



Año 1916

N.º 3115

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Úlceras Gastro-duodenales

UN MÉTODO DE TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JACINTO RIERA

Ex externo del Hospital Ramos Mejía y Hospital de Niños

Ex interno de los Hospitales: Teodoro Alvarez y J. Fernández

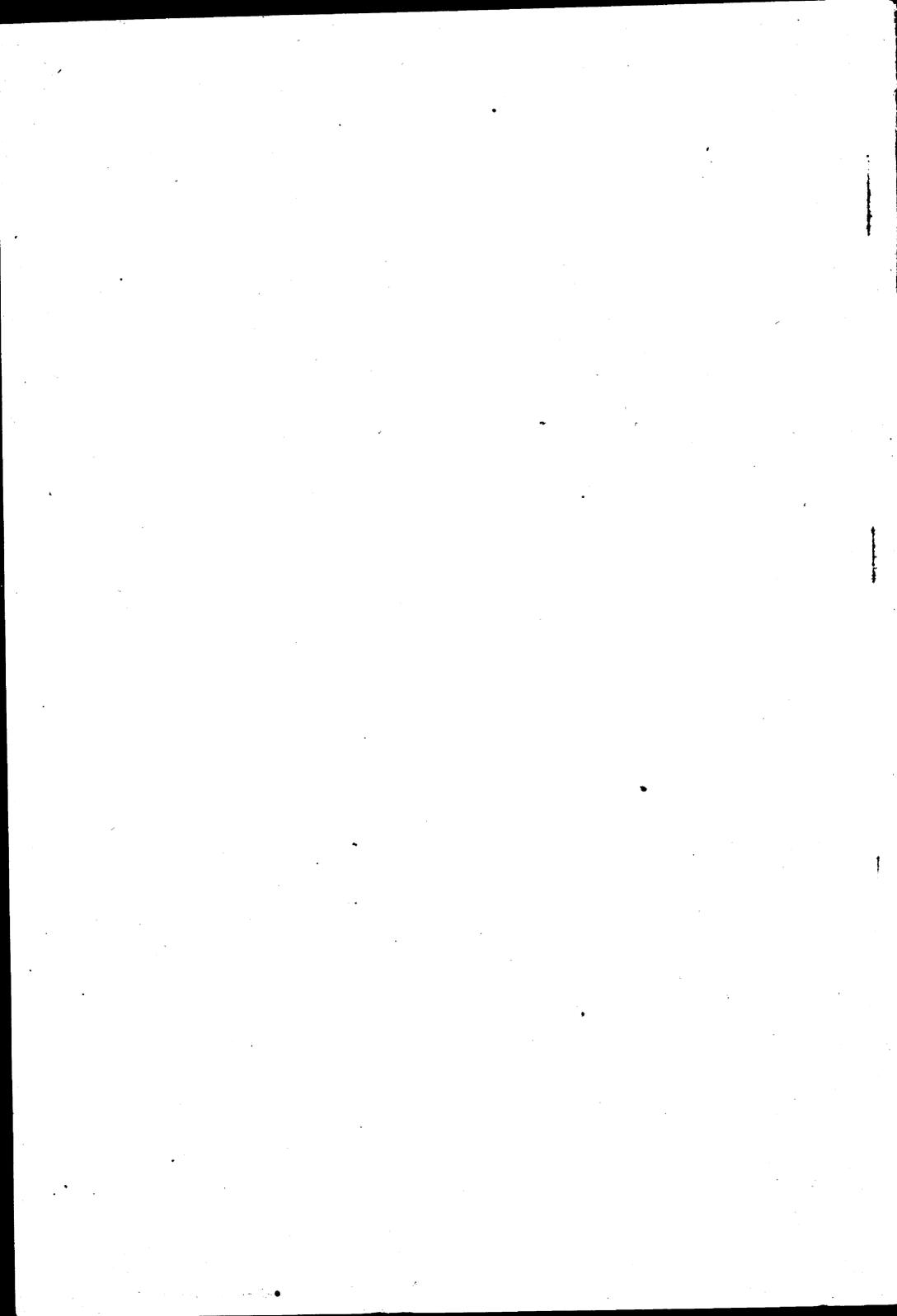


BUENOS AIRES

IMP. VINCENTY, BOSSIO & CIA. — CORRIENTES 3151

