bronquios, pericardio y mismo con la piel.

La eroción de un vaso por la úlcera, da lugar a la aparición de un síntoma de gran importancia clínica, la gastrorragia.

El examen microscópico de los tejidos que circundan la úlcera, muestran lesiones de gastritis, los tubos glandulares tienden a desaparecer, y las células glandulares, sufren la degeneración grasosa.

SINTOMATOLOGÍA

La úlcera simple puede evolucionar silenciosamente, con ausencia de todo síntoma. La casualidad hace descubrir en la autopsia de un individuo que durante la vida no había presentado jamás signo alguno que hiciera sospechar un trastorno gástrico.

Otras veces una persona es atacada súbitamente de manifestaciones graves que la úlcera simple trae como consecuencia (gastrorragia, peritonitis por perforación). Sin haber jamás presentado el menor indicio de semejante afección.

En otra serie de casos la úlcera del estómago da lugar a un conjunto de síntomas bien manifiestos pero no característicos, como para permitir afirmar, sinó aproximadamente tal lesión.

Estos trastornos gástricos prolongados, a menudo poco intensos (pesadez de estómago, dolores gástricos poco pronunciados, erutos, vómitos, etc.) pueden ser también

signos que reunidos tienen su valor en las úlceras gástricas.

En un tercer grupo tenemos la forma clásica, en que se traduce por síntomas suficientemente característicos que permiten establecer un diagnóstico exacto la mayoría de las veces. Estos síntomas son dos dolores, los vómitos y las hematemésis.

Después de un periodo más o menos largo en que el sujeto no acusa que trastornos dispépticos acompañados con hiperclorhidria, aparecen los dolores.

Los dolores epigástricos es un signo de los más frecuentes, presentándose unas veces como una sensación difusa y penosa de pesadez en toda la región del estómago, es continua y solo se presenta después de las comidas, después de ejercicios corporales violentos y en condiciones particulares. En realidad estos dolores no son del todo característicos; pues los encontramos en todas las afecciones crónicas del estómago.

Pero tienen un valor más importante cuando se presentan bajo forma de gastralgias, de dolores muy agudos, que aparecen en forma de accesos, comparables a una puñalada o una desgarradura. Son paroxísticos y aparecen en cualquier momento; pero habitualmente, guardan una regularidad en aparecer, (media hora o una hora después de las comidas).

Pudiendo explicarse éste hecho por el pasaje de los alimentos a través del piloro, o bien porque la cantidad abundante de Cl H.

El dolor se localiza en el epigastrio (punto xifoideo) irradiándose a veces hacia el ombligo, otras veces hacia el raquis (más frecuente) a nivel de la 1.^a vértebra lumbar (punto raquídeo de Cruveilhier), a uno u otro lado de la columna, otras veces hacia el torax, y mismo hacia los brazos, asociándose a veces a una sensación de opresión torácica, finalmente aparece como una sensación de quemadura.

Estos dolores suelen aliviarse con los cambios de posición, y la duración de la crisis varía desde algunos minutos hasta varias horas.

Los principales caracteres de los dolores gástricos en la úlcera simple son: la localización que siempre es la misma, y la relación que guarda con la ingestión de los alimentos. Ejerciendo una influencia favorable el reposo completo.

Toda presión exterior a nivel de la región estomacal aumenta de ordinario el dolor.

Los vómitos es síntoma frecuente en la úlcera del estómago; pero puede faltar; como los dolores, están en relación con la alimentación, particularmente con los alimentos de difícil digestión. La reacción de los vómitos es por lo general fuertemente ácida.

Estos vómitos toman un carácter especial cuando la úlcera llega a producir una estenosis pilórica.

Los vómitos adquieren un valor diagnóstico muy grande, cuando contienen sangre, sea que se encuentre mezclada con las sustancias del contenido estomacal, o bien

se trate de un vómito de sangre pura (hematemesis), siendo éste último el signo más precioso de la úlcera del estómago.

La hematemesis es a veces el primer síntoma que decide a los enfermos a consultar un médico. Muchos hasta entonces han presentado todas las apariencias de la salud, otros apenas sufrian de algún malestar gástrico que nunca dieron importancia. Y una vez en medio de sus ocupaciones, o durante la noche, se sienten de súbito desfallecer, ven girar los objetos a su alrededor y se les oscurece la visión a continuación sienten náuseas y terminan por vomitar, siendo sangre su contenido, mezclado a veces con restos alimenticios.

La sangre está en parte coagulada y presenta una coloración oscura, negruzca, comparándola algunos al alquitrán, otros a la borra de café, otros al hollín disuelto en agua.

Este cambio de color de la sangre y su coagulación depende de la acción del jugo gástrico ácido.

Si la sangre ha permanecido un tiempo en el estómago antes de ser vomitada, las sustancias expulsadas toman el aspecto de la borra de café (vómito negro). No encontrándose más glóbulos rojos intactos; en cambio, si el vómito sigue de cerca a la gastrorragia, la sangre es roja y líquida.

La cantidad de sangre varía mucho, desde 50 grs. hasta 1 litro y más también. Unas veces se limita a una sola hematemesis, otras se repite a cortos intervalos.

Como una parte de sangre pasa al intestino, a través del piloro después de cada gastrorragia; pueden observarse las deyecciones oscuras, negras (melenas).

Faltando en ocasiones la hematemesis y pasando toda la sangre derramada en el estómago al intestino se encontrarán la melena, pero no podrá afirmarse de qué punto del aparato digestivo proviene.

Las consecuencias dependen naturalmente de la cantidad de sangre derramada. En ciertos casos la úlcera ha destruido un grueso vaso pudiendo ocasionar una muerte inmediata.

Otras veces la pérdida de sangre es mínima y no influye en nada sobre el organismo.

La mayoría de las veces esta hemorragia no pone la vida en peligro; pero sí acarrea una anemia general más o menos profunda con todas sus consecuencias.

Los enfermos extremadamente debilitados por la pérdida de sangre que han sufrido, están obligados a guardar cama, acusando signos de anemia cerebral (vértigos, ruidos en los oídos, moscas volantes, bostezos incesantes), a veces cefalalgias incesantes, que se acentúan en la estación de pie. Manifestando una sed ardiente y a veces una débil amaurosis pasajera.

Las hematemesis son posibles aún cuando el *ulcus* se encuentre cicatrizado, explicándose este hecho por un retorno ofensivo en el mismo sitio. Siendo en pleno tejido cicatricial que se produce la hemorragia mortal, como lo prueba el caso de Bonnet (citado por Dienlaffoy).

Lo que llama la atención a primera vista en estos sujetos, es la palidez excesiva de la piel, especialmente la cara, y mucosas de los labios y conjuntivas.

El pulso está acelerado y al cabo de algunos días pueden oírse a nivel del corazón soplos anémicos. A menudo se produce una pequeña elevación de la temperatura, probablemente debido a la reabsorción de la sangre que se descompone en el intestino (llamada fiebre anémica).

La orina es pálida de ordinario, bastante abundante, todos estos síntomas están bajo la dependencia de la pérdida de sangre.

En todos los casos de pérdida súbita del conocimiento con palidez de la cara, sin vómitos y con deyecciones negras (melenas), debe pensarse siempre en la posibilidad de una gastrorragia y más a menudo en estos casos se trata de una úlcera del duodeno.

La investigación de pequeñas cantidades de sangre en los vómitos o en las materias fecales, tiene la mayor importancia, falta solo eliminar la presencia de hemoglobina de los alimentos ingeridos. Estas gastrorragias ocultas tienen su importancia, tanto en la úlcera redonda, como en el cáncer.

Si la hemorragia no se repite, los enfermos se restablecen pronto, la palidez permanece algún tiempo; pero los trastornos anémicos desaparecen de más en más.

Los trastornos que antes de la hematemesis existían del lado del estómago, se disipan muchas veces después de este accidente; pero se explica esto por las grandes

precauciones que guardan los enfermos a continuación de los vómitos de sangre.

Poco tiempo después ellos se sienten curados y en efecto la curación es unas veces completa y durable, en otros casos los síntomas reaparecen en un corto plazo, otras se prolonga este período silencioso.

Otra serie de síntomas del todo importante en la úlcera simple podemos obtenerlos del examen del contenido estomacal por medio de la sonda.

En otros tiempos en que no hacían uso de la sonda blanda que usamos actualmente, dudaban en introducirla en los casos de úlcera gástrica, sin embargo hoy día es necesario evitarlo en las primeras semanas que siguen a la hematemesis.

El dato más importante que nos ha hecho conocer este examen, ha sido la hiperacidez y la hipersecreción casi constante del jugo gástrico.

Si examinamos el estómago en ayunas, encontramos un líquido con una fuerte proporción de Cl H. Una hora después de la comida de prueba, el tenor en Cl H es ya del todo anormal.

Este hecho señalado primero por Riegel, ha sido constatado luego en casi todos los casos de úlcera gástrica; lo que nos haría dudar su presencia en un sejeeto cuyo contenido estomacal acuse la ausencia absoluta de acidez.

La ausencia absoluta de acidez, no existe más que de una manera pasajera en los casos de úlcera con estenosis pilórica, y por consiguiente con permanencia prolongada

de los alimentos en el estómago, o bien en los casos en que un cancer se desarrolla en el fondo de una úlcera preexistente.

El ácido láctico falta completamente, en los casos de hiperácides clorhídrica permanente, cuando más existe en débil proporción en los casos de extasis prolongado.

Es muy importante también investigar la presencia de sangre, sobretodo cuando faltan los vómitos; pues su existencia asociada a la hiperácides, es un signo de gran importancia, a favor de úlcera gástrica.

La evacuación del estómago, en los casos de úlcera, se efectúa al principio normalmente, aún más parece que se hiciera más rápidamente; explicándose este fenómeno, quizá, por la digestión enérgica de las sustancias albuminoideas bajo la acción intensa del Cl H ; pero así que la úlcera se sitúe en la región pilórica, dando lugar a una estenosis cicatricial; la evacuación del estómago se encuentra entorpecida; pudiendo encontrarse restos alimenticios en el estómago a las 7 u 8 horas de ingerida la comida de prueba.

La insuflación del estómago no debe emplearse cuando se supone la existencia de una úlcera.

El examen por los rayos X es muy importante en la afección que tratamos. Sin entrar por el momento en mayores detalles que dejaré para más adelante, voy a señalar que tiene la mayor importancia el examen a la pantalla, particularmente para el diagnóstico de las de-

formaciones, de origen cicatricial o espasmódico (estenosis pilórica, estómago bilocular).

La cefalalgia es un síntoma frecuentemente observado, aunque su causa no haya sido bien señalada.

Esta cefalalgia violenta y que a veces aparecen conjuntamente con los dolores estomacales, se observa casi siempre en la úlcera y casi nunca en el cancer.

Los demás síntomas que se observan, tienen menor importancia que los anteriores.

El apetito a veces está conservado; pero el temor de la aparición de los dolores es lo que hace que estos enfermos coman menos y se adelgacen.

Las regurgitaciones pueden faltar, y cuando existen, generalmente son ácidas, otras veces pueden ser verdaderas pirosis.

La lengua de estos enfermos es por lo común roja y lisa. De ordinario hay una ligera constipación, la orina es debilmente ácida, formándose facilmente depósitos fosfáticos.

Es frecuente observar las mujeres atacadas de úlcera simple desde mucho tiempo atrás, fenómenos dismenorreicos y mismo ver aparecer la amenorrea.

La marcha general de la úlcera redonda según hemos visto, es de lo más variado. Las curaciones completas se observan en buen número.

En ciertos enfermos los síntomas mórbidos duran años con una intensidad variable. Ya hemos señalado los ac-

cidentes súbitos que pueden sufrir (perforación, hemorragia).

Si la úlcera ha cicatrizado, esta última puede dar origen a dolores rebeldes, y cuando asientan en la región pilórica a una estenosis.

La estenosis pilórica puede ser ocasionada por una retracción cicatricial de una úlcera curada, por un espasmo del piloro provocada por la irritación de la úlcera por el ácido.

El primer síntoma de la estenosis pilórica es el obstáculo a la evacuación. En un principio la musculatura del estómago, hipertrofiándose suple y vence el obstáculo, conociéndose esto con el nombre de estenosis pilórica compensada.

Aunque la musculatura estomacal se hipertrofia, la estenosis progresa más, hasta llegar un momento en que no permite pasar los alimentos y en estos casos el estómago para librarse de su contenido lo expulsa bajo forma de vómitos.

Estos aparecen al principio cada dos o tres días, siendo muy abundantes, de reacción fuertemente ácida y pudiendo contener sangre.

En estas condiciones el estómago se dilata y sus paredes se atrofian. Esta dilatación secundaria se reconoce fácilmente por el examen físico del abdomen, y mediante los rayos X podemos determinar su forma y tamaño.

La influencia de la estenosis pilórica no compensada sobre el estado general de los sujetos es considerable; la nutrición se hace defectuosa a causa de la frecuencia de los vómitos, llegando a un grado de adelgazamiento extremo.

DIAGNÓSTICO DE LAS ÚLCERAS DEL ESTÓMAGO

Si fácil es el diagnóstico de esta enfermedad cuando se presenta con todos sus síntomas clásicos, no sucede lo mismo cuando su evolución se hace lenta y silenciosamente o bien simulando una común gastropatía.

Vimos anteriormente que las úlceras pueden localizarse en los orificios o en el cuerpo del estómago; es verdad que las úlceras orificiales dan un conjunto de síntomas que revelan su existencia, en cambio las del cuerpo a menudo pasan en silencio.

Por lo tanto siendo muchas veces difícil hacer el diagnóstico por los signos subjetivos, que en todo caso nos harán sospechar dicha afección, tendremos que agregar a éste el examen funcional que nos dará datos precisos y podremos reconocer mediante él, todos los procesos ulcerosos de sintomatología escasa, que habrían pasado desapercibidos hasta que una complicación grave (hemorragia, perforación), hubiera aclarado el diagnóstico.

En resumen para llegar a un diagnóstico, debemos: 1.º *hacer el interrogatorio del enfermo*; 2.º *hacer su examen físico*; constituyendo ambos el examen somático que unas veces nos dará datos claros y precisos, otras veces no nos dará nada o poco menos.

La segunda parte corresponde al examen funcional y deberemos hacerlo en la siguiente forma:

- 1.º—Estudio de la secreción.
- 2.º—Estudio de la motilidad.
- 3.º—Estudio de la sensibilidad.

Al estudiar la secreción precisaremos los caracteres físicos y químicos del contenido gástrico en un momento dado de la digestión (antes o después).

Para ésto, extraemos el contenido gástrico en ayunas, mediante una sonda de Faucher y hacemos su examen.

Luego damos la comida de prueba, la de Edwald (modificada por Winther), la extraemos a la hora y a las cuatro horas y hacemos nuevamente su examen.

De los análisis efectuados, podemos obtener una serie de síndromes clínicos de la mayor importancia para el diagnóstico,

El comienzo de la enfermedad, sino es muy difícil es imposible de poder determinarlo; pues a veces sólo son ligeros trastornos dispépticos o dolores tardíos nada característicos.

Moutier (1) señala esta falta de signos evidentes en el

(1) Véase en Mathieu—Pathologie gastro-intestinale—1910, serie II, pág. 41.

comienzo de la enfermedad, basandose en una estadística de 600 casos pertenecientes al servicio de Mathieu, en que en más de la mitad de los enfermos encontró signos vagos de dispepsia sensitivo-motriz con dolores tardíos, a veces a tipo hiperácido y sólo en la décima parte de los casos hubo un comienzo brusco por crisis dolorosas o hemorrágicas.

Al lado de estas formas silenciosas en su comienzo, tenemos otras, con signos subjetivos de cierta importancia sobre todo cuando se hacen permanentes, estos signos son: el *dolor* y los *vómitos*.

El dolor es casi constante en las úlceras, el Dr. Bonorino Udaondo entre nosotros, lo señala en un 97.3 % de los casos.

Por lo general es violento, agudo y está en relación con la alimentación. No existe en ayunas y cuando se hace presente es una sensación de pesantes en el epigastrio.

Este dolor que a veces es una sensación de quemadura suele aliviarse con la ingestión de ciertos alimentos (leche), para reaparecer algo más tarde; únicamente el vómito espontáneo, o provocado en el acmé doloroso, da acalmias prolongadas.

Hay otro dolor, que los autores ingleses y americanos siguiendo a Moynihan llaman *hunger pain* (dolor de hambre) y que lo dan como característico de la úlcera del duodeno. Es un dolor que aparece entre los períodos

digestivos y se calma una vez ingeridos los primeros bocados.

El Dr. Agote llama a esta acción calmante de la alimentación sobre el dolor, *ingestión sedante* y lo ha encontrado en un 78 % de sus observaciones. También ha comprobado que no tiene importancia para localizar las úlceras, la hora en que aparezca el dolor, respecto de las comidas; sucediendo ésto por lo general en las dos primeras horas que le siguen.

Cree también el Dr. Agote, que úlcera e hiperclorhidria crónica es lo mismo, observando en la mayoría de sus enfermos un tipo químico hiperácido.

El Dr. Bonorino Udaondo (1) que sistemáticamente ha realizado el análisis del jugo gástrico de sus enfermos de úlcera, afirma que el tipo químico reaccional de los ulcerosos es a predominio hiperácido, dando un 64.4 %.

Pero el Dr. Agote le dá más importancia al factor sensitivo que al químico, y dice: «en realidad no interesa si el jugo gástrico de un ulceroso es anormal o hiperácido, lo importante es buscar los elementos subjetivos del «síndrome ácido sensitivo» como él llama.

Haciendo notar que sujetos que presentan crisis ácido-dolorosas un día, tienen su jugo gástrico exactamente igual al día siguiente en que no padecen ningún dolor.