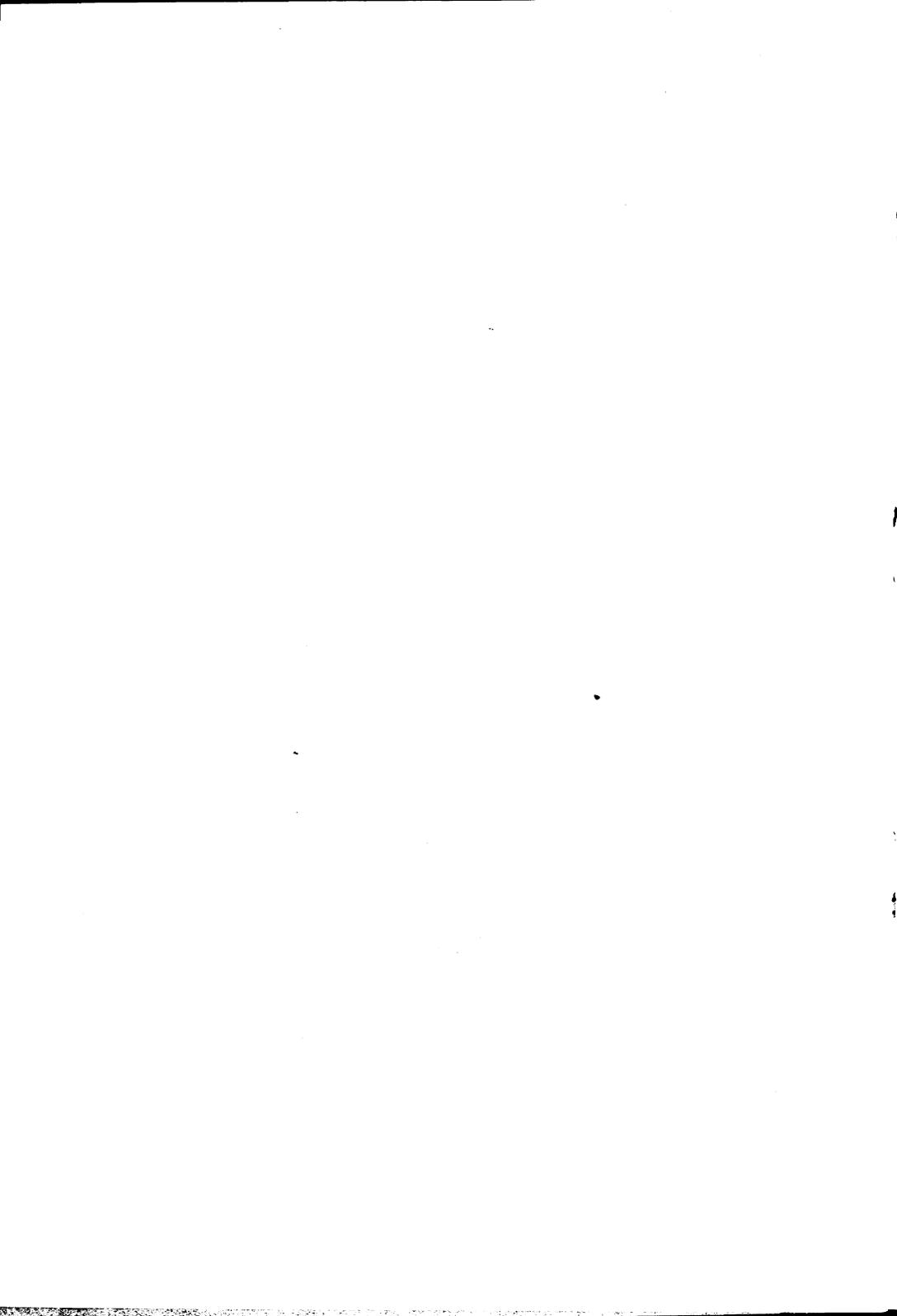
1916

Mic. B. M. 10



ÚLCERAS GASTRO-DUODENALES

UN MÉTODO DE TRATAMIENTO



Año 1916

N.º 3115

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Úlceras Gastro-duodenales

UN MÉTODO DE TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JACINTO RIERA

EX externo del Hospital Ramos Mejía y Hospital de Niños

EX interno de los Hospitales: Tróloro Alvarez y J. Fernández



BUENOS AIRES
IMP. VINCENTY, BOSSIO & CIA. CORRIENTES 3151
1916

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

Artículo 162 del R. de la Facultad

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

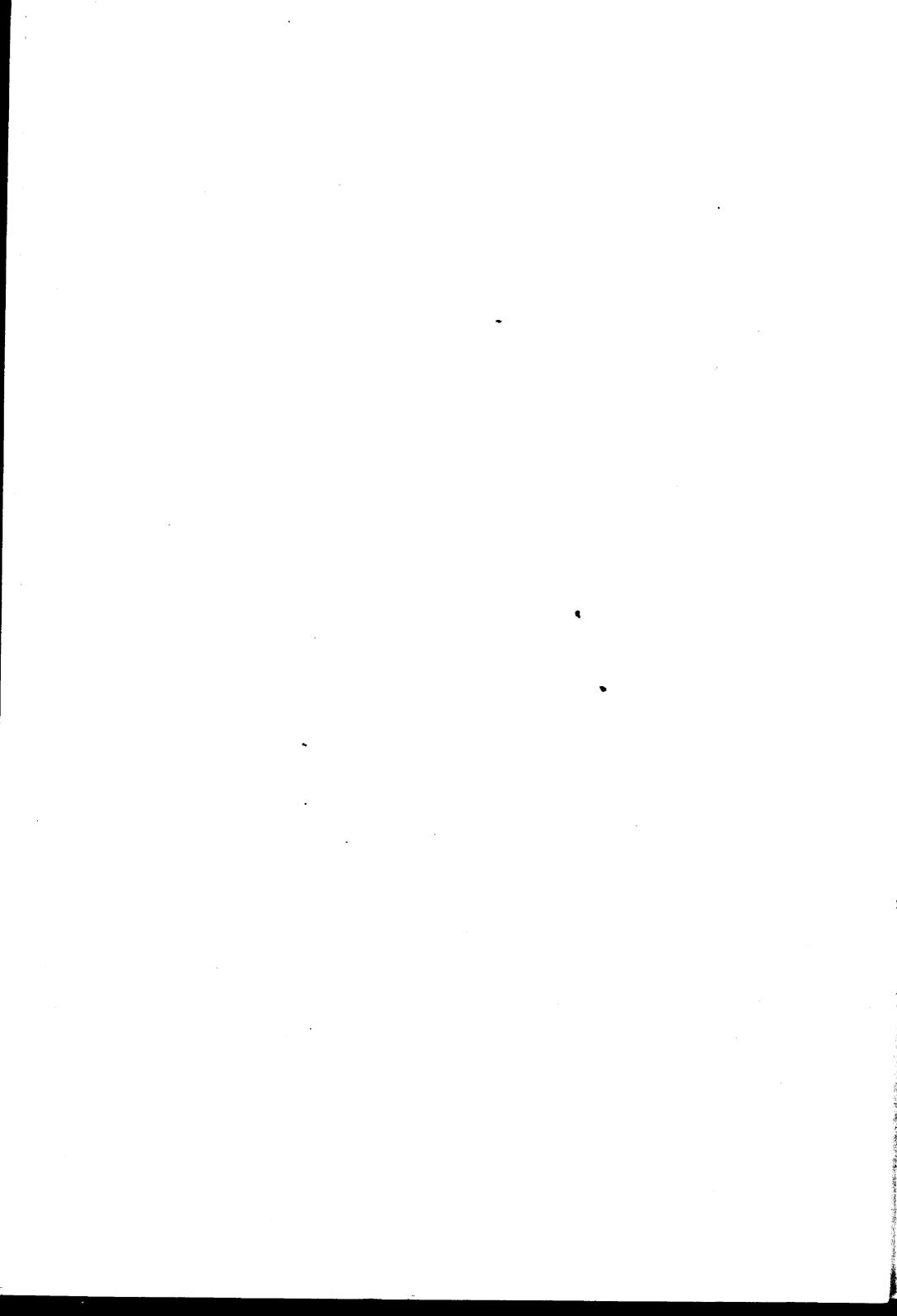
DR. D. JOSÉ PENNA

Miembros Titulares

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