Agrega como componentes de este síndrome, la flatu-

(1) Bonorino Udaondo.—Revista de la Asociación Médica Argentina. N.º 134, año 1915.

lencia, erutos ácidos, sialorrea, pirosis, y los vómitos ácidos, alimenticios y secretorios.

Considerando al vómito como el último término en la evolución de este síndrome.

Cuando la lesión se sitúa en el píloro, el vómito adquiere un predominio especial sobre los demás síntomas del cuadro clínico.

Un fenómeno que suele observarse con relativa frecuencia en estos enfermos, es que tienen períodos en que su sintomatología mejora, pasando temporadas de meses y años a veces hasta que aparezca una nueva crisis.

Esta periodicidad dolorosa debe guiar nuestro examen hacia el úlcus y es de gran importancia diagnóstica.

El vómito espontáneo se observa en más de la mitad de los casos a horas variables y produciendo una acalmía pasajera o prolongada. Es un vómito alimenticio, ácido, y deja una sensación de quemadura: el Dr. Bonorino Udaondo lo encuentra en un 54.2 % de sus observaciones.

La hematemesis es uno de los síntomas más importantes de la úlcera redonda, si bien es cierto que no toda gastrorragia es de tal origen. Su importancia pronóstica se basa en la cantidad y en la repetición.

El Dr. Agote dice que su frecuencia es de 15 % en las duodenales y de 27 % en las gástricas. En cambio el Dr. Bonorino Udaondo, solo ha observado 10 gastrorragias entre los 59 casos.

Sobre la frecuencia de aparecer la hematemesis en las

úlceras de la cara posterior, insiste el Dr. Ceballos haciendo notar que la úlcera es más frecuente en la cara anterior.

La hematemesis aparece 1 o dos horas después de las comidas y mezclada con alimentos. Si la sangre ha permanecido un cierto tiempo en el estómago, se presenta digerida, como «borra de café».

Acompañando a las hematemesis se presenta la melena, que ya sabemos que es la presencia de sangre que ha sufrido la acción de los jugos digestivos gastro-intestinales y se presenta en las deposiciones, dándole a éstas un aspecto característico, debido a la coloración negruzca que toman.

Además tenemos las hemorragias ocultas, llamada así, porque la presencia de la sangre, ya sea en los líquidos del lavaje gástrico, como en las deposiciones solo se comprueba mediante ciertos procedimientos químicos.

Estas hemorragias ocultas tienen un valor apreciable fácil de comprender, pues lo vemos citado en un 72 % de los casos del Dr. Agote.

Por más que no se citan casos en que hayan sucumbido inmediatamente, debe tratársele como una grave complicación.

El estado general de estos sujetos se encuentra modificado, se trata casi siempre de sujetos adelgazados, por las restricciones de la alimentación que ellos mismos guardan, y anémicos en las formas hemorrágicas.

En el examen del abdomen notamos una hiperestesia

a la presión de la región del epigastrio (plexo Solar), que durante los períodos dolorosos se irradia a toda la región. En las úlceras pilóricas suele hallarse un punto doloroso, por encima del ombligo y a la derecha de la línea media.

En las úlceras de la pequeña curvadura observa frecuentemente el Dr. Bonorino Udaondo la contractura del músculo recto izquierdo, que se nota perfectamente cuando lo comparamos con su homólogo.

El punto doloroso dorsal, se constata también con frecuencia, y provoca por la presión profunda un vivo dolor.

Algunos autores han querido localizar las úlceras según el sitio de aparición del punto doloroso dorsal. Zeidl (1) y Oppenchowski (2), dan el siguiente cuadro:

Úlceras del piloro o duodeno-pilóricas.—11.^a y 12.^a vértebra dorsal; 1.^a, 2.^a y 3.^a lumbar más dolorosas a la derecha de la línea media.

Vecindades del cardíac.—De la 7.^a a la 10.^a vértebra dorsal.

Pequeña curvadura.—De la 7.^a a la 12.^a dorsales, y 1.^a a la 3.^a lumbar.

Cara posterior.—Toda la extensión comprendida entre

(1) Zeidl.—Die diagnostische bedeutung der dorsales schmerz druckpunkte des runda. Magengeschwürs (Archiv. für Verdauungskrauk) 1911, pág. 722.

(2) Oppenchowsky.—Zur diagnostik der lokalization des Magengeschwürs (Münch. Med. Woch.) 1913, pág. 2605.

la 3.^a dorsal y la 6.^a lumbar a la izquierda de la línea media.

Este punto dorsal que para algunos autores les merece importancia, para otros es de relativo valor, debido a que pocas veces lo han hallado en el úlcus y en cambio existe en otras neurosis.

Con esto terminamos el examen físico y pasaremos a la segunda parte; me refiero al examen funcional del estómago, punto de capital importancia para el diagnóstico.

En nuestro país los ulcerosos, presentan un quimismo estomacal, a tipo hiperácido. Este exceso de acidez es considerado por algunos autores al comienzo de la enfermedad.

Así, Elsuer (1) dice: que la gran mayoría de los úlcus recientes presentan hiperclorhidrias francas, y luego por distintas causas (larga evolución, dietética y terapéutica) se modifica hasta dar un tipo de acidez que encuadra dentro lo normal.

Bonorino Udaondo entre nosotros, tratando enfermos de diversas maneras, y durante años presenta el siguiente porcentaje:

Úlcus estomacal a tipo hiperácido.....	64.4 %
» » » acidez normal...	28.8 »
» » » hipoácido.....	6.7 »

La investigación de hemorragias ocultas, ya en el con-

(1) Elsuer.—Lehrbuch de Magenkrankheiten, 1909.

tenido gástrico como en las deyecciones, es de la mayor importancia; pero es necesario tener presente, que esta sangre puede aparecer o desaparecer inmediatamente, por consiguiente solo después de una serie de análisis, los resultados tendrán valor.

El citodiagnóstico de los líquidos del lavaje estomacal tiene interés para el diagnóstico diferencial entre el ulcus y el cáncer (investigación de las células neoplásicas).

De los trastornos secretorios, los que tienen importancia son: las *hipersecreciones, continuas o periódicas*.

Es sabido hoy que la gran mayoría de los sujetos que presentaban ese tipo de hipersecreción a síndrome de Reichmann, son debido a un ulcus pilórico o juxta-pilórico.

Hallándose en el contenido estomacal de estos sujetos en ayunas, abundante cantidad de líquido ácido con residuos alimenticios.

Otro punto de importancia se refiere a la hipersecreción digestiva. Comprobamos esto si a un sujeto en ayunas con su estómago vacío, damos una comida de prueba, notamos una hipersecreción de jugo gástrico, en los casos de úlcera.

Es indudable que se observa sobre todo en los casos que se localizan en el piloro o en sus cercanías; pues las demás dejan libre el pasaje de los alimentos, pero ocasionan fenómenos de retención.

Sin embargo puede haber retención en casos de úlceras alejadas del piloro y se explica por un espasmo pilórico

provocado por la hiperacidez que es frecuente encontrar en estos sujetos; o como dice Bergmann (1) por excitaciones del vago.

Se han observado también espasmos del cardias, apreciables por las manifestaciones subjetivas del enfermo y por el aprisionamiento de la sonda al pasar (en los casos que la úlcera se localiza cerca de este orificio).

Para terminar, volveré dos palabras sobre uno de los síntomas quizá el más importante, la hemorragia oculta investigada en las materias fecales.

La reacción positiva, en exámenes hechos durante varios días, previa dictética rigurosa que elimine toda causa de error alcanza según Bonorino Udaondo a 89.7 %. Usando los procedimientos hipersensibles de Meyer o de la Bencidina.

En cambio Rutineyer (2) obtiene un 51.4 %, Sauphar (3) 80 %, Friedeurvald (4) 98 % y Hartmann (4) 100 %.

Para que la reacción positiva tenga valor es necesario eliminar durante 3 o 4 días de la alimentación todas aquellas sustancias que puedan dar la reacción, tales como las carnes, y en una palabra todas las sustancias que contengan hemoglobina. Además como se ha proba-

(1) Bergmann—Das spasmogene ulms pepticusn (Münch, Med. Wach) pág. 169, 1913.

(2) Töpplitz—Mitt aus den greus geb. der Med. und chirurgie, 1912, N.º 24, pág. 3.

(3) Diagnostic falloce de l'ulcere gastrique (tesis de Paris 1910, pág. 27).

(4) Hartmann—Archiv für Verdamingsterank, 1904, pág. 48).

do que la clorófila da esta misma reacción, debe también eliminarla de la alimentación durante la prueba.

Una vez prevista la posibilidad de una úlcera gástrica, es necesario tratar de localizarla.

Las que se sitúan en los orificios o en sus alrededores, son generalmente de fácil diagnóstico; no así los que se ubican en el cuerpo del estómago.

Las úlceras del cardias presentan los mismos síntomas que los de la última porción del esófago, pudiendo llegar hasta la estenosis total. Provocan dolores inmediatos a la ingestión de alimentos, dolores que se localizan por debajo del apéndice xifoides.

La disfagia es progresiva y se hace total debido a la hiperestesia de la úlcera por contacto.

Cuando se localizan en la vecindad del cardias el dolor no es inmediato, existiendo disfagia; pero no absoluta, hay cardio espasmo al pasaje de la sonda, quimo hiperácido y hemorragias ocultas.

En las úlceras pilóricas, englobaremos las gástricas y las duodenales; pues su diferenciación es casi imposible. En estos casos predominan los fenómenos de extasis con hipersecreción, hiperácidos y residuos alimenticios abundantes.

El dolor es tardío, aparece de 2 a 4 horas después de ingeridos los alimentos y es originado por el espasmo del piloro.

La localización de las úlceras de la pequeña curvadu-

ra es posible hacerlo; pero en la mayoría de los casos, necesita la ayuda de la radioscopia.

El dolor no tiene horario fijo; pero suele ser muy intenso, explicándolo Mathieu (1) por la relación estrecha con el plexo solar.

La mayor tensión del músculo recto izquierdo tiene su importancia; la mayoría presentan espasmos pilóricos con pequeñas retenciones; habiéndose señalado una ligera bradicardia (50 a 60 pulsaciones) miosis y anisocoria, en sujetos con fenómenos adhesivos perigastríticos y que nada hacía sospechar una infección sífilítica.

Las úlceras del cuerpo muy difícilmente se las localiza, si bien es cierto que las de la pared posterior provocan habitualmente, crisis dolorosas dorso-lumbares y que suelen calmarse con el decúbito ventral.

Los de la pared anterior suelen dar a la palpación un dolor circunscripto que no se observa en los demás casos.

Para terminar esta parte, diré que uno de los métodos de examen más importantes en los casos de úlceras gástricas es por medio de los rayos X; por cuyo motivo vamos a estudiar en el capítulo siguiente este punto.

Pero antes quiero citar aunque sea brevemente otra serie de síntomas secundarios y de valor relativo que han sido estudiados y observados entre nosotros con el resultado que veremos.

La constipación, es sumamente frecuente citándola el

(1) Mathieu—Le syndrome ulcero-pilorique (gazette des hôpitaux) 1914, N.º 29 y 36, pág- 469 y 581.

Dr. Agote en un 93 % de los gástricos y en el 73 % de los duodenales.

El Signo de Mendel, citado como patognomónico de la úlcera del duodeno, se observa percutiendo la pared abdominal y marcando la zona dolorosa, se llega a delimitar un espacio circular del tamaño de una moneda de 2 centavos.

Signo de Grinsburg.—Zona con sonido timpánico a la percusión entre el piloro y la vesícula biliar, debido según el autor a la dilatación del duodeno.

Signo de Einhorn—(signo del hilo).—Se da a tomar al enfermo una cápsula de gelatina que contiene en su interior una bolita metálica atada a un fuerte hilo de seda. Se da de comer y transcurrida la noche se retira el cuerpo metálico tirando del hilo, y se siente la resistencia del piloro, cardias y faringe, por último aparece en el hilo una mancha oscura de sangre que según la distancia a que se encuentre, se localizará la úlcera.

Signo de Secchi—(ácido acético).—Se lava el estómago y se busca sangre. si se encuentra, se da una solución extendida de ácido acético, que a los diez minutos producirá la oclusión del piloro. Se extrae con la sonda el contenido y se buscan cristales de hematoïdina. La presencia de sangre revela úlcera gástrica y la ausencia duodenal.

Signo de Wolhard—(reflejo bilio-pancreático.—El doctor Bonorino Udaondo que ha hecho una serie de observaciones, ha comprobado el reflujo duodenal espontáneo en el 84.5 % de las úlceras duodenales de la 1.^a porción y en un 22.2 % de la 2.^a porción. No habiéndolo encontrado en los casos que se situaban en el piloro o sus vecindades y sólo excepcionalmente cita un 6.2 % de las de la pequeña curvatura.

El cito-diagnóstico de los líquidos extraídos por sondaje tiene más valor en los casos que se sospecha el cáncer.

Por último, la mayor digestibilidad de las albúminas y la hiperglobulia en las úlceras del duodeno, citados por el Dr. Agote, son por el momento de relativo valor diagnóstico.

EXAMEN RADIOSCÓPICO DE LA ÚLCERA GÁSTRICA

Algunos autores han creído que únicamente con el examen radioscópico era posible hacer el diagnóstico de todas las úlceras del estómago y del duodeno; sin embargo hemos visto casos de úlcera comprobada en la operación o en la necropsia y que han pasado desapercibidos a la pantalla radioscópica.

Seguramente, pequeños detalles de técnica que aun se escapan, son los causantes de estos errores, como lo hace notar el profesor Lanari (1).

Sin embargo es de esperar que en días mejores se logre obtener de este auxiliar tan importante de la clínica todo lo que de él pueda pedirse; pues muchos puntos oscuros de la semiología y fisiología ya nos ha hecho conocer, como ser: el funcionamiento normal de los órganos digestivos.

La observación y exploración clínica deben preceder

(1) Lanari A.—Rev. de la Asociación Médica Argentina, N.º 134, 1915.

siempre al examen radioscópico y es únicamente con el conocimiento perfecto de todos los antecedentes y síntomas clínicos que la radioscopia tiene valor, ya sea para confirmar un diagnóstico o para rechazarlo.

El examen debe ser radioscópico, es decir a la pantalla, y excepcionalmente, cuando queremos obtener mejor un detalle que en la imagen radioscópica se presenta oscuro, haremos una radiografía.

El examen radioscópico es muy importante para estudiar la motricidad gástrica y para explorar la sensibilidad debemos también hacerlo con el enfermo delante de la pantalla.

La posición habitual para el examen es la de pie; sin embargo en ciertas ocasiones como veremos más adelante, es muy importante hacer el examen del enfermo acostado.

La substancia opaca que corrientemente se usa es el carbonato de Bismuto, substancia que expone menos a los accidentes que el sub-nitrato, aunque este último es más opaco a la pantalla.

Se usa también el sulfato de Bario, pero es difícil obtenerlo bien puro. Los alemanes usan bajo el nombre de Contrastina, una substancia que es el óxido de Zirconio.

Si queremos observar como se efectúa la evacuación del estómago, es necesario dar al enfermo 6 horas antes una comida compuesta de 300 o 400 gr. de sopa espesa de semola, o sinó la misma cantidad de arroz con leche,

a lo que agregaremos 30 o 40 gr. de carbonato de bismuto.

En esta forma, podemos notar si hay alguna mancha oscura en algún divertículo estomacal o duodenal en caso de úlcera penetrante y luego observamos como se hace la evacuación.

También debemos saber si existe residuo sólido o líquido, si existe éste último, para hacerlo más evidente hacemos ingerir al enfermo, una mezcla de bismuto y licopodio; o bien dándole unas cápsulas de gelatina llena de bismuto, que por ser pesadas irán al fondo, y otras cápsulas con poca cantidad de bismuto que flotarán y obteniendo en ésta forma la altura del líquido.

Para estudiar en el momento la evacuación del estómago y su motricidad, damos a tomar al enfermo, una lechada compuesta de 350 gr. de agua o leche, goma arábiga y azúcar, en cantidad suficiente para emulsionar 50 gr. de carbonato de bismuto.

Hechas estas ligeras aclaraciones, pasaremos a estudiar los caracteres radiológicos de las úlceras del estómago, dividiendo los signos que observaremos en signos propios de la úlcera y signos que aparecen en ciertos fenómenos que acompañan a las úlceras.

Signos propios de las úlceras.—Las úlceras pueden ser penetrantes y no penetrantes, estas últimas no se pueden ver con los rayos X.

Cuando estas úlceras, no se limitan a la mucosa y pe-

netran a las capas subyacentes, es posible en ciertos casos, poder ver una ligera saliencia, que corta la línea neta del contorno gástrico y cuando hacemos girar al enfermo, forma parte del perfil observado.

Esta pequeña saliencia puede aparecer como una mancha colocada cerca al borde del estómago, cuando la úlcera se hace diverticular, o perforantes, estas últimas son úlceras callosas que han destruido la pared y cuyo fondo está formado por una gruesa placa de perigastritis. Estas formas suelen dar a la palpación la sensación de un tumor.

Aparece a la pantalla una manchita, que es un verdadero divertículo y que Handek lo llama *nicho* y que más a menudo se observa en el contorno de la pequeña curvatura.

Esta manchita o nicho puede estar unida con la sombra estomacal por una amplia comunicación, otras veces un conducto muy fino y por último en otros casos aparece completamente separada.

Si observamos detenidamente el nicho, vemos que en la parte superior hay un punto blanco (claro) que es debido a la presencia de una burbuja de aire.

El nicho tiene la particularidad de ser fijo, y si con las manos hacemos presión sobre las paredes abdominales levantaremos el contenido estomacal, pero el nicho quedará en su sitio, dice el Dr. Lanari.

En los casos en que el canal de comunicación sea muy delgado, la mancha del nicho, puede permanecer

aún después de efectuada la evacuación del estómago.

De lo dicho sacamos, que cuando se trate de un caso de ésta naturaleza, será fácil hacer el diagnóstico.

Además podemos reconocer en que órgano se ha abierto, sabiendo que frecuentemente se hace en el hígado o en el pancreas. Cuando se hace en el hígado, la mancha que observamos, excursiona con los movimientos respiratorios, en cambio cuando pertenece al pancreas es fija.

Signos de las alteraciones producidas por las úlceras.—

Los signos que enumeramos en el párrafo anterior se refieren a la úlcera en sí: ahora vamos a estudiar los signos que nos ofrecen las perturbaciones originadas por las úlceras (alteraciones inflamatorias, motoras, secretorias, y sensitivas) que muchas veces son las únicas que se observan y son tan características que evidencian su presencia.

Las alteraciones inflamatorias que acompañan a los procesos ulcerosos, están constituidas por las placas de perigastritis y adherencias con los órganos vecinos.

Puede objetarse, que las adherencias se encuentran también en el cáncer y en todas las lesiones inflamatorias de los órganos que rodean al estómago, como la vesícula biliar, el hígado, páncreas, duodeno, etc.; pero como ya dijimos anteriormente, que la radiocospía es uno de los tantos métodos de exploración clínica, necesariamente tenemos que reunirlos, y así: si la evolución clínica y los datos que hemos obtenidos hacen sospechar la existencia

de una úlcera y en ese enfermo notamos a la pantalla, adherencias, lógicamente debemos pensar que se trata de un ulceroso.

Estas adherencias se reconocen haciendo la maniobra de Chilaiditi, que consiste en la fijeza de una porción del estómago a los movimientos respiratorios profundos, a los cambios de posición del cuerpo y a la palpación del abdomen.

También se reconocen por la deformación que produce en la sombra del estómago y también por la imposibilidad de separar por maniobras manuales la sombra del estómago de la del órgano que está adherido.

Las placas de perigastritis se ponen en evidencia por la exageración de las ondas peristálticas, la interrupción de las mismas al llegar al nivel de la placa, el dolor localizado y el estómago en reloj de arena.

Entre las alteraciones motoras tenemos en 1^{er} término la exageración de las ondas peristálticas, que se observa bajo forma de ondas frecuentes y de contracción profunda.

Se ha querido explicar ésto, como el esfuerzo que tendría que hacer la musculatura estomacal para vencer el espásmo pilórico; pero como también se observa en casos que no hay pilorismo, se ha explicado como una acción refleja que tendría su origen en la misma úlcera.

La exageración de la función peristáltica trae aparejado un aumento del *tonus*, fenómeno éste muy común en las úlceras, presentándose en una zona limitada del estó-

mago que puede estar o nó en relación con la úlcera, y que produce un espasmo muy evidente que constituye uno de los más preciosos signos de dicha afección.

Recordaré de paso que pueden observarse espásmos en el tabes y en ciertas neurosis como en la histeria, sin existir ninguna lesión anatómica; pero en estos casos los espásmos son transitorios y varían en su sitio de aparición.

Cuando se localiza en el piloro, tenemos el espásmo pilórico que según Kussmal, fué uno de los primeros signos que se observaron a la pantalla en los casos de úlcera.

Esto se verifica, según la forma que evacúa el estómago su contenido p. ej: si después de 6 horas de haber ingerido la comida de Riedel, examinamos nuestro enfermo a los rayos y observamos que todavía existen alimentos, pensaremos que hay un obstáculo a su salida.

Las causas que comunmente obstaculizan el pasaje de los alimentos a travez del piloro, pueden ser orgánicos o funcionales.

Es orgánico en caso de un cáncer o de una úlcera del piloro y es funcional cuando no existe lesión alguna en dicha región, y es producido por un espásmo.

Cuando el espásmo se localiza en el cuerpo del estómago, toma una forma especial que por su semejanza se le ha dado el nombre de estómago en reloj de arena.

Es un fenómeno muy bonito y que se observa con frecuencia en los casos de úlcera. Siendo Jonas, Faulhaber

y Haudek los primeros que reconocieron su importancia.

Se ha demostrado que es un espásmo puramente funcional, porque se le vé desaparecer bajo la acción de medicamentos antiespasmódicos y por la anestésia general.

Por éste raras veces al operar se observa el estómago bilobulado que momentos antes se veía en la pantalla radioscópica. Sin embargo es posible observarlo y yo recuerdo un caso que al operarlo después de hecha la laparatomía, vimos con sorpresa el estómago bilobulado que desapareció al poco rato.

La resolución muscular post-mortem, también hace desaparecer el espasmo.

Las úlceras que más frecuentemente le dan origen son las de la pequeña curvadura.

Cuando la úlcera se localiza en el antro, se produce un espasmo a veces, que mantiene contracturado toda esta porción del estómago, haciendo la impresión que este órgano terminara bruscamente y simulando un badajo de campana.

Se le diferencia del cáncer de esta región por sus contornos netos, y porque es posible hacer desaparecer el espasmo dando un antiespasmódico si aún fuera necesario la anestesia general.

Las úlceras de la región del cardias, dan lugar también a fenómenos de espasmo, que se conocen con el nombre de cardio-espasmo, y que se evidencia porque impide el pasaje de los alimentos momentáneamente del esófago al estómago.

Las alteraciones de la secreción se refieren a la hiperacidez y a la hipersecreción.

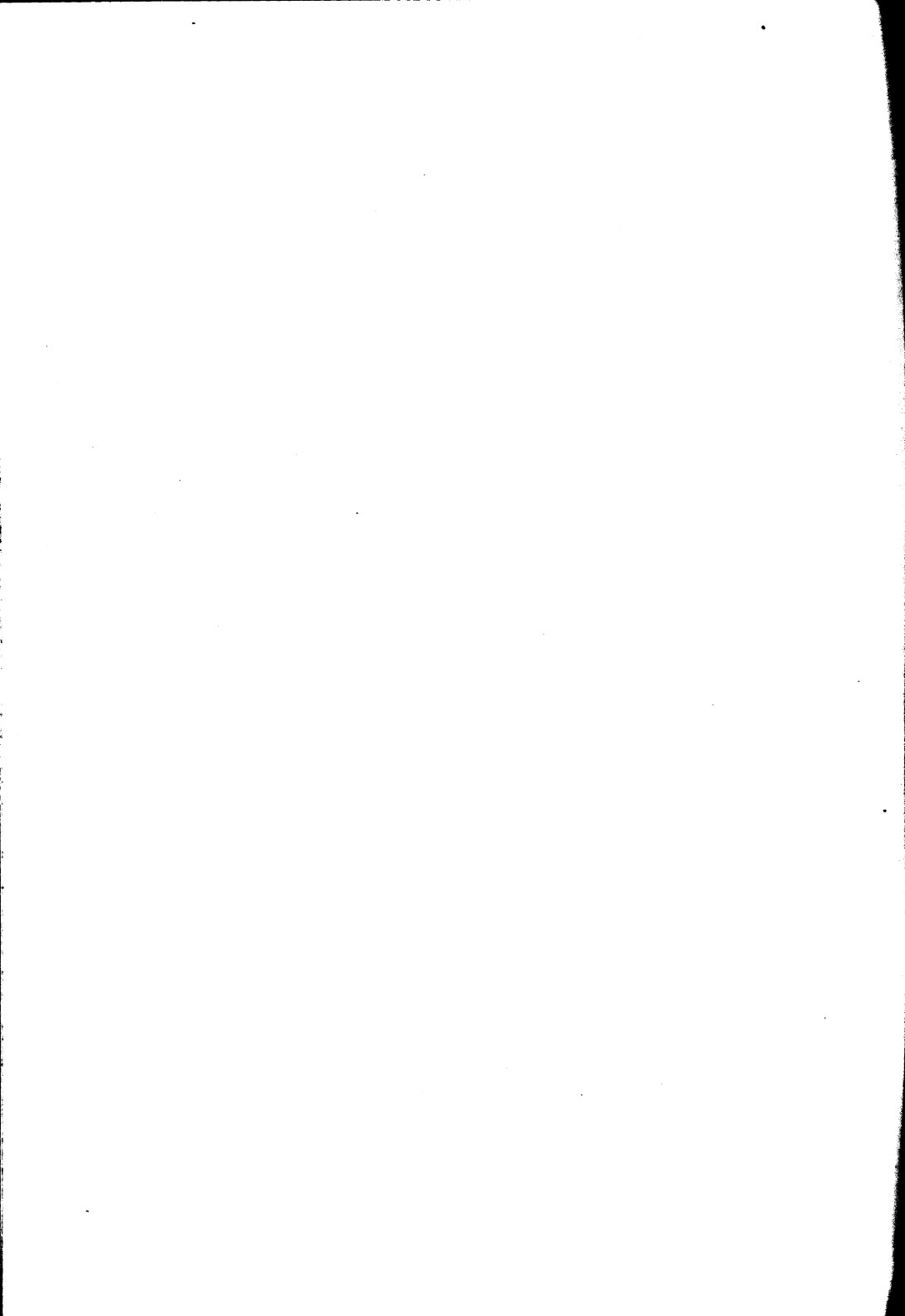
La primera se pone en evidencia utilizando el procedimiento de Schwartz, Cohn y Schlesinger, de la digestión de las cápsulas bismutadas.

La segunda se reconoce por la observación a la pantalla del estómago, haciendo ingerir una mezcla de licopodio y bismuto.

La hipersecreción continua o intermitente se observa especialmente en las úlceras yuxtapilóricas.

Las alteraciones de la sensibilidad son: el dolor espontáneo y provocado por la presión profunda, en un punto determinado, teniendo valor siempre que sea en el mismo sitio para cada caso.

Es un signo muy importante, porque tanto se observa en las úlceras penetrantes, como en las superficiales.



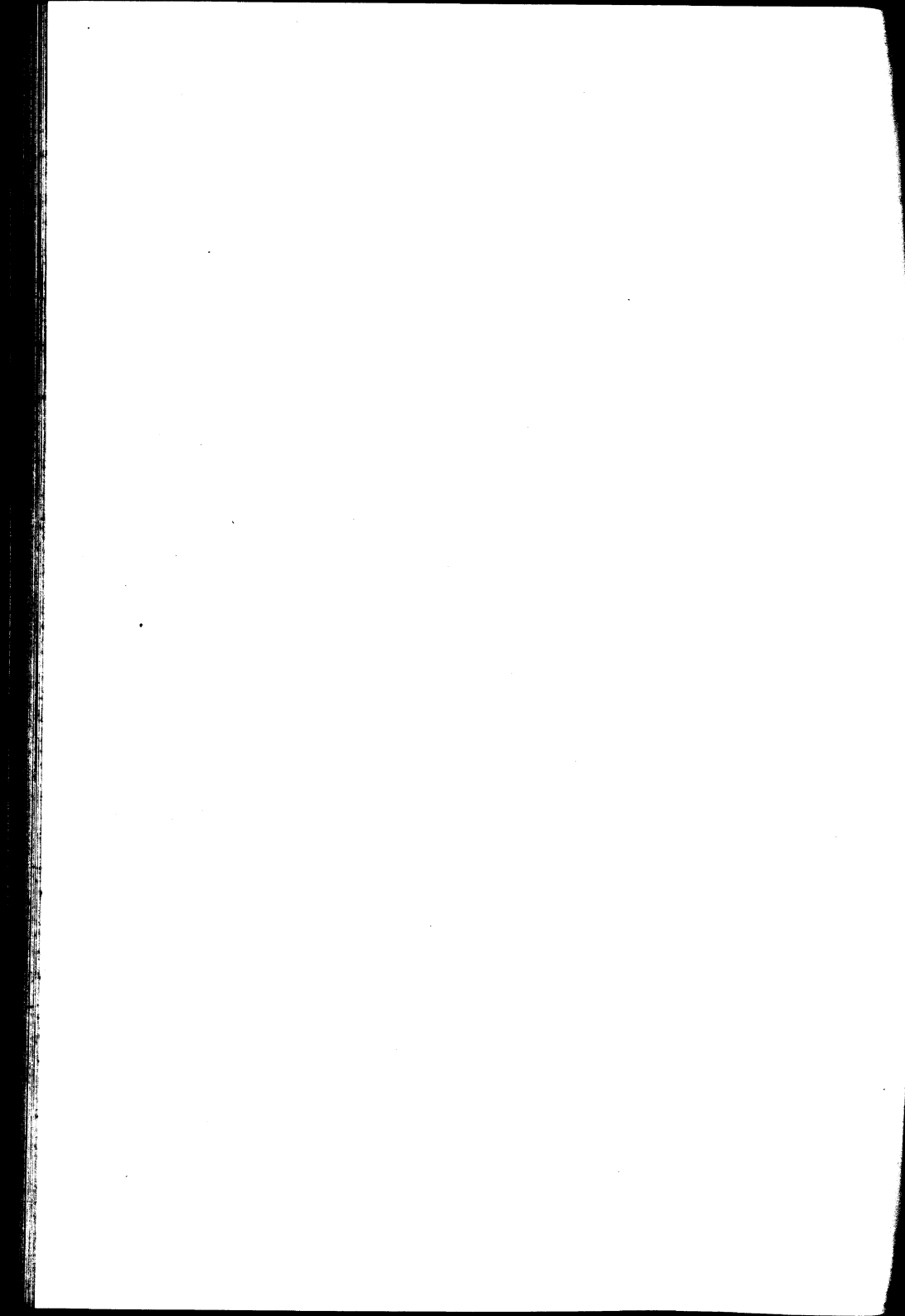
ÚLCERA DEL DUODENO

En el duodeno, a nivel de su porción horizontal superior, se encuentra una forma de úlcera (en ciertos enfermos), que bajo el punto de vista de la etiología, la anatomía patológica, gran parte de la sintomatología y hasta podemos decir en tratamiento, es completamente análoga, ó por lo menos muy semejante a la úlcera redonda del estómago.

Es probable, que la úlcera resulte igualmente de la influencia que ejerce el jugo gástrico ácido, sobre la mucosa duodenal, en las mismas condiciones descriptas para la úlcera simple del estómago.

Se han citado casos de úlcera duodenal, que han aparecido a continuación de grandes y extensas quemaduras de la piel; en estos casos seguramente ha sido producida por la trombosis de un vaso duodenal.

La úlcera simple del duodeno era antes excepcionalmente rara; pero día a día esta afección se ha hecho más



DIAGNÓSTICO

Como decía más arriba, hasta no hace mucho tiempo, se desconocían las afecciones duodenales, sobre todo la úlcera simple.

Es recién después de los notables trabajos de Mendel, Mayo Rabson, Moynihan y Codman, que la sintomatología duodenal ha sido bien definida, y separado de aquellos con quien se la confundía (vesícula biliar, piloro, estómago apéndice, etc.).

Hoy día el diagnóstico de la úlcera del duodeno, ha entrado de lleno en la práctica corriente, de ahí que aumente diariamente el número de estos enfermos.

Dos caminos debemos seguir para llegar al diagnóstico, 1.º el interrogatorio, 2.º su examen físico.

El interrogatorio nos revela datos más o menos antiguos de trastornos gastro-intestinales, en que aparece la hiperclorhidria, con sus ardores, regurgitaciones ácidas, malas digestiones y la constipación.

Tienen periodos de mejoría que duran meses; reapareciendo los fenómenos ya descritos acompañados de dolor. Es el dolor el síntoma que más los molesta, llegando a veces a ser insoportable.

Aparece a las 2 o 3 horas después de las comidas, cuando el estómago está por terminar la evacuación de los alimentos.

Coincidiendo con la sensación de hambre o estómago vacío, constituyendo ésto el *hambre dolorosa* (hunger-pain) de los anglo-americanos, que lleva a los enfermos a comer nuevamente o a beber aguas alcalinas que ya bien conocen su efecto.

Moynihan dice, que éstos enfermos duermen con un bizcocho o un vaso de leche a su lado, para calmar el dolor de media noche o de la madrugada, que muchas veces suele ser muy intenso.

El dolor no pasa inmediatamente después de ingerir los alimentos, tarda unos 10 o 15 minutos, coincidiendo por lo general con la eliminación de un eructo.

Estos enfermos cuando tratan de señalar el lugar de su mal, que creen está en su estómago, lo hacen en un punto por fuera de la línea media y un poco por debajo del reborde costal, (punto de Thompson), motivo por el cual han sido muchas veces confundidos con litiasis biliar.

Si el médico trata de localizarlo lo hace con facilidad, sobre el borde externo del recto anterior derecho a dos traveses de dedo por debajo del reborde costal. Irradián-

dose a veces a la región lumbo-renal derecha, hacia la fosa iliaca, y el canal inguinal, siguiendo el trayecto del nervio abdómino-genital mayor.

Este dolor es comparado por algunos a una punta de fuego, haciéndose sumamente intenso durante las crisis, provocando la contractura no solo del recto de ese lado, sinó su homologo y a veces toda la pared, obligando a los enfermos a tirarse en la cama y encorvarse,

El punto doloroso de Thompson lo localizan en una línea horizontal que siendo perpendicular a la línea media, pase por la 10.^a costilla. En esta línea y el borde externo del recto derecho, se encuentra el punto doloroso.

Los vómitos pueden aparecer y a veces seguidos de hematómesis; pero es excepcional. En cambio es sumamente frecuente, al punto de ser casi constante, la melena; ya sea bajo forma de hemorragias ocultas en los procesos recientes, ya profusas en las formas antiguas.

Pudiendo faltar en los periodos de mejoría (úlceras recientes, de ahí que para que tengan valor los análisis, es menester que sean seriados.

Suele observarse a menudo una sialorrea abundante, apareciendo las más de las veces, durante el sueño y notando los enfermos al despertarse, con la almohada y la camisa empapada de saliva.