Secretarios

- DR. D. DANIEL J. CRANWELL
» » MARCELINO HERRERA VEGAS

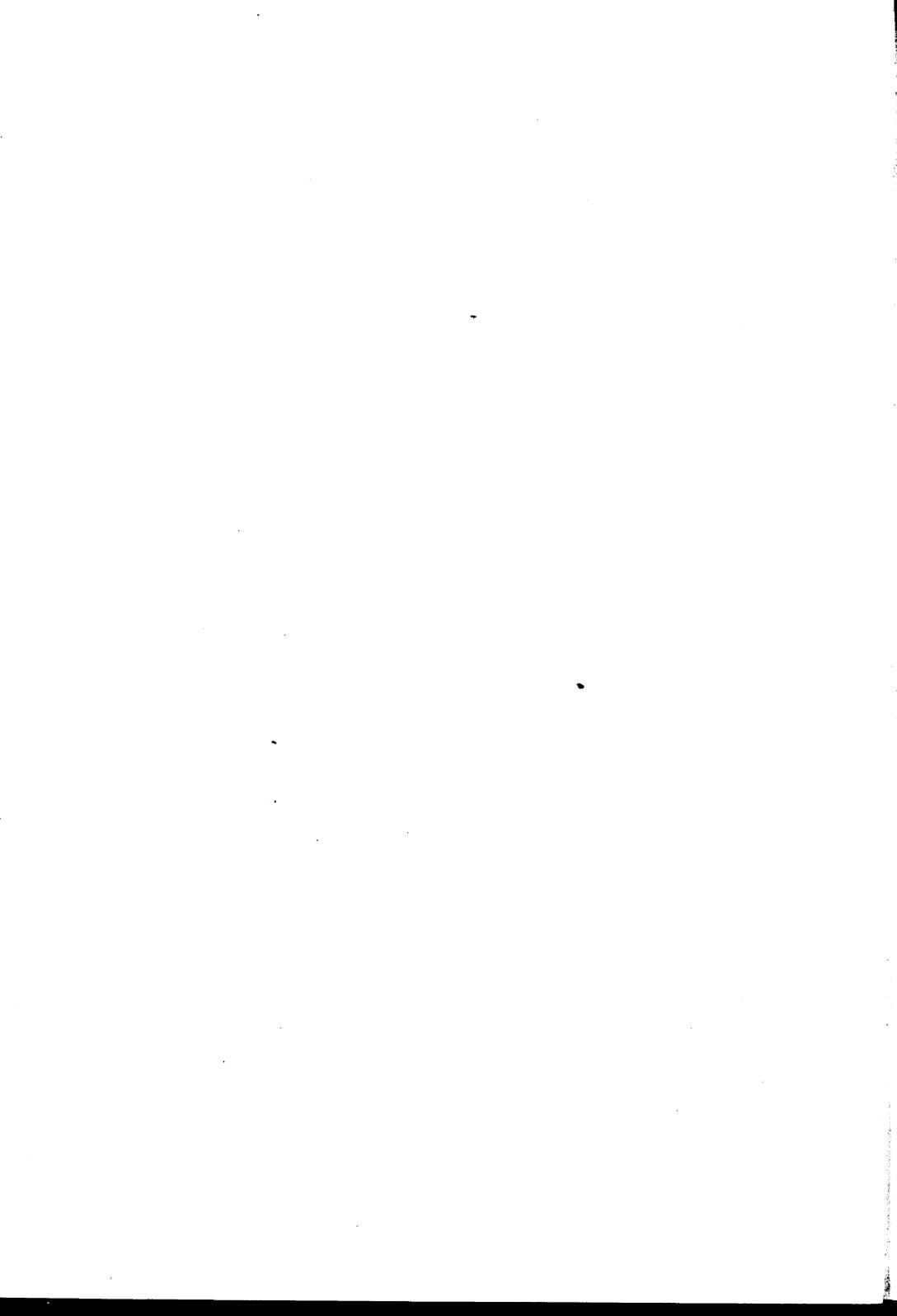


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONTI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLNARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO G. GANDOLFO (suplente)

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina).