Hasta aquí es lo que obtenemos del interrogatorio, y muchos hacen el diagnóstico con solo estos datos; pero agregaremos el examen físico.

El estado general de estos enfermos es normal, varian-

do un poco con el tiempo debido a las continuas pérdidas de sangre y a los desórdenes de su alimentación.

A la exploración del abdómen, hallamos el signo de Thompson, o punto doloroso a la presión. A veces se palpa un pequeño tumorcito en el epigastrio; que es el piloro en espasmo.

El signo de Mendel es una pequeña zona dolorosa, que se delimita perfectamente por la percusión.

Por último diré el signo de Moyniham más conocido por la triada de Moyniham.

Son tres signos reunidos que este autor agrupa y semejante a la triada de Dieulafoy en las apendicitis.

El signo de Moyniham se compone de una hiperestesia cutánea, contractura del recto anterior del lado derecho y dolor a la presión en el punto de Thompson.

El sondaje en ayunas da pequeña retención de líquido hiperácido. Lo mismo, el dosaje del jugo gástrico después de la comida de prueba, da aumento de la acidez total.

El examen radioscópico nos revela datos muy interesantes y que los estudiaremos en el capítulo siguiente.

Otro signo importante es el reflujo duodenal, y se revela porque el líquido extraído en ayunas del estómago es de color verde y contiene bastante bilis.

De lo dicho pareciera muy fácil el diagnóstico de úlcera duodenal; en realidad no es del todo fácil, es un punto que muchas veces escapa al examen mejor llevado, de ahí que haya reunido estas dos afecciones para tratarlas en común.

EXAMEN RADIOSCÓPICO DE LA ÚLCERA DEL DUODENO

Es un órgano el duodeno, relativamente fijo, algo más que el estómago, y mucho más que el yeyuno. Los medios que lo mantienen en esa posición son: para la *primera* porción, ciertas formaciones peritoneales; para la *segunda* porción, los conductos biliares y pancreáticos; y el músculo de Treitz fija el ángulo duodeno-yeyunal.

Es un órgano que presenta muchas dificultades para su examen. Así la primera porción y a veces parte de la segunda, están cubiertas por la cara inferior del hígado, órgano éste que da una fuerte sombra a la pantalla.

Luego el ángulo duodeno-yeyunal, está situado detrás del estómago. Además el alimento bismutado pasa con tal rapidez, que hace imposible su examen.

Para obviar estos inconvenientes, Lewis Gregory Cale, entre otros, ha propuesto el siguiente procedimiento: hace tragar a las enfermas una bolita metálica que fija a un tubo elástico, mediante un pedazo de cauchou, unas ho-

ras antes del examen radioscópico, el que debe efectuarse previa ingestión de una alimentación bismutada.

Asegura el autor que con este procedimiento ha podido obstaculizar el paso a las sales de bismuto y llegar a llenar completamente el duodeno, apareciendo el conducto pancreático inyectado de sales de bismuto.

Otros autores como David, Holzknecht y Lipmann han propuesto para el mismo fin, comprimir con la mano la parte inferior del duodeno y el ángulo duodeno-yeyunal contra la columna vertebral.

La parte más próxima al piloro de la primera porción del duodeno, parece ser más elástica, permitiendo la permanencia de una cierta cantidad de quimo. Este hecho llamó la atención y algunos creyeron que esta primera parte del duodeno debería ser considerada como un anexo del estómago y Holzknecht, propuso llamarle *bulbo duodenal*, otros le llamaron *capuchón duodenal*, y entre nosotros se le conoce con el nombre de *casquete duodenal*.

La úlcera del duodeno es por lo general única, pudiendo excepcionalmente hacer varias, su tamaño varía lo mismo que la del estómago. Su lugar más común en aparecer es la porción del duodeno, más próxima al piloro,

Los signos por los que se constata su presencia derivan de tres orígenes:

Signos propios de las las úlceras.—Son los divertículos.

Signos dados por el duodeno.—Son la formación del

casquete duodenal, desviación del píloro a la derecha, estrecheces por espasmo o por cicatrices, y dolor localizado en un punto del duodeno.

Signos dados por el estómago.—Modificaciones que sufre la peristáltica gástrica.

El divertículo es lo mismo que el nicho de Handek, en las úlceras gástricas, de manera que para no repetir pasaremos de largo todas sus características que hemos visto en el capítulo de radioscopia gástrica.

Para observar las deformaciones del casquete duodenal, es necesario practicar varias radiografías instantáneas y en distintos tiempos de la concentración; algo difícil de obtener en aquellos casos que aparece recubierto por la parte pilórica del estómago.

La desviación del píloro a la derecha, se ha observado en casos de úlcera duodenal, motivado por un proceso de periduodenitis. Es necesario tener presente sin embargo, que este signo puede observarse en casos de procesos de perigastritis y pericolecistitis.

Las estrecheces por espasmo, o por cicatriz, aparecen en procesos crónicos, llegando a producir estenosis con retención.

Pueden ser producidas por compresión, por neoplasmas, o por una ptosis gástrica que formaría un codo del angulo hepático.

El dolor en un punto localizado tiene mucha importancia, como lo tenía también en la úlcera gástrica.

La exageración del peristaltismo se observa únicamente en el primer período de la úlcera duodenal y corresponde al período de exagerada evacuación con amplia apertura del piloro, llamado este *Signo de Barclay*.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Muchas son las afecciones que pueden confundirse; pero las que con más frecuencia suelen dar una sintomatología muy parecida, son cuatro o cinco: La úlcera simple del estómago, la úlcera duodenal, el cáncer gástrico, la colelitiasis, y las neurosis estomacales.

Úlcera del estómago y úlcera del duodeno.—En la *úlcera del estómago*, el sujeto es un mal nutrido su estado general es malo, delgado, no come por temor al dolor. El dolor aparece poco tiempo después de ingeridos los alimentos, hay vomitos, hematemésis. El punto doloroso del epigastrio no pasa la línea media hacia la derecha. Es una afección que ataca en mayor número al sexo femenino.

La *úlcera del duodeno*, el sujeto presenta un buen estado general no pierde relativamente el peso, al contrario del gástrico, come porque su dolor aparece cuando

tiene su estómago vacío. El dolor aparece tardíamente, no hay vómitos ni hematemesis.

Su punto doloroso está a la derecha de la línea media y por debajo del reborde costal.

El signo de Thompson, el signo de Mendel, y la triada de Moynihan, completan el diagnóstico.

Finalmente, es una afección que ataca en particular al sexo masculino.

En los casos de *Colelitiasis*, encontramos, el dolor que aparece bruscamente y no se calma con los vómitos, que se irradia hacia el hombro derecho y hacia la espalda.

Las crisis dolorosas, no guardan relación alguna con la alimentación.

La vesícula se presenta dolorosa a la palpación y el hígado tumefacto y sensible.

En los casos de transformación cancerosa de un úlcus, es sumamente difícil, todos los signos son de presunción, así tenemos: la anorexia, el adelgazamiento, las pequeñas hematemesis y repetidas, las melenas, la presencia de adenopatías y el examen microscópico.

Las *neurosis gástricas* sensitivas, pueden confundirse con la úlcera gástrica, por las crisis dolorosas, su horario, la intolerancia gástrica, los vómitos, etc.

Únicamente la evolución del proceso, la caprichosidad de las reacciones subjetivas, el fracaso de una terapéutica lógica, el efecto de la sugestión medicamentosa y los estigmas neuropáticos, harán el diagnóstico.

TRATAMIENTO MÉDICO DE LAS ÚLCERAS GÁSTRICAS Y DUODENALES

He reunido el tratamiento médico de éstas dos afecciones en un solo capítulo, porque como veremos enseguida, y salvo pequeños detalles, es el mismo para los dos casos.

Antiguamente se consideraba el tratamiento de éstas lesiones, como uno de los capítulos mejor estudiados de la medicina. Hasta que un eminente clínico de Hamburgo, Lenhartz, quiso cambiar casi por completo, los réjimenes terapéuticos hasta entonces puramente empíricos.

Desde entonces los cirujanos comenzaron a preocuparse de las úlceras gástricas, que habían permanecido excluidas de la cirugía, salvo en sus complicaciones y ocupando un lugar intermedio entre la medicina y la cirugía.

Las ideas de los cirujanos fueron progresando, hasta incluirla por completo, en los dominios de la cirugía.

En el momento actual el tratamiento ha progresado más aún, y tanto la medicina como la cirugía tienen su

aplicación, es cuestión de momento; vale decir; en ciertos y determinados casos, deberá actuar un tratamiento médico y en otros deberá recurrirse directamente al quirúrgico.

Para facilitar el estudio del tratamiento médico, lo subdividiremos en dos pequeños capítulos, uno dedicado a la úlcera simple, y el otro a la úlcera complicada, como lo hace el Prof. Castex. (1).

El tratamiento que debemos seguir es el sintomático, debido a que no conocemos su etiología.

En primer lugar; en presencia de una úlcera simple del estómago, aguda o subaguda, no siendo complicada debemos indicar el reposo lo más completo que sea posible. Esta indicación, ya la hacía Cruveilhier, diciendo que el reposo favorecía la cicatrización.

El reposo debe ser en cama y de preferencia en decúbito dorsal, y durante varias semana; siempre que esto sea posible.

Las aplicaciones calientes sobre el epigástrico, favorecen la cicatrización; cualquier forma de aplicarlo es lo mismo. (fomentos, bolsas de agua, cataplasmas, termóforos eléctricos, etc.).

En seguida estudiaremos el tratamiento dietético y el medicamentoso. Dos puntos muy importantes que han sufrido cambios desde su comienzo, y aún hoy día existen de los más variados.

(1) Castex—Rev. Asoc. Med. Argentina—Nº 134 1915.

La dietética es muy importante, porque debemos vigilar de irritar lo menos posible al estómago, al mismo tiempo de dar el número suficiente de calorías, teniendo en cuenta el peso y el trabajo del sujeto en las 24 horas.

Término medio se calcula 30 calorías por kilo, teniendo presente que el enfermo gasta un mínimo de energías, puesto que está en cama y guardando el mayor reposo posible.

Litthauer (1) demostró experimentalmente y Wirsing clínicamente, que cuanto mayor sea la hiperacidez más difícil es la curación.

Por consiguiente en la dieta alimenticia debemos evitar todas aquellas sustancias que exciten la secreción y la motilidad estomacal, (excitantes térmicos, mecánicos y químicos).

La excitación térmica, podemos evitarlos fácilmente, ordenando al enfermo que no ingiera los líquidos o sustancias alimenticias, a temperaturas extremas, ni muy frías ni muy calientes.

Las excitaciones mecánicas, las evitaremos suprimiendo de la alimentación, todo aquello que por su consistencia o por su estructura como por ejemplo: corteza de pan, hojas de vegetales, actúen en el estómago como cuerpos extraños, motivando la secreción de jugos que los digirán y reclamando de la musculatura gástrica un mayor

(1) Virchow, Archivo, 1917, pág. 317.

esfuerzo para que las lleven fuera de él y a otro órgano donde existan fermentos capaces de digerirlos.

Si los enfermos poseen buena dentadura, se les recomendará especialmente que practiquen con esmero la masticación; pues sabemos que con esto, además de la trituración se agrega la insalivación, facilitando el trabajo químico y mecánico al estómago. En caso contrario se recomendará el empleo de masticadores instrumentales.

Los excitantes químicos pueden evitarse, conociendo la acción que ejercen los distintos alimentos sobre la secreción y la motilidad gástrica.

En estas condiciones, el enfermo se someterá, a una alimentación determinada, durante varias semanas, o meses, si fuesen necesarios.

El menú debe tener por base la cantidad de calorías necesarias, para un sujeto en esas condiciones y que ya dijimos era de 30 a 35 calorías, por kilo.

Hecho el cálculo de calorías, se determina el minimum albuminoideo a razón de 0.50 ctgms. a 0.70 ctgms. de albúmina por kilo de peso, cubriéndose el resto con hidratos de carbono y grasas.

De las grasas daremos preferencia a la crema de leche fresca y a la manteca fresca. La leche tiene la ventaja cuando es tolerada, de suministrar además de las grasas, albúminas de fácil digestión, e hidratos de carbono, que casi no requieren trabajo digestivo.

Entre los hidratos de carbono se eligen el arroz, harinas de cereales, patatas, etc.

Y de las albúminas, se darán huevos, y carnes rojas o blancas, muy frescas, crudas o semicrudas.

La cantidad de alimentos tiene también su importancia; pues la distensión de la pared estomacal, impide la cicatrización de la úlcera.

Todos aquellos alimentos cuya preparación culinaria, lleva una condimentación excesiva (picantes, ácidos) produciendo una secreción exagerada y una motilidad excesiva, deberán ser eliminadas de este menú.

Las bebidas alcohólicas deben ser absolutamente prohibidas; puesto que provocan la hiperclorhidria.

El café en cualquier forma es nocivo, por sus efectos ya locales, o a distancia sobre el sistema nervioso.

Por último los postres, los dulces con almíbar espesa, deben también de abstenerse de ingerir los ulcerosos.

De los cigarros es muy conocido ya el poder altamente excitante de la nicotina, sobre la secreción gástrica, de manera que su papel nocivo está aclarado para todo enfermo gástrico y en especial para el úlcus.

Habiéndose demostrado que es imposible hacer desaparecer la hiperclorhidria si no abandona el cigarrillo.

Esta acción nociva se hace más evidente si el enfermo fuma con su estómago vacío o en ayunas.

Todo lo que hemos dicho hasta aquí se refiere a la dietética, que si es llevada en todos sus detalles y durante varias semanas o meses, puede curar perfectamente un enfermo de úlcera simple.

A esto debemos agregar el tratamiento medicamentoso que tiene por objeto acelerar la cicatrización de la úlcera.

En términos generales los medicamentos más usados y de predilección son: la *atropina*, el *bismuto* y los *alcalinos*.

Con el empleo de la atropina se han obtenido muy buenos resultados en los casos de úlceras crónicas con hipersecreción.

Se usa el sulfato de atropina por vía hipodérmica a la dosis de uno a tres miligramos diarios, durante varias semanas.

Puede reemplazarse con la belladona, ya sea en tintura, en extracto, o en polvos y administrados por vía gástrica; siendo indispensable para obtener éxito que la dosis sea elevada.

El inconveniente de estos medicamentos está en los fenómenos de intolerancia, y que se manifiestan por parálisis de la acomodación, sequedad de la boca y de la faringe, y por la dilatación de la pupila (midriasis).

La única manera de evitar este inconveniente consiste en vigilar al enfermo, y buscar su punto de tolerancia.

En las formas dolorosas, puede asociarse la codeína.

El bismuto y sus preparados, preconizados por Odier hace más de un siglo (1786) para combatir los «espasmos gástricos», son de gran utilidad.

Se emplea de preferencia el carbonato de bismuto, por ser menos tóxico que el subnitrito.

Su uso fué generalizado por Kussmaul y Fleiner, quie-

nes recomendaban hacer un lavaje previo del estómago y luego introducir con la sonda 10 o 20 grs. de bismuto, suspendido en el agua.

Hoy día este procedimiento se ha simplificado muchísimo, dándose a tomar todas las mañanas en ayunas, el bismuto en un vaso de agua caliente o templada y luego se hace acostar durante unos minutos boca arriba, y otros tantos boca abajo.

Pariser, en 1902, quiso substituir el bismuto por una mezcla de creta p. p. y talco de venecia en partes iguales, más la mitad de magnesia calcinada. De esta mezcla daba 2 o 3 cucharas de postre al día, después de las comidas.

Esta preparación podía usarse durante largo tiempo, y actuaba como neutralizante del ácido y como laxante.

Lo mismo debemos decir del bismuto y la magnesia asociadas.

Por último, el clásico bicarbonato de soda que aún se emplea, ya solo, ya asociado a la belladona o a la magnesia.

Es de real importancia, sobre todo por ser tan barato, lo que facilita que la gente pobre pueda proveérselo sin mayores gastos.

Además, se han usado una serie de medicamentos; pero que han quedado olvidados: me refiero al nitrato de plata, usado por Gerhardt, a los ferruginosos usados por Ewald, el sesquicloruro férrico aconsejado por Bourget, el agua oxigenada por Petri, etc., etc.

Para terminar diré que en los casos de espasmos piló-

ricos, aún cuando la atropina, y en una palabra toda la medicación ya enumerada no de resultado, es bueno recurrir a la oleoterapia recomendada por Conheim que se reduce a tomar varias veces por día 2 o 3 cucharas de aceite de olivas.

En caso que los enfermos no lo toleren, se hace un lavaje de estómago con agua alcalinizada y luego se introduce el aceite por la misma sonda.

Con este procedimiento se han obtenido muy buenos resultados.

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

Entre las cómplicaciones, debemos anotar en primer término las *hemorragias*, que pueden exteriorizarse bajo forma de hematemesis o de enterorragias.

A continuación estudiaremos el tratamiento de las estenosis pilórica, que ocurre frecuentemente por cicatrización de la úlcera y en seguida diremos lo mismo respecto del estómago bilocular, de las perigastritis, perforación, abscesos de vecindad, úlcera callosa y por último á la úlcera degenerada (carcinomatosa).

Hemorragias.—El tratamiento médico en estos casos, se reduce a vigilar al enfermo, respecto de su alimentación, y conociéndose con el nombre de «dieta de Lenhartz» á las indicaciones que habitualmente se siguen en estos casos.

Lenhartz comienza a alimentar al enfermo a la hora o a las 2 horas después de la hematemesis, dándole por cu-

charadas leche helada (200 grs.) sola o con huevos batidos. Al tercero o cuarto día, agrega 20 o 30 grs. de azúcar.

Diariamente va aumentando 100 grs. de leche hasta llegar a un litro que continuará dando hasta terminar el tratamiento.

El primer día da, además dos huevos y aumenta uno cada día, hasta que el enfermo llega a tomar ocho en veinticuatro horas.

Al 5.º o 6.º día de la hematemesis, empieza a dar carne raspada o finamente picada y al comienzo de la segunda semana puede dársele jamón crudo.

Mediante esta dieta progresiva vemos como se puede alimentar rápidamente a estos enfermos; pues comenzando el primer día con 300 calorías llegamos al cabo de 10 o 15 días a 3.000.

Sin embargo no todos los clínicos siguen este régimen, sobre todo en lo que se refiere al primer día de la hematemesis, en que buen número de médicos se abstienen de ordenar ninguna alimentación durante las 24 o 48 horas que siguen a la hematemesis.

A continuación transcribo el cuadro de Lenhartz para la dietética, advirtiéndolo que su mismo autor aconseja y declara que no debe llevarse al pie de la letra; puesto que no se puede esquematizar la dietética de un úlcus gástrico, teniendo valor como guía, para individualizarlo luego en cada caso:

RÉGIMEN DE LENHARTZ PARA LA ÚLCERA GÁSTRICA

DIAS CONTADOS A PARTIR DE LA ÚLTIMA HEMATEMESIS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Huevos.....	2	3	4	5	6	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Azúcar (con leche)....	—	—	20 g.	20	30	30	40	40	50	50	50	50	50	50	50
Leche (helada y por cucharadas).....	200 c.	300	400	500	600	700	800	900	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
Carne cruda (picada).....	—	—	—	—	—	2 vec. 35	id	id	id	id	id	id	id	id	2 vec. 50
Arroz con leche.....	—	—	—	—	—	100 g.	200	200	300	400	400	400	400	400	gram.
Bizcochos.....	—	—	—	—	—	—	—	20 g.	40	60	60	80	100	100	100
Jamón crudo.....	—	—	—	—	—	—	—	—	50 g.	50	50	50	50	50	50
Mantequilla.....	—	—	—	—	—	—	—	20 g.	20	40	40	40	50	50	60
Número de calorías (aproximado).....	280	280	420	650	800	1000	1600	1800	2200	2500	3000	3000	3100	3100	3200

Según Lenhartz, la causa de las hemorragias y el retardo en la curación de las úlceras, es debido a la distensión del estómago; por eso él da pequeñas cantidades de leche al principio y va aumentando lentamente, sin exceder de un litro para evitar la distensión.

Si en el curso de la cura se produjeran nuevas hemorragias, se continuará la dieta sin interrupción, recurriéndose al suero fisiológico o glucosado, en los casos que el pulso se hiciera frecuente y pequeño.

En la segunda semana se le ordena manteca en poca cantidad, alimento de cuyas múltiples ventajas ya hemos hablado.

Estos enfermos deben guardar cama durante 3 semanas y en algunos casos podrá prolongarse en 1 o 2 semanas. Durante ese tiempo, deberán tener una bolsa de hielo sobre el epigástrico.

El peso de los enfermos tratados así, aumenta rápidamente, siendo común ver aumentar 4, 6 y 8 kilos durante la cura. Es de notar que mediante esta dieta los enfermos pasen un período de constipación que puede durar 5, 10 ó 15 días; constipación que tiene la ventaja de dejar descansar al intestino y permitir la reabsorción de los restos de la sangre que son así aprovechadas.

Las hemorragias graves en las úlceras gástricas ceden por lo general al tratamiento médico, según Payr, uno de los cirujanos alemanes más competentes sobre la cuestión, estas se detienen en un 93 a 97 % con el tratamiento médico.

Las *estenosis pilóricas* por contractura o espasmo, es pasajera, dura pocos momentos y es producida ya por la vecindad de un úlcus, o por la hiperácidez del jugo gástrico, que excita así la superficie ulcerada. En estos casos son los alcalinos los que dan mejores resultados, y particularmente también los antiespasmódicos. Siendo necesario en los casos rebeldes, la cura operatoria de la úlcera.

Las estenosis pilóricas de origen cicatricial, pertenecen por completo al dominio de la cirugía.

Respecto al *estómago bilocular*, se han estudiado tres formas clínicas:

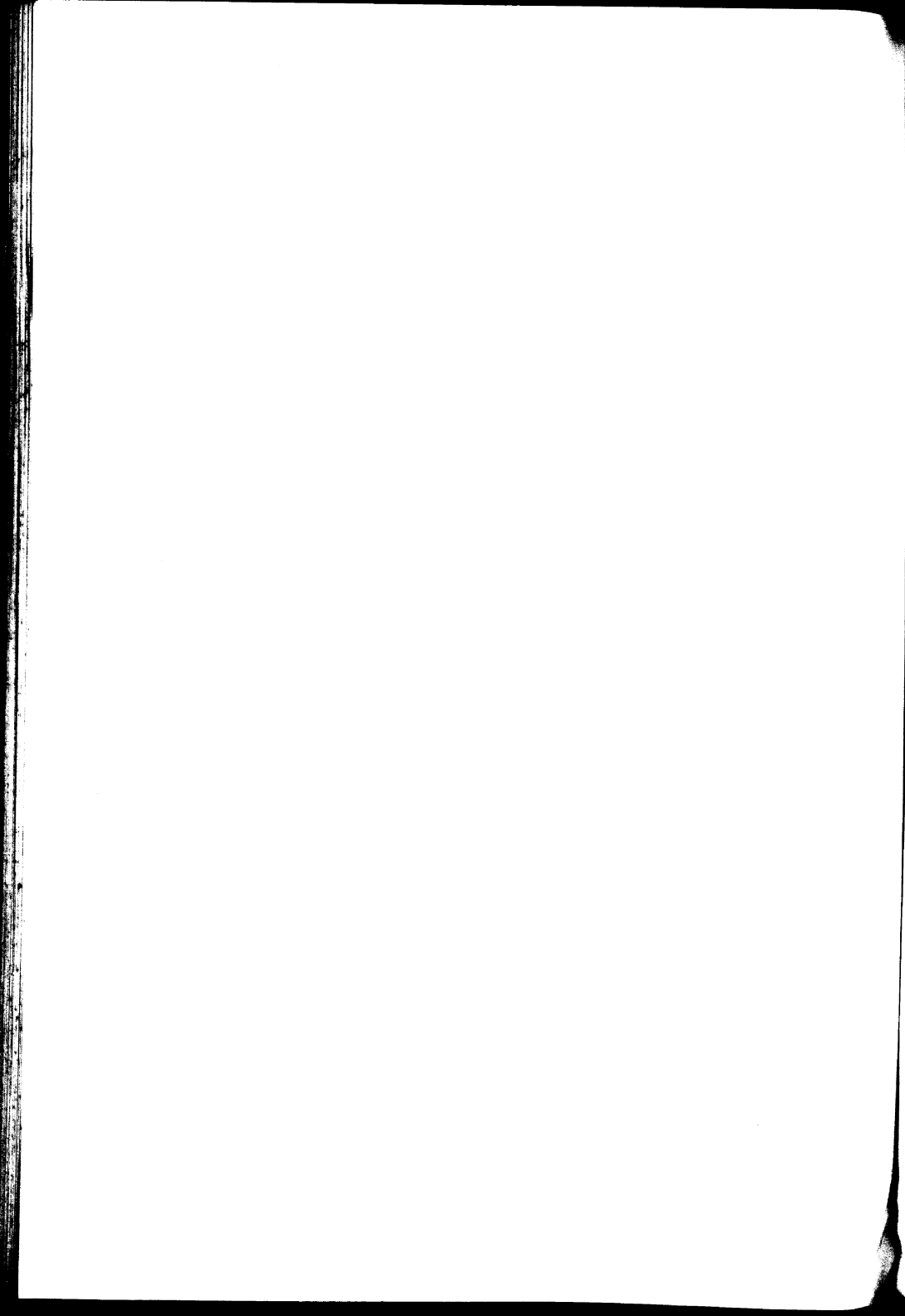
Un primer tipo-*orgánico*, por cicatriz retráctil de la úlcera, por la perigastritis concomitante o bien por ambos procesos a la vez.

Un segundo tipo-*funcional*, por contracción muscular tetánica, localizada en la región ulcerosa.

Y un tercer tipo-*mixto* en que las dos causas anteriores se combinan.

Las de origen funcional son accesibles al tratamiento médico, dietético y medicamentoso (atropina, alcalinos). Las demás formas entran en el tratamiento quirúrgico.

Las *Perigastritis*, esta complicación pertenece también a la cirugía, lo mismo que las siguientes complicaciones: *perforación*, *perigastritis flegmonosa*, *abscesos de vecindad*, *úlcera callosa* y *úlcera carcinomatosa*.



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ÚLCERAS GÁSTRICAS Y DUODENALES

La cirugía ha conseguido en estos últimos tiempos uno de sus mayores éxitos en el tratamiento de estas afecciones.

La cura operatoria se reduce generalmente a la gastro-enterostomía, que realizada en buenas condiciones es de poca gravedad y sus resultados son maravillosos.

La mortalidad operatoria se calcula en un 5 %, disminuyendo aun más en los casos no complicados y que son sometidos al tratamiento en un período poco avanzado de la enfermedad.

El éxito terapéutico de la gastro-enterostomía se calcula en un 70 a 80 % de enfermos completamente curados después de la operación. Experimentando por lo general una franca mejoría con desaparición inmediata de los síntomas especialmente el dolor, y mejorando también su estado general.

En otros casos (15 a 20 %), aparece sólo una mejoría persistente; pero conservando algunos síntomas, necesitando estos ser sometidos a un largo régimen dietético y medicamentoso.

Las recidivas se observan sólo en un 5 a 8 %.

En ciertos casos de recidiva, la úlcera puede desarrollarse en el sitio de la anastomosis denominándose entonces *úlcera péptica yeyunal* o *gastro-yeyunal*. Esta complicación sólo se observa en un 2 a 3 % de los operados, y los procedimientos modernos aun no han podido eliminarla.

Se ha atribuido a múltiples causas, entre ellas a ciertos procedimientos, por cuyo motivo se les ha desechado de la práctica; así: la gastro-yeyunostomía por implantación, no permitiendo el pasaje de la bilis por el estómago, para neutralizar el contenido ácido de éste, expone a una parte del intestino a la acción irritante de estos jugos, por cuyo motivo ha sido eliminado.

Se ha imputado también al uso del Clamp, a los botones anastomóticos, a la imperfecta coaptación de las mucosas, o su constricción excesiva por las suturas.

Sin embargo la úlcera péptica suele aparecer sin que hayan intervenido ninguna de las causas enumeradas.

W. Mayo, ha sostenido que la causa más frecuente es la presencia de hilos no reabsorbibles. Esto es de gran importancia, porque entre todas las causas citadas, es la que más frecuentemente interviene, cualquiera que sea el procedimiento empleado.

La práctica dirá si esto es verídico; puesto que haciendo uso de hilos reabsorvibles desaparecerá esta complicación y se habrá conseguido con este pequeño detalle un adelanto considerable.

Hechas estas breves consideraciones vamos a estudiar la gastro-enterostomía, que es el procedimiento de elección para el tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales.

Entre nosotros, el Prof. Arce, usa sistemáticamente el catgut fino para efectuar las suturas gastro-intestinales, objetando también que los hilos permanentes son los causantes de muchos trastornos post-operatorios, como son la úlcera péptica, la obstrucción de la boca anastomótica por el entrecruzamiento de los hilos, un año o dos después de la operación. Haciendo excepción en los casos de caquexia cancerosa o de otro origen en que la reacción de los tejidos son nulas y en las cuales una vez reabsorbido el catgut podría temerse el fracaso de la sutura.

El catgut, dice el Dr. Arce, se hincha por imbibición y obtura totalmente el orificio producido por la aguja, cosa que no hace la seda ni el lino. El catgut se desliza mejor que los demás hilos, por el espesor de los tejidos y por lo tanto los adosa mejor. Finalmente el catgut se reabsorbe cuando las adherencias se han establecido y al eliminarse aleja de la línea de sutura toda causa de infección, mientras que la seda y el lino, la mantienen, obrando como cuerpos extraños.

Esta práctica en el uso de hilos reabsorbibles (cat-

gut, etc.) en la cirugía gastro-intestinal, divulgada en en las clínicas norteamericanas por los hermanos Mayo; le merece entre nosotros al Prof. Arce el alto honor de haber sido el primero en declarar sus ventajas, insistiendo en la necesidad de abandonar el lino y la seda de este capítulo de la cirugía abdominal.

Además, para terminar, en los casos de úlcera crónica, se hará la resección, si es posible, la gastroenterostomía, con o sin exclusión del piloro, esto último aconseja el Dr. Arce en las duodenales.

En los casos agudos, hace primero el tratamiento médico (reposo, etc.) y luego el quirúrgico.

Y en los casos que se acompañan de complicaciones, tenemos entre las más comunes la perforación, que deberá tratarse cuanto antes por el quirúrgico, y las hemorragias que solo por excepción deben intervenirse pues sabemos que el 95 % de estas curan con el tratamiento médico.

GASTRO - ENTEROSTOMIA

La gastro-enterostomía es una operación que consiste en establecer una nueva comunicación entre el estómago y el intestino. Según que esta anastomosis se haga sobre el duodeno, o sobre el yeyuno; se le llama: *Gastro-duodenostomía* o *Gastro-yeyunostomía*.

Fué practicada por primera vez por Wölfler en Viena en el año 1881. Este cirujano después de practicar una laparatomía exploradora por cancer del estómago y no pudiendo extirpar el tumor, debido a que había invadido los órganos vecinos, y gran cantidad de adherencias le impedían reseca el piloro, se disponía a cerrar el abdomen, cuando otro cirujano que presenciaba la operación (Nicoladoni), le sugirió la idea de restablecer el curso de los alimentos interrumpidos por la estenosis pilórica, anastomosando el intestino al estómago.

Fué así como Wölfler imaginó y practicó la operación que hoy lleva su nombre (gastro-enterostomía anterior).

Los resultados inmediatos de esta primera intervención fueron excelentes, desapareciendo los vómitos y mejorando notablemente su estado general. Quedando desde entonces consagrado como tratamiento paliativo en las estenosis pilóricas cancerosas.

Otros autores dan a Rydygier como el primero que la practicó en este mismo año.

En 1885 von Hacker describió el procedimiento que lleva ese nombre «Gastro-enterostomía posterior».

En 1888 se publica en Alemania un trabajo de Fritzch, en el que cita dos casos operados y que terminaron por la curación; uno de estos se trataba de una úlcera del estómago, siendo esta la primer intervención practicada por esta afección.

Desde 1890, aumenta considerablemente el número de operados, creándose nuevos procedimientos así: Jaboulay crea la Gastro-duodenostomía, y Murphy de la Universidad de Chicago da a conocer el botón que lleva su nombre.

En 1893 Braun (de Goettingen) agrega la enteroanastomosis a la gastro-enterostomía, para evitar los accidentes producidos por el reflujo del contenido intestinal al estómago.

En 1897 Köcher propone el procedimiento valvular que lleva su nombre y Roux (de Laussane) crea el procedimiento de *Gastro-enterostomía posterior en Y*.

En estos últimos años, se han perfeccionado notablemente estos procedimientos, debiendo citar en primera lí-

nea a cirujano como los Mayo Robson y Moynihan que son los que mayor impulso han dado a la gastro-enterostomía, poseyendo cada uno de ellos un procedimiento propio, y vastas estadísticas que le dan valor.

Además Finney y Gould que han modificado con grandes éxitos las antiguas gastro-duodenostomías.

Por último citaré a Kamerer que ha modificado la técnica de las operaciones plásticas del estómago; y a Cardenal de Barcelona, que presenta un procedimiento de gastro-enterostomía posterior (valvular).

CUIDADOS PRE-OPERATORIOS

Es un punto muy importante, que conviene tener siempre presente, cuando se trate de someter un enfermo a esta operación.

Mejorar su estado general, si se encuentra debilitado y evacuar su aparato digestivo son las dos principales indicaciones a llenar.

La evacuación del aparato digestivo por los purgantes, ha sido sostenido por algunos, y negado por otros; no es ésta una indicación indispensable, pero si, debe ejecutarse siempre que las condiciones del enfermo y su estado general lo permitan.

Los lavajes del estómago es una medida preventiva, usada por muchos cirujanos, entre ellos Lücke, que lo practica durante varios días, y una hora antes de la operación.

Lauenstein hace otro tanto, Terrier y Hartmann lo ejecutan, pero en los enfermos ya habituados.

W. Mayo lo recomienda en los enfermos con gran retención gástrica, por último para Bier es una condición indispensable, y por el contrario Roux, lo prescribe terminantemente.

Nosotros diremos que lo hemos visto usar siempre en nuestros servicios, y jamás hemos observado un accidente grave; salvo algún ligero debilitamiento que pasa inmediatamente, mediante una inyección de cafeína o de aceite alcanforado.

Entre los líquidos usados para efectuar los lavajes, citaremos: el agua hervida tibia usada por Billroth, el agua boricado por Jaboulay, la solución al 1 $\frac{0}{100}$ de ácido salicílico por Rydigier, la solución de bicarbonato de soda por Novaro, etc., en nuestro servicio hemos usado siempre el agua alcalinizada por el bicarbonato de soda.

Las inyecciones hipodérmicas de suero fisiológico aconsejado por Roux y Codivilla son de gran utilidad, especialmente en los sujetos debilitados.

Deben practicarse durante varios días antes de la operación, sin ser demasiado abundantes.

Las inyecciones de cafeína, aceite alcanforado, estricina, son también de utilidad.

La alimentación siguiendo a Lauenstein deberá ser líquida y nutritiva, serán hervidas para esterilizarlos (Mayo), administrando la última comida la noche antes, es decir aproximadamente unas doce horas antes de la intervención.

En el caso que no sea posible alimentarlo por la vía

bucal, debido a los vómitos, etc. Se le hará bajo forma de enemas nutritivos, dando Mayo la siguiente fórmula:

Cognac.....	1 onza
Peptona líquida.....	1 »
Sol. salina normal.....	10 »

También se administran los enemas de leche, con yemas de huevo y peptona seca.

Estos enemas son prescriptos cada 8 horas y si fuera necesario más, los dan cada 6 horas.

A continuación diré cuales han sido los cuidados a que se sometían los enfermos, en la clínica del Dr. Emina, en el Hospital Pirovano, de la que yo he sido practicante.

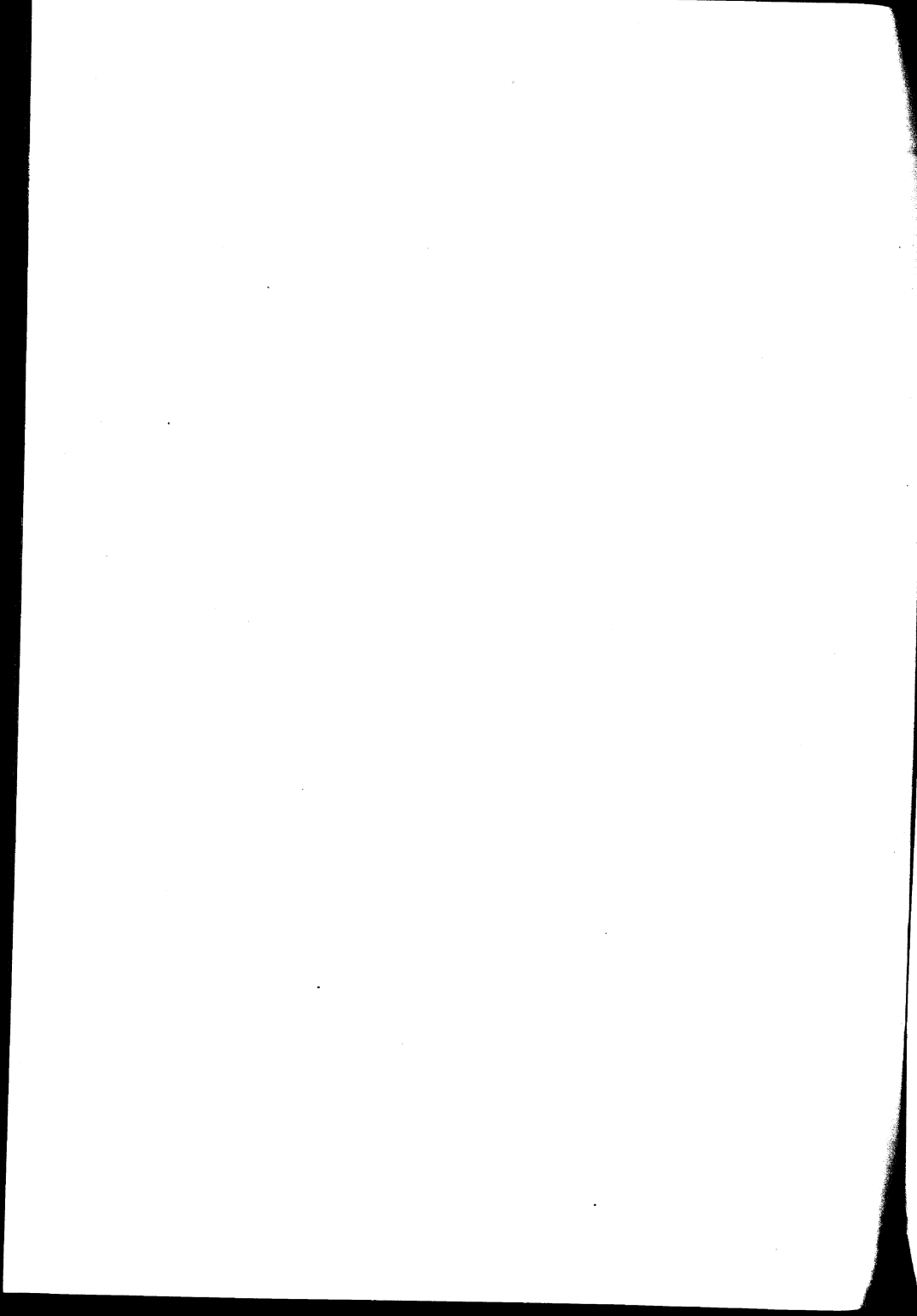
La antevíspera de la intervención, se le administraba un laxante por la mañana y un enema por la noche.

Si se trataba de un sujeto de cierta edad, ya algo avanzada, o cuyo corazón presentara alguna falla, se le daba a tomar XX gotas de digitalina.

La víspera de la operación se le permiten tomar únicamente, agua, leche y te; suspendiéndole la leche á las 6 p. m.

A las 9 p. m. se le hacía un lavaje de estómago con agua alcalinizada.

La mañana de la operación a las 7 a. m. se le daba un enema alimenticio y 500 grs. de suero fisiológico. Interviniéndolo por regla general a las 10 a. m.



TÉCNICA

Anestesia.—Habitualmente se usa la anestesia general, por el Cloroformo, Eter o por ambos combinados. Algunos hacen previamente una inyección de morfina; otros usan la anestesia intrarraquídea, por último ciertos cirujanos adoptan la anestesia local por la cocaína o sus homólogos, siguiendo la práctica de Reclus.

Es indudable que la anestesia general es más cómoda para el cirujano, pero es necesario tener presente si el sujeto tiene su corazón y sus riñones en buenas condiciones para soportar el cloroformo y si no sufre de algun padecimiento pulmonar para practicar el éter.

La anestesia local tiene la ventaja de evitar todos los accidentes del cloroformo, disminuyendo tambien las probabilidades de aparición del colapso post-operatorio, lo mismo diré de las complicaciones bronco-pulmonares, por último evita la atonia gastrica, causa frecuente del círculo vicioso.

Incisión de la pared.—Se han aconsejado las incisiones medianas y laterales; pero la mayoría de los cirujanos practican la laparatomía mediana, por ser la que da más campo para la exploración de los órganos.

Hecha la exploración de los órganos, sea cualquiera el procedimiento que vaya a emplearse; lo primero que debe hacer el cirujano, es buscar una ansa intestinal lo más alto posible, con el objeto de no disminuir el campo de absorción intestinal.

Para ésto es necesario levantar el epiplon y el colon transverso, luego con la mano derecha dirigida perpendicularmente a la columna vertebral y con la palma hacia la derecha sigue la cara inferior del mesocolon, llega a la izquierda de la columna y toma el ansa pegada a esta porción del raquis, y para asegurarse que se trata de la primera porción del yeyuno, basta hacer pequeñas tracciones y se notará que es fija.

Una vez encontrada el ansa fija, el cirujano se dispone a hacer la anastomosis con el estómago.

PROCEDIMIENTOS

Mencionaré únicamente al pasar, los clásicos y antiguos procedimientos de gastro-enterostomía y de gastro-duodenostomía, como son: La gastro-enterostomía anterior o de Wölfler que hoy día solo por excepción se la practica y cuando así se hace, generalmente se le agrega la entero-anastomosis de Braun para evitar los fenómenos del círculo vicioso.

La gastro-enterostomía posterior o de Von Hacker que también muy pocos cirujanos la siguen practicando.

En cambio describiré detalladamente uno de los procedimientos más modernos, cuyos óptimos resultados lo declaran como el de elección, tales son: La *gastro-enterostomía posterior de Moynihan* y el de Mayo Robson.

Además citaré el procedimiento valvular de gastro-enterostomía posterior de Cardenal. Y por último mencionaré en detalles, el procedimiento que he visto practicar al Dr. Emina en su clínica del Hospital Pirovano.

Los procedimientos de gastro-duodenostomia de Jaboulay, Kocher y Kummell, ya no se practican por lo tanto los pasaré por alto, en cambio describiré el procedimiento de Finney, modificado por Gould que es de los últimos.

Y entre las operaciones para tratar una de las complicaciones de la úlcera gastrica (el estómago bilocular), citaré al final de este capítulo algunas de ellas.

PROCEDIMIENTO DE MOYNIHAM

Se hace una incisión en la piel, de 4 pulgadas de extensión, y a una pulgada a la izquierda de la línea media; queda abierta la hoja anterior de la aponeurosis del recto, se la diseca hasta la línea media, rechazando entonces el músculo recto hacia afuera, e incindiendo la hoja posterior, de modo que se corresponda con la incisión de la anterior. La piel se cubre con compresas de lienzo prendidas con pinzas ad-hoc a los bordes de la herida. Incindido el peritoneo queda el abdomen abierto.

Después de haber explorado bien, el estómago es exteriorizado junto con el colon transverso y el epiplón. Dejando en evidencia la cara posterior del mesocolon transverso, se busca la primera porción del yeyuno.

A veces esta porción del yeyuno suele estar fija por adherencias fisiológicas o patológicas en una extensión de 3 a 4 cms., en estos casos es conveniente desprenderlas hasta el ángulo duodeno yeyunal.

Se hace una abertura en el meso en un punto avascu-

lar, por donde se hace pasar la cara posterior del estómago, procurando tomar una porción en sentido vertical, con respecto a la pequeña curvatura y paralela al esófago, quedando su punto terminal a nivel de la gran curvatura.

Como el pliegue es tenido con la mano izquierda, se toma con la otra un clamp y se aplica verticalmente con la punta mirando hacia el apéndice xifoides y el mango hacia el pubis. Esta parte tomada por el clamp del estómago, debe ser de 3 a 4 pulgadas de extensión.

El clamp es dado vuelta transversalmente quedando el mango hacia la izquierda.

La primera porción del yeyuno es tomada por otro clamp por el ayudante, mientras el cirujano mantiene el pliegue con sus manos, tratando de tomar lo más próximo posible de su origen, en una porción igual.

Se colocan las pinzas clamp paralelas y se introduce por arriba el estómago y el epiplón, de modo que no quede fuera del abdomen sino las partes a anastomosar.

Se coloca una gasa mojada en suero caliente entre las dos vísceras luego se coloca una compresa doble de Mackintosh lo más cerrado posible y por debajo de las pinzas.

Se comienza la sutura continua de la sero-muscular posterior, con agujas propias y con hilo de lino; comenzando por el lado izquierdo y terminando en el derecho, tomando toda las partes comprendida entre los clamps.

Tratando de tomar en cada punto una superficie de serosa suficiente que permita una buena aproximación.

Se hace una incisión a $\frac{1}{4}$ de pulgada, sobre ambas vísceras, comprendiendo únicamente la serosa y la muscular.

Se preparan algunos pedacitos de gasa y se corta el elipse de mucosa que queda comprendido entre los bordes de cada incisión.

Como la mucosa gástrica tiene tendencia a retraerse, se toma conjuntamente con la serosa, con una pequeña pinza en cada extremo de la incisión; por regla general no se ligan los vasos.

Se toma con una pinza las dos extremidades posteriores de la incisión comprendiendo todas las capas del estómago y yeyuno, y se la deja colgando del lado del operador, siendo su peso suficiente para mantener la dirección de la sutura.

Se hace una sutura completa y continua tratando al hacer el nudo que comprenda únicamente la mucosa, terminado esto se ligan los extremos.

Se continúa la 1.^a sutura tratando de evitar los vasos y haciendo pasar al terminar un punto más allá del hilo del comienzo de la sutura.

Luego se hacen 4 o 5 puntos fijando el mesocolon a la línea de la anastomosis, y se introducen los órganos, quedando el yeyuno a la derecha de la columna vertebral.

PROCEDIMIENTO QUE SE PRACTICA
EN EL HOSPITAL PIROVANO

Voy a describir, en este párrafo, el procedimiento que he visto practicar con más frecuencia al Dr. Emina, en su clínica del Hospital Pirovano.

Hace una incisión de la pared en la línea media, de 10 a 12 cms. de extensión, fijando luego compresas de lienzo a los bordes de la herida por medio de pinzas.

Abre el peritoneo y coloca compresas mojadas en suero caliente, explorando en seguida el estómago y el anza yeyunal; y en el caso que existieran adherencias, trata de desprenderlas.

Hecho esto, se levanta el gran epiplón y se busca la primera porción del yeyuno.

Se hace una abertura en el mesocólon, en un punto avascular, haciendo pasar por ahí la cara posterior del estómago, para tomar un pliegue, en sentido oblicuo (a la manera de Mayo) lo más cerca posible al píloro.

Este pliegue es tenido con una mano, y con la otra se toma una pinza de Linnartz (clamp de tres ramas), fijando entre dos de sus ramas el mencionado pliegue estomacal. La primera porción del yeyuno es tomada entre las ramas restantes de dicha pinza.

Preparada la anastomosis, se introducen las vísceras, dejando cubierto todo el campo con compresas de gasa seca, y se comienza la sutura, sero-serosa posterior, con

aguja de Roux recta y con hilo de lino blanco, en una extensión de 8 ctms.

Se hace una incisión paralela a dicha sutura a un centímetro de distancia en la pared del estómago, y otra homónima en el intestino, de 6 ctms. de extensión, y comprendiendo la serosa y la muscular.

Luego se disea el colgajo sero-muscular a un centímetro de la línea media y se sutura con lino negro.

Terminada la segunda línea de sutura posterior, se incide la mucosa, secando muy bien el contenido intestinal que hubiera y se sutura con catgut y agujas, modelo indicado, o con agujas comunes y catgut fino.

Esta sutura debe ser completa, vale decir: una vez terminado el plano posterior se continúa con el plano anterior.

Después se sigue el segundo plano de la sutura con lino negro y se termina en la misma forma con la sutura de lino blanco; pero previamente se aflojan las pinzas, y al terminar se sacan.

Se retiran las compresas y se fija el estómago con 4 o 5 puntos de catgut a la abertura del mesocólon.

Luego se colocan las vísceras en su lugar, y se sutura el peritoneo y los planos superficiales, colocando una curación aséptica.

Los resultados que he podido observar de este procedimiento, son muy satisfactorios; pues las complicaciones post-operatorias que antes solían aparecer, como por ejemplo: los vómitos, círculo vicioso, úlcera péptica, no las he encontrado, y los enfermos mejoran rápidamente.

GASTRO-DUODENOSTOMIA

Segun Guinard fue practicada por primera vez por Peau en el año 1889 y segun mayoria de los autores es Jaboulay quien en el año 1892 fue el primero en proponerla y quien la practicó dos años después en 1894.

Kümmell y Villard le han hecho algunas modificaciones; pero es a Kocher a quien se debe la mejor modificación, haciendo la operación más sencilla y fácil de llevar a cabo.

La técnica segun Bier, Braun y Kümmell es la siguiente: Si de antemano se sabe que va a practicarse la gastroduodenostomia, se hace una incisión paralela al arco costal derecho, a dos traveses de dedo de este y comenzando en la línea media.

Pero como por lo general no se sabe el método operatorio que se va practicar, se hace una incisión mediana y luego a través del recto derecho, se hace una incisión

transversal, descubriéndose bastante bien el duodeno con este corte.

Inmediatamente se destruyen las adherencias entre la vesícula biliar y el colon, si existen. En seguida se levanta el hígado y se baja el colon, rechazando el estómago hacia la izquierda.

En esta forma se ve la porción descendente del duodeno, cubierto por el peritoneo parietal posterior. A un través de dedo hacia la derecha de su borde se corta perpendicularmente el peritoneo parietal sobre la superficie anterior del riñón y más abajo se corta la hoja anterior del mesocolon transversal que esta en tensión.

Mediante el dedo, y partiendo de este corte se libera el duodeno y la cabeza del pancreas y al llegar a través del pequeño epiplón, el índice de una mano por detrás del píloro y el índice de la otra mano desde afuera y detrás del duodeno movilizado se puede llevar delante de la herida abdominal la porción pilórica del estómago con el duodeno que cuelga movable al ligamento hepático duodenal.

Hecha esta movilización puede ejecutarse la anastomosis por las caras que se encuentran adosadas; la técnica es la misma que para las anteriores de manera que no insistiré.

El tamaño de la boca anastomótica no debe ser mayor de 4 cms. según Kocher.

Este mismo cirujano aconseja dicha operación en todos aquellos casos, en los cuales la evacuación del estómago

se encuentra obstaculizada por su vía normal, sin estar suprimida.

Estos casos segun Bier, Braun y Kümmell se resúmen así: ptosis, movilidad defectuosa, hiperacides en los casos de úlcera.

Se halla indicado también en los casos de estómago muy grande o cuando el píloro está fijado muy alto de modo que los órganos que cuelgan (duodeno y porción pilórica del estómago) se tocan directamente.

Queda contraindicada: 1° Cuando el píloro y el duodeno están fijados por adherencias. 2° En los casos de infiltración de la pared de estos órganos; como es muy natural no debe aplicarse en los casos de carcinoma del píloro. 3° Cuando existe una dilatación pronunciada unida a una ptosis del órgano.

Las ventajas de la gastro-duodenostomia es esta: 1° Evita la formación del circulo vicioso. 2° Coloca al operado al abrigo de la úlcera péptica de yuyuno. Deduciéndose la preferencia de esta operación a la gastro-yeyunostomia en las condiciones anotadas.

OPERACIÓN DE FINNEY

Se hace una laparotomía, que generalmente es mediana, y se exteriorizan los órganos, seccionando las adherencias que unen el píloro a los demás órganos; enseguida debe liberarse en la misma forma la extremidad pilórica del estómago, y la primera porción del duodeno. De esta

preparación depende el éxito, la facilidad y rapidez de la operación.

En la pared superior del píloro, se pasa una hebra de hilo, para tirar; en la pared interior del estómago se pasa otra, y en la pared homónima del duodeno otra, a una distancia de 12 cm. más o menos.

Tirando en sentido opuesto las paredes se pondrán en contacto, y se hará una línea de suturas.

Se incide las paredes estomacal y duodenal, y se termina la anastómosis como en los casos anteriores.

MODIFICACION DE GOULD

Hace la liberación de los órganos en la misma forma, únicamente que no coloca los tres puntos para tirar; sinó coloca dos pinzas clamps, una en el estómago, paralela a la gran curvatura de modo que cohibe la hemorrágia.

Los extremos de las pinzas, se tocan en el ángulo pilórico, luego se adosan y se hace una sutura sero-serosa, se incide el estómago hasta la mucosa, y el duodeno se abre por completo hasta el ángulo pilórico.

Con unas tijeras se corta el exceso de mucosa, contrayendo la retracción de la capa sero-muscular y para terminar se suturan los labios posteriores, luego los anteriores, y se termina por otra sero-serosa anterior.

ESTÓMAGO BILOCULAR

Como es una complicación que se observa con cierta frecuencia, a continuación de las úlceras gástricas, voy a describir alguna de las operaciones que están indicadas en estos casos.

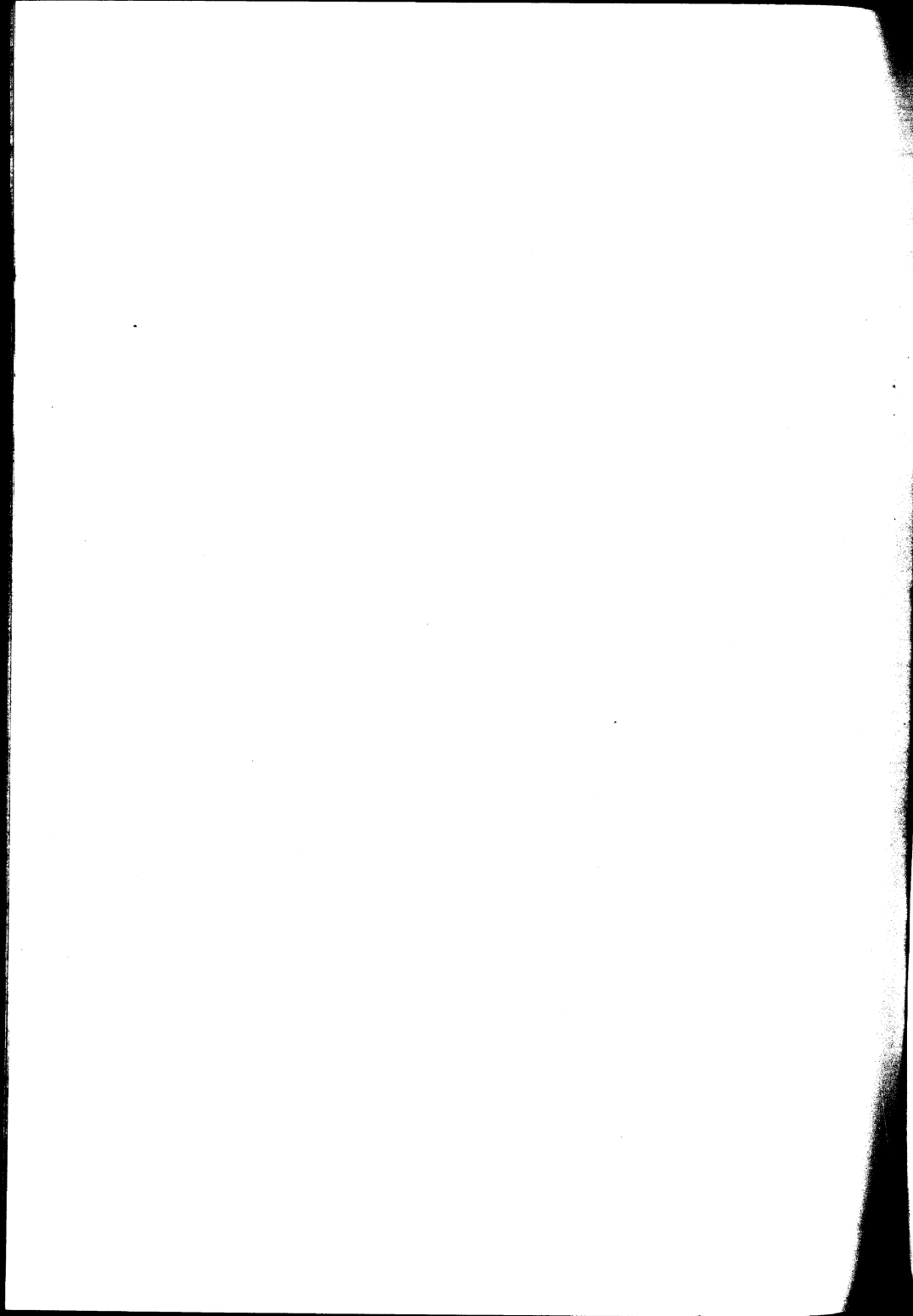
Si la estrechez se encuentra cerca del centro del órgano y no existe ulceración en período activo, y siempre que el píloro sea permeable, solo se hará una gastroplastia.

Si el píloro está obstruido, se le agregará una gastroenterostomía.

Otras veces se hace la gastro-gastrostomía por último se hará también la gastro-enterostomía con dos aberturas en el yeyuno. Esta operación ha sido propuesta por Weir y Foote.

Si en dicha zona de estrechez encontráramos una induración de apariencia maligna, lo mejor será proceder a su extirpación.

De todos estos procedimientos, la gastro-enterostomía doble, es la más eficaz, porque al mismo tiempo que facilita el pasaje de los alimentos al intestino, contribuye a la curación de la úlcera que es la causante de esta deformación.



CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Una vez operado el enfermo, debe colocarse en un lecho caliente, mediante botellas, al mismo tiempo se tratará de calentar la temperatura de la habitación.

Inmediatamente se harán hipodermocclisis de suero fisiológico de 500 gr., pudiendo repetirse esta dosis si se notara algún debilitamiento del pulso, agregándose también inyecciones de éter, cafeína, aceite alcanforado. Mayo aconseja dar al operado inmediatamente después de acostado, una protocclisis de Murphy durante las primeras 24 horas.

Durante el primer día se mantendrá al operado a una dieta absoluta, permitiéndose por la noche, siempre que el enfermo no esté en estado nauseoso, pequeñas cantidades de agua helada. Al mismo tiempo si el dolor de la operación, molesta mucho al enfermo se le hará una inyección de morfina.

Al segundo día si fuese necesario se harán los mismos cuidados, (suero, ac. alcanforado, etc.).

Algunos cirujanos empiezan a alimentar sus enfermos desde este día, así: Mayo les da agua albuminosa y té caliente. Bier les da agua, sopa, y leche. Terrier y Hartmann leche y caldo.

En efecto es peligroso debilitar estos enfermos por falta de alimentación, y se aconseja seguir a Roux quien alimenta a sus operados de un modo suficiente, precoz y bien reglado.

Durante los 4 o 5 primeros días, les da una alimentación líquida, constituida por caldo, sopa de avena y leche. Cuando el apetito se despierta se le permitirá una alimentación más sólida, aumentando la consistencia de las sopas, y agregando peptonas en fuerte proporción.

Después da arroz con leche, continuando así hasta el octavo o noveno día y si todo ha marchado bien, se comienza el desayuno: té con leche, pan y manteca, compota de frutas.

En el almuerzo: huevos, caldo, pollo, jamón flaco; más tarde carne de carnero y buey; y al último las legumbres verdes y las frutas.

Como bebida un vaso de agua azucarada con un poco de jugo de naranja, una taza de té muy liviano; 4 o 5 horas después del almuerzo, una taza de té con leche, con bizcochos secos y frutas cocidas.

En la comida de la noche: huevos, sopas, budin de arroz, de sémola, frutas cocidas; todo esto queda al cri-

terio del médico, quien buscará siempre la tolerancia de su enfermo.

Además puede recomendarse para aliviar el trabajo de neutralización de los jugos estomacales, algún agua alcalinizada; Roux formulaba la siguiente:

Bicarbonato de Soda.....	10 gr.
Fosfato de Soda.....	4 gr.
Sulfato de Soda.....	4 gr.
Agua.....	1000 gr.

Haciendo tomar 2 horas después de cada comida unos 50 o 100 gr. Consiguiendo con esto disminuir la acides general por el bicarbonato de soda; aumentar el poder digestivo del jugo pancreático por el fosfato de soda, y lubricar las paredes intestinales por el sulfato de soda.

Una vez que el operado ha entrado en la vida ordinaria, debe adoptar un régimen normal y cuidarse de los excesos de mesa.

Si llegara a aparecer, vómitos, náuseas, eructos de mal olor, será necesario practicarle un lavaje de estómago.

En otros casos puede presentarse en la segunda o tercer semana, un ataque de dilatación aguda del estómago con malestar general, vómitos biliosos, aquí también se recomiendan los lavajes del estómago 2 o 3 veces por día.

Si por último estos enfermos siguen bien, deberán le-

vantarse según Mayo: a la semana; pero deben ser vigilados hasta el décimo día que son dados de alta.

En realidad si las suturas han sido bien hechas y sobre partes sanas, la unión se establece pronto y las adherencias evitan que pueda producirse un accidente.

COMPLICACIONES

Entre las complicaciones que suelen presentarse a continuación de esta intervención, citaré: el círculo vicioso, las hemorragias, trastornos gástricos, trastornos intestinales (diarrea), oclusión intestinal, úlcera péptica del yeyuno, estrechamiento de la boca anastomótica, etc.

El círculo vicioso se admite que se produzca debido al reflujo de la bilis y el jugo pancreático en el estómago, sea por el píloro o por la rama aferente de la anastomosis.

A veces este reflujo no es de gravedad, por el contrario, según Leo Schüller, las secreciones alcalinas que refluían, constituyen el principal factor en la curación de las úlceras.

En los casos benignos, aparece alguno que otro vómito bilioso en los primeros días que siguen a la operación, vómitos que desaparecen rápidamente, practicando lavajes del estómago.

En los casos graves igualmente aparecen los vómitos biliosos, más o menos abundantes, espaciados y a veces persistentes.

Accidentes estos que son producidos por el mal funcionamiento de la nueva boca.

Excepto los casos en que se atribuye la causa de este círculo vicioso a la implantación antiperistáltica del intestino (Hartmann), es casi siempre debido a un obstáculo mecánico.

Billroth en la autopsia de un enfermo que murió de esta complicación, constató que la causa era un espólón que había formado por el acodamiento de las paredes inferiores de los dos segmentos del intestino y que obstruía completamente el cabo terminal del ansa.

Una vez en presencia de un operado que presente los síntomas del círculo vicioso, Mayo Robson aconseja: 1.º levantar la cabeza y los hombros del enfermo de modo que quede colocado en posición semisentado; 2.º practicar el lavaje del estómago; 3.º alimentación rectal y supresión durante varios días de toda alimentación por la boca; 4.º administración de pequeñas dosis repetidas de calomelanos seguidos de enemas con el objeto de intentar mantener expeditos los movimientos intestinales.

Mauclaire aconseja colocar al operado en posición ventral durante 24 horas por lo menos.

Ahora si todos estos medios fracasan, el cirujano tiene que decidirse a abrir nuevamente el vientre y hará la en-

tero-añastomosis de Braun, aconsejada casi universalmente debido a los resultados obtenidos.

Hemorragias.—Es relativamente frecuente durante los primeros días que siguen a la operación, observar en los vómitos pequeñas estrías de sangre, restos de la que se ha derramado al practicar la sección de la pared estomacal.

Pero en ciertos casos pueden presentarse hemorragias abundantes, que constituye una grave complicación que puede llegar hasta producir la muerte, sino se practica la ligadura de los vasos que sangran.

Estas hemorragias podrán evitarse si se siguen las indicaciones hechas en el capítulo de técnica.

El uso del botón de Murphy se ha considerado capaz de producirlas.

Aparte de esto, la misma úlcera puede dar lugar a una hemorragia después de hecha la gastro-enterostomía; pero es una eventualidad rara.

Cuando aparecen precozmente, en general son atribuidas a las manipulaciones de las vísceras; pero a veces se hacen presente después de varios meses o años; entonces se piensa en el desarrollo de nuevos procesos patológicos.

Trastornos gástricos.—Algunos enfermos después de la operación se quejan que continuamente tienen la boca seca, la lengua pastosa, el aliento fétido, eruptos con mal

olor, sensación de plenitud gástrica después de las comidas y a veces suelen presentar una ligera elevación de la temperatura.

Las causas de estos trastornos suelen ser una perigastritis, un espasmo de la nueva boca, en fin una atonía gástrica, fenómenos que a menudo aparecen después de un exceso de alimentación.

Como tratamiento se aconsejan los lavajes de estómago, supresión de los alimentos no tolerados, y si con ésto no se consigue hacer desaparecer, se pondrá al enfermo a dieta absoluta.

Durante las crisis agudas, las aplicaciones calientes, el bismuto y el opio son excelentes medios para producir la calma.

Trastornos intestinales (diarrea).— Cuando a los operados se le administra la alimentación en una forma abundante, pueden ocasionar trastornos digestivos cuyo síntoma principal es la diarrea.

Esta complicación se combate, ordenando un régimen alimenticio, el de Roux que ya hemos citado constituye un excelente medio de cura.

Oclusión intestinal.—Es un accidente raro; pero que suele observarse. Es atribuida a defectos de técnica, como también al estancamiento del botón de Murphy en el intestino.

Entre los defectos de técnica, haremos notar que cual-

quiera de los procedimientos que hemos detallado pueden dar lugar a esta complicación, si es que no se observan las reglas indicadas, (compresión del colon por el ansa yeyunal corta, compresión de la rama eferente de la anastomosis por el mesocolon retraído, en las gastro-enterostomías posteriores).

En cuanto a la detensión del botón de Murphy es muy raro, sin embargo es bueno tenerlo en cuenta.

En estos casos Mercadé aconseja, primero los lavajes de estómago, introducción de la sonda rectal y lavar el intestino; si este tratamiento no dá resultado, es necesario recurrir a la intervención. Una vez abierto el vientre, el cirujano se comportará según sea la causa productora.

Úlcera péptica del yeyuno.— Esta complicación fué descripta por primera vez por Braun, (de Göttingen) en 1899 y desde entonces ha sido observada con frecuencia.

Es después del círculo vicioso, (según Bier) la complicación más peligrosa de estos operados.

Puede presentarse rápidamente a los 10 días de la operación, o mucho tiempo después.

En la mitad de los casos observados, este proceso patológico, se ha encontrado a nivel mismo de la anastomosis, atacando los dos órganos, en los demás casos, el yeyuno era solo atacado muy cerca de la anastomosis.

El procedimiento operatorio que dá mayor número de complicados, es según Bier, el de Wölfler y el que menos dá, el de Von Hacker.

Al procedimiento en Y de Roux, se le ha hecho una crítica severa en este sentido.

El diagnóstico de úlcera péptica, se hará, cuando en un operado, de gastro-enterostomía, aparecen signos de úlcera o de peritonitis por perforación.

El tratamiento será médico primero, y que es idéntico al que describimos al tratar de úlceras en general, si no diera resultado, se hará nuevamente la intervención.

Estrechamiento de la boca anastomótica. — La nueva boca anastomótica, puede con el trascurso del tiempo, ir estrechándose a tal punto que en ciertos momentos puede llegar a producir una verdadera oclusión, resultando como antes una perturbación en la función gástrica.

Esta obliteración puede ser completa o incompleta; en el primer caso desde que se empieza a alimentar a los operados, reaparecen los vómitos y sobreviene la muerte con todos los signos de la estrangulación interna, sino se interviene de nuevo quirúrgicamente.

Las causas de estos accidentes pueden resumirse:

1.º Cuando se dan dimensiones muy escasas a la nueva boca.

2.º En los casos que no se sutura la mucosa, o ésta es incompleta.

3.º Cuando la anastomosis se practica en un lugar demasiado alejado del píloro, es decir fuera del sitio en que las contracciones peristálticas se dirijen, para vaciar su contenido en el intestino.

4.º Cuando el abocamiento gastro-intestinal, no se coloca en la parte más declive del estómago.

Estas dos últimas, han dado únicamente lugar a obliteraciones incompletas, vale decir que dichos síntomas eran el producto de la retención gástrica parcial.

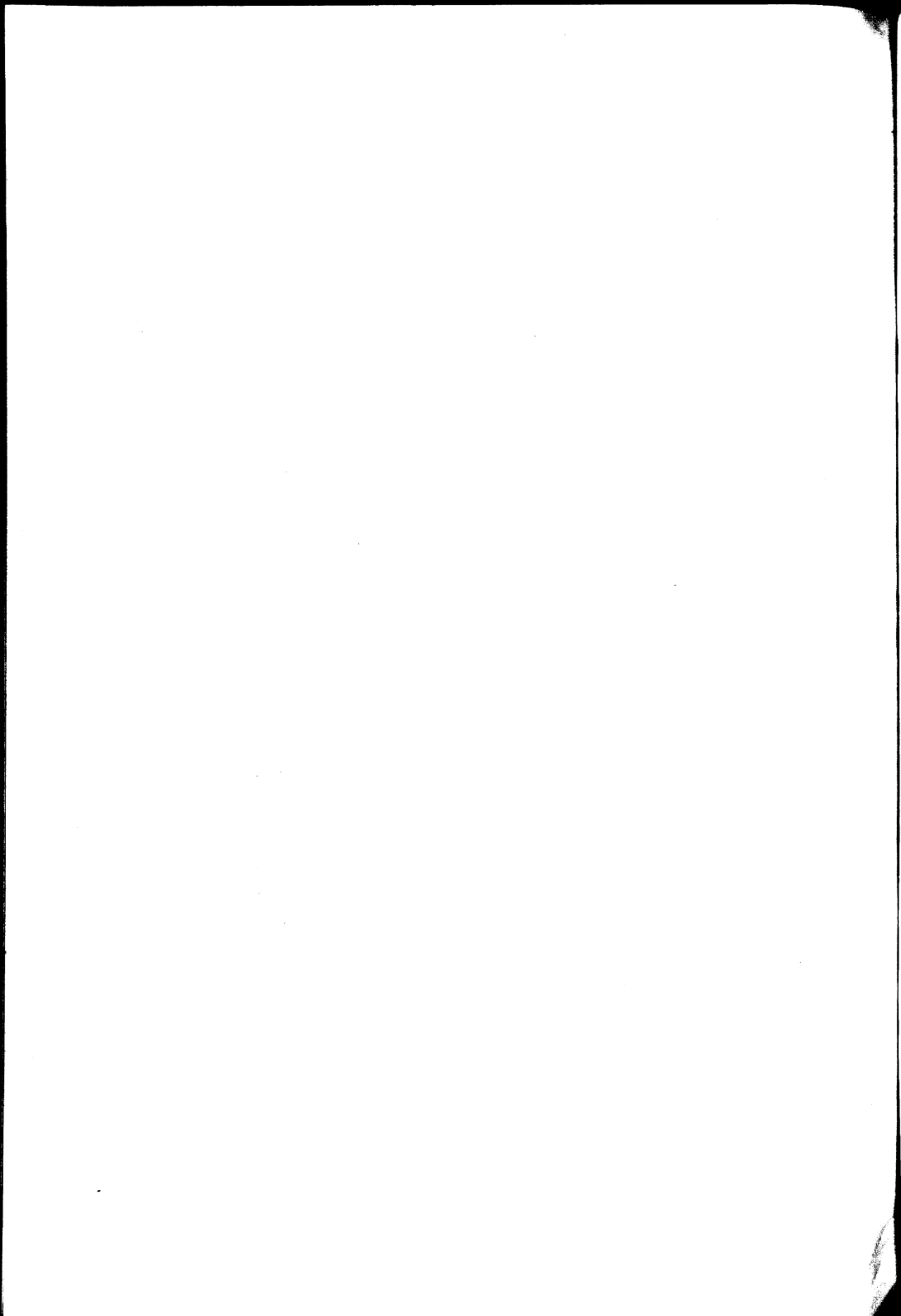
Otras complicaciones.—En este párrafo, comprendemos las complicaciones torácicas y los edemas post-operatorios.

Entre las primeras, no podemos decir que la bronconeumonía, ni la pleuresia se presentan con mayor frecuencia entre estos operados, que entre los demás.

Esta complicación se puede en gran parte evitar confiando la anestesia a un ayudante práctico, y colocando después de la operación al enfermo en distintas posiciones, para evitar de esta manera las congestiones hipostáticas pulmonares.

En cuanto a los edemas post-operatorios, complicación rara de observar, se manifiesta desde los primeros días en los enfermos que han sido sometidos a un régimen de alimentación demasiado abundante, y localizándose los edemas en el escroto, muslo, párpados, miembros y a veces se acompañan de ascitis.

Los enfermos aumentan de peso y bruscamente después de unos días, sobreviene una debacle urinaria durante varios días y los edemas desaparecen.



RESULTADOS

Este punto ha sido muy discutido, y si seguimos la evolución de los gastro-enterostomizados, veremos que en las primeras publicaciones que hicieron los cirujanos, se registran más fracasos que éxitos; hecho justificable si tenemos en cuenta que esta operación se practicaba en sujetos cuya indicación operatoria no era precisa y además la técnica quirúrgica dejaba mucho que desear.

Pero en la actualidad, en que las indicaciones operatorias se hacen con mayor prolijidad al mismo tiempo que los cuidados pre y post-operatorios están mejor estudiados, alcanzando la técnica un alto grado de perfección, se comprende que los resultados sean hoy día muy halagadores. Modificando la estadística de una manera notable así: de un 65.7 % de mortalidad que daba en sus principios, ha quedado reducido a un 3.4 % en una serie de 200 operaciones realizadas por W. Mayo Robson.

Los beneficios obtenidos por los sujetos así operados

son considerables y en la mayoría de los casos se nota una rápida mejoría casi siempre duradera y que se manifiesta por la desaparición de las regurgitaciones, de los vómitos y los dolores, renaciendo el apetito, que trae como consecuencia un mejoramiento del estado general.

Hartmann sobre 20 casos obtiene 18 curaciones completas; Monprofit de 7 casos operados, obtiene 7 curaciones.

La secreción gástrica parece modificarse por la gastro-enterostomía, disminuyendo por una parte la cantidad de jugo gástrico y por otra parte modificando su calidad.

La disminución de la cantidad, parece ser debido a la mejor evacuación del jugo segregado. En cuanto a la calidad, disminuye la acidez; pero estos hechos son muy variables.

Uno de los peligros de esta operación es el mal funcionamiento de la boca anastomótica; en realidad, sucede por excepción; pues mediante exámenes radioscópicos, puede comprobarse su funcionamiento normal.

Si bien es cierto que a veces la evacuación se hace por el píloro y por la anastomosis a la vez; pero en estos casos pasa de preferencia por esta última, lo que nos prueba que la nueva boca puede funcionar sin hacer la exclusión pilórica.

Por último diremos que salvo estas raras eventualidades, los ulcerosos gástricos y duodenales, curan perfectamente después de la gastro-enterostomía, normalizándose sus secreciones y el funcionalismo de su estómago.

OBSERVACIONES CLINICAS

Observación I

HOSPITAL PIROVANO.—SERVICIO DEL DR. BERNARDO CROCE

Sala III, cama 16

Ingresa Marzo 30 de 1915, alta Mayo 30 de 1915.

B. S. de T., argentina 23 años, casada, costurera.

Diagnóstico.—Úlcera del duodeno.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Comenzó hace un año, con dolores en el epigastrio, que aparecían 2 o 3 horas después de las comidas; dolores que se calmaban con la ingestión de ciertos alimentos (leche - pan). Estos dolores se acentúan cada vez más lo que la induce a ingresar a este servicio.

Estado actual.—Mujer, piel blanca, muy escaso panículo adiposo sistema muscular poco desarrollado, buen esqueleto óseo.

Tórax.—Nada de anormal.

Abdomen.—Plano muy depresible, salvo en la parte derecha del epigastrio, donde se nota una resistencia muscular (recto derecho), existe el punto doloroso de Thompson. Y la triada álgida de Moynihan. Organos-genito urinarios bien.

Hay ligera constipación y sangre oculta en las materias fecales.

Operación.—Abril 12 de 1915. Cirujano Dr. Emina. ayudante H. Gervais, anestesia clorofórmica.

Laparatomía mediana supraumbilical, exploración de las vísceras y se encuentran adherencias en la primera porción del duodeno que la fijan hacia el hígado. Se rompen estas y se hace una gastro enterostomía posterior transmesocólica (procedimiento de Mayo).

Resultados.—Los primeros 10 días tuvo vómitos, que fueron tratados por los lavajes de estómago. Una vez desaparecidos estos, la enferma mejora rápidamente y aumenta de peso.

He visto esta enferma, un año después de operada, y manifestó que nunca había vuelto a tener los dolores que sintió en su enfermedad.

Observación II

HOSPITAL PIROVANO.—SERVICIO DEL DR. BERNARDO CROCE

Sala III, cama 12

Ingresa Febrero 2 de 1916, alta Marzo 7 de 1916.

M. S., de 52 años, española, casada, sirvienta.

Diagnóstico.—Úlcera del duodeno.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Comenzó hace 4 o 5 años, con dolores en el epigastrio, que aparecen 1 hora o 1 $\frac{1}{2}$ hora después de las comidas, o espontáneamente durante la noche, y se le calman ingiriendo un poco de leche o bismuto.

Estado actual.—Mujer, piel blanca, escaso panículo adiposo, sistema muscular y óseo bien desarrollados.

Tórax.—Nada de anormal.

Abdomen.—Ligeramente abovedado, muy depresible, existe dolor a la presión en la región epigástrica, un poco a la derecha de la línea media.

Organos génito-uritarios.—Bien.

Hay ligera constipación.

Operación.—Febrero 4 de 1916. Cirujano Dr. Emina, ayudante H. Gervais. Anestesia clorofórmica.

Laparatomía supraumbilical, exploración de las visceras encontrando fuertes adherencias que levantan la región pilórica del duodeno hacia el hígado. Se rompen las adherencias y se hace una gastro-enterostomía posterior transmesocólica. (procedimiento de Mayo).

Esta enferma se fué de alta, curada.

Observación III

HOSPITAL PIROVANO.—SERVICIO DEL DR. BERNARDO CROCE

Sala III, cama 6

Ingresó Febrero 11 de 1916. Alta Febrero 24 de 1916.

M. L., de 35 años, española, soltera, sirvienta.

Diagnóstico.—Úlcera del estómago.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Hace 2 o 3 años que sufre de digestiones difíciles, apareciendo poco después dolores de estómago inmediatamente después de las comidas, a veces lo compara a una sensación de quemadura.

Estos dolores se acentúan hasta llegar a provocar el vómito; accidente este que le calmaba el dolor. Tiene regurgitaciones ácidas, unas veces por la mañana, otras a la tarde y ardores de estómago que ella calmaba ingiriendo un poco de bicarbonato de soda.

Ultimamente tuvo una hematemesis, que se repitió varios días después; entonces consultó un médico que le

diagnosticó úlcera del estómago, por cuyo motivo decidio operarse.

Al ingresar al servicio se le diagnostica además de la úlcera gastrica, una tuberculosis pulmonar bastante avanzada, con algunos focos de reblandecimiento. La enferma se encuentra muy debilitada a causa de no poder alimentarse por su enfermedad gastrica (vomitos), por cuyo motivo se resuelve tratar quirurgicamente la úlcera gastrica para luego poder alimentar bien a la enferma.

Operación.—Febrero 12 de 1916. Cirujano Dr. Emina. Ayudante H. Gervais. Anestesia clorofórmica. Laparatomía mediana supraumbilical, se exploran la vicerias y se encuentra una úlcera en la region yuxtapilórica del estómago y una cicatriz en la pared posterior. Se hace una gastro-enterostomía post-transmesocolica, (procedimiento del servicio descrito más arriba).

Esta enferma mejora notablemente, pudiendo alimentarse perfectamente y aumentando de peso en muy poco tiempo. Es dada de alta a los 12 días de operada.

Observación IV

HOSPITAL PIROVANO.—SERVICIO DEL DR. EMINA

Sala V, Cama H

Ingresó Enero 31 de 1916. Alta Febrero 18 de 1916.

J. D. de 46 años, ruso, casado, peón.

Diagnóstico.—Úlcera cancerosa del estómago.

Antecedentes hereditarios y personales sin importancia.

Enfermedad actual.—Comenzó hace 8 años por ardores de estómago que aparecían a la mañana, otras veces a la tarde, y dolores que se hacían presente después de las comidas y se calmaban provocando el vómito.

Estos dolores los comparaba a una puñalada y dice que le repercutía en la región lumbar.

Tenia regurgitaciones ácidas que se calmaban lo mismo que los ardores de estómago, tomando un poco de bicarbonato de soda.

Hace proximamente un año, que nota un pequeño bulto en la región epigástrica, y refiere además que en este

de la línea media, existe el punto doloroso de Thompson, la triada dolorosa de Moynihan y el signo de Mendel.

Presenta espontáneamente dolores en la misma región, tan agudos que resuelve operarse.

Operación.—Abril 25 de 1916.—Cirujano Dr. Emina. Ayudante L. M. Gandulla.—Anestesia clorofórmica.

Laparatomía mediana supraumbilical, se exploran las vísceras y se encuentran fuertes adherencias que de la vesicular biliar se dirigen al duodeno, se rompen las adherencias y se encuentra que el duodeno estaba levantado completamente, haciendo un ángulo, existiendo una cicatriz. Se hace una gastro-enterostomía posterior, (por el procedimiento del servicio) previa ruptura de las adherencias pericolecistíticas.

El enfermo mejora, desaparecen los dolores, se alimenta bien y es dado de alta a los 16 días de operado.

Observación VI

HOSPITAL PIROVANO.—SERVICIO DEL DR. EMINA

Sala V, cama H

J. M. B., de 34 años, español, soltero, empleado. Ingresó Septiembre 11 de 1916. Alta el 27 de Septiembre de 1916.

Diagnóstico.—Úlcera del estómago.

Antecedentes hereditarios y personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Comenzó hace 8 años, contras-tornos gástricos, dolores de estómago después de las comidas y ardores por la mañana al levantarse, con regurgitaciones ácidas que le daban la sensación de quemadura en todo el esófago.

Los dolores se hacen cada vez más acentuados hasta llegar a provocar el vómito; notando que con él se calmaban los dolores. Otras veces recurría al bicarbonato de soda.

Últimamente ha tenido varias hematemesis que lo obligaron a seguir un tratamiento médico severo.

En estas condiciones ingresa a este servicio para ser operado.

Operación.—Septiembre 13 de 1916. Cirujano Dr. Emina. Ayudante, L. M. Gandulla. Anestesia clorofórmica.

Laparotomía mediana supraumbilical, se exploran las vísceras, encontrándose una úlcera en la pequeña curvatura, cerca del píloro, y una cicatriz en la pared posterior. Se hace una gastro-enterostomía posterior, (procedimiento del servicio).

Este enfermo mejoró también rápidamente, desapareciendo todos los síntomas que lo aquejaban de tanto tiempo, y fué dado de alta 14 días después de operado.

El enfermo lo he visto seis meses más tarde y refiere que no ha vuelto a sentir ninguna novedad.

Buenos Aires, Abril 9 de 1917

Nómbrese al señor Consejero Dr. José Arce, al profesor titular Dr. Luis Agote y al profesor suplente Dr. Carlos Bonorino Udaondo, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Mayo 14 de 1917.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3274 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Inconvenientes de la sutura gastrointestinal con hilo no reabsorbible.

J. Arce.

II

Porvenir de los gastroenterotomizados.

L. Agote.

III

Importancia del estudio del reflujo duodenal en el diagnóstico topográfico de las úlceras gastroduodenales.

C. Bonorino Udaondo.

BIBLIOGRAFÍA

Agote Luis.—Las úlceras gastroduodenales en la República Argentinas.—1916.

Arce J.—Tratamiento quirúrgico de las úlceras gastroduodenales.—1916.

Arce J.—Dos casos de cirugía del estómago. Gastroenterostomía post. de Roux y Pylorotomía de Köcher.

Arce J.—La yeyunostomía y sus indicaciones.—Buenos Aires, 1903.

Bier, Braun y Kümmel.—Chirurgische operationslebere.—1912.

Bonorino Udaondo C.—Diagnóstico clínico de las úlceras gástricas.—«Revista de la Asociación Médica Argentina», octubre de 1915, pág. 1178.

Caster Mariano R.—Tratamiento médico é indicaciones operatorias de las úlceras gastroduodenales.—«Revista de la Asociación Médica Argentina», octubre de 1915, pág. 1263.

Chaillot.—Contribución al estudio de la gastroenterostomía. Tesis, París, 1909.

Chaput.—Société de Chirurgie.—Paris, 1895, pág. 556.

Czerny.—Beiträge zur Klin. Chirurgie.—Zübingen, 1898.

Ceballos A.—Complicaciones de las úlceras gastroduodenales.—«Revista de la Asociación Médica Argentina», octubre de 1915, pág. 1316.

Delbet.—«Bull. y Mem. de la Soc. de Chirurgie de Paris», 1907, pág. 1249.

Doyen.—Chirurgie de l'estomac et du duodenum.

Del Valle D.—Diagnóstico de la úlcera del duodeno.—«Revista de la Asociación Médica Argentina», octubre de 1915, pág. 1201.

De Nucci A.—Estudio radiológico de la úlcera duodenal.—«Revista de la Asociación Médica Argentina», octubre de 1915, pág. 1234.

Finochietto E.—Tratamiento quirúrgico de las úlceras gástricas.—«Revista de la Asociación Médica Argentina», octubre de 1915, pág. 1363.

Guibé.—Le fonctionnement de la bouche estomacale chez les gastroenterostomisés.—«Journal de Chirurgie», Paris, 1908, número 1.

Guillón.—L'exploration radiologique de l'estomac.—Tesis, Paris, 1907.

Gasset.—Ulcere peptique de yeyuneum apres gastroenterostomie.—«Rev. de Chirurgie», janvier, 1906.

Hartmann.—Société de Chirurgie, 1907, pág. 1278.

Jonesco.—«Rev. de la Société de Chirurgie», 1907-1908.

Keen.—Tratado de Cirugía, 1915

Mayo.—A review of 303 operations upon the stomach and first portion of the duodenum.—«Annals of surgery», 1903, II-30.

Lanari A.—Diagnóstico radiológico de la úlcera gástrica.—

«Revista de la Asociación Médica Argentina», octubre de 1915, pág. 1216.

Mouprofit.—A propos des resultats de la gastroenterostomie, 18.^e Congres. français de Chirurgie, París, 1905.

Moynihan.—La gastroenterostomía.—«British Med. Journal». 1908, n.º 2471.—Abdominal operations, 1906.

Roux.—18.^e Congres français de Chirurgie.—París, 1905, sec. 4 de oct., pág. 842.

Tuffier.—Gastroenterostomie post-reparée expontaneamant, ulcera gastrique consecutif.—Assoc. y Mem. Soc. de Chirerg. de París, 1907, n.º 16.