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

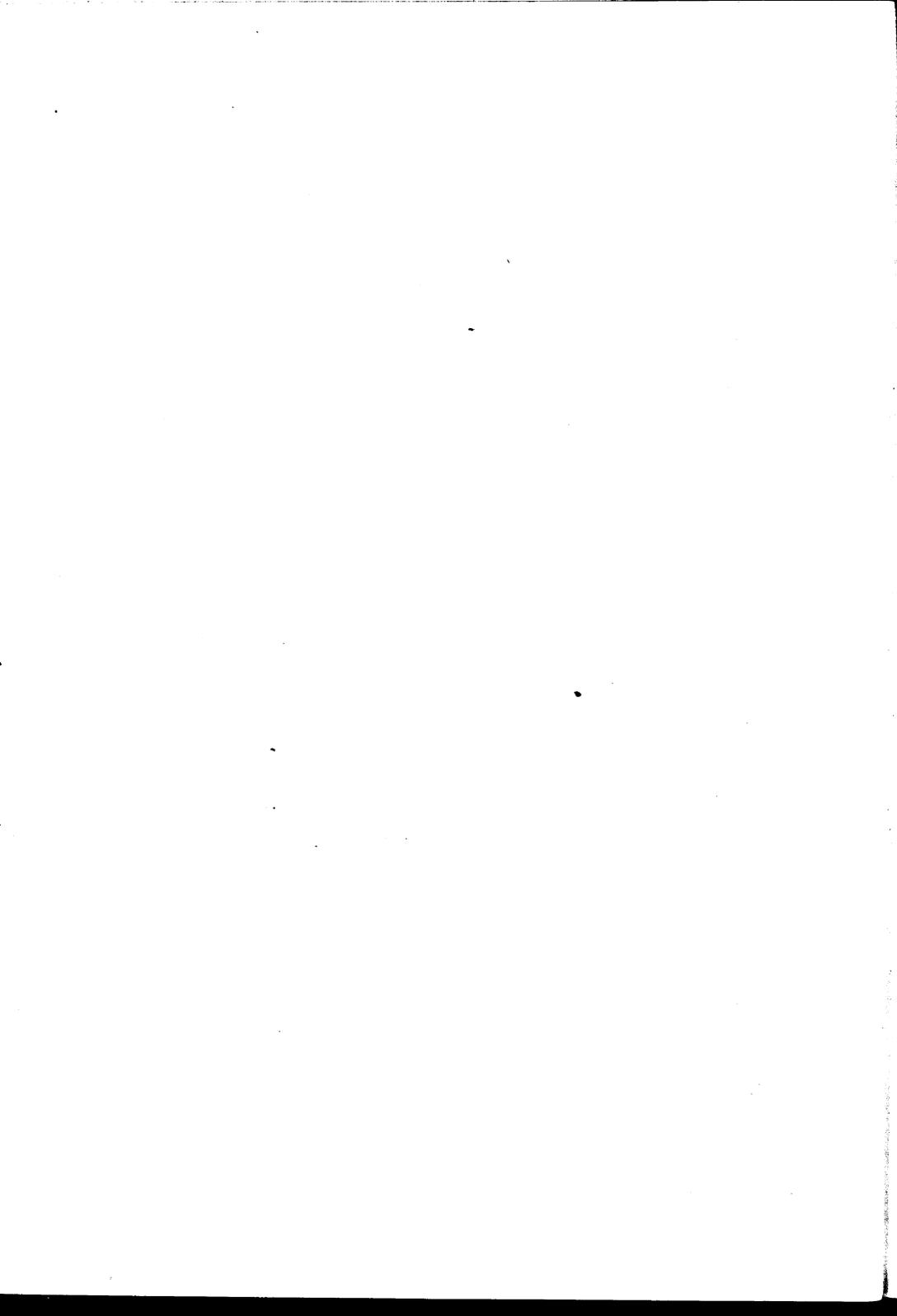
» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEIGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

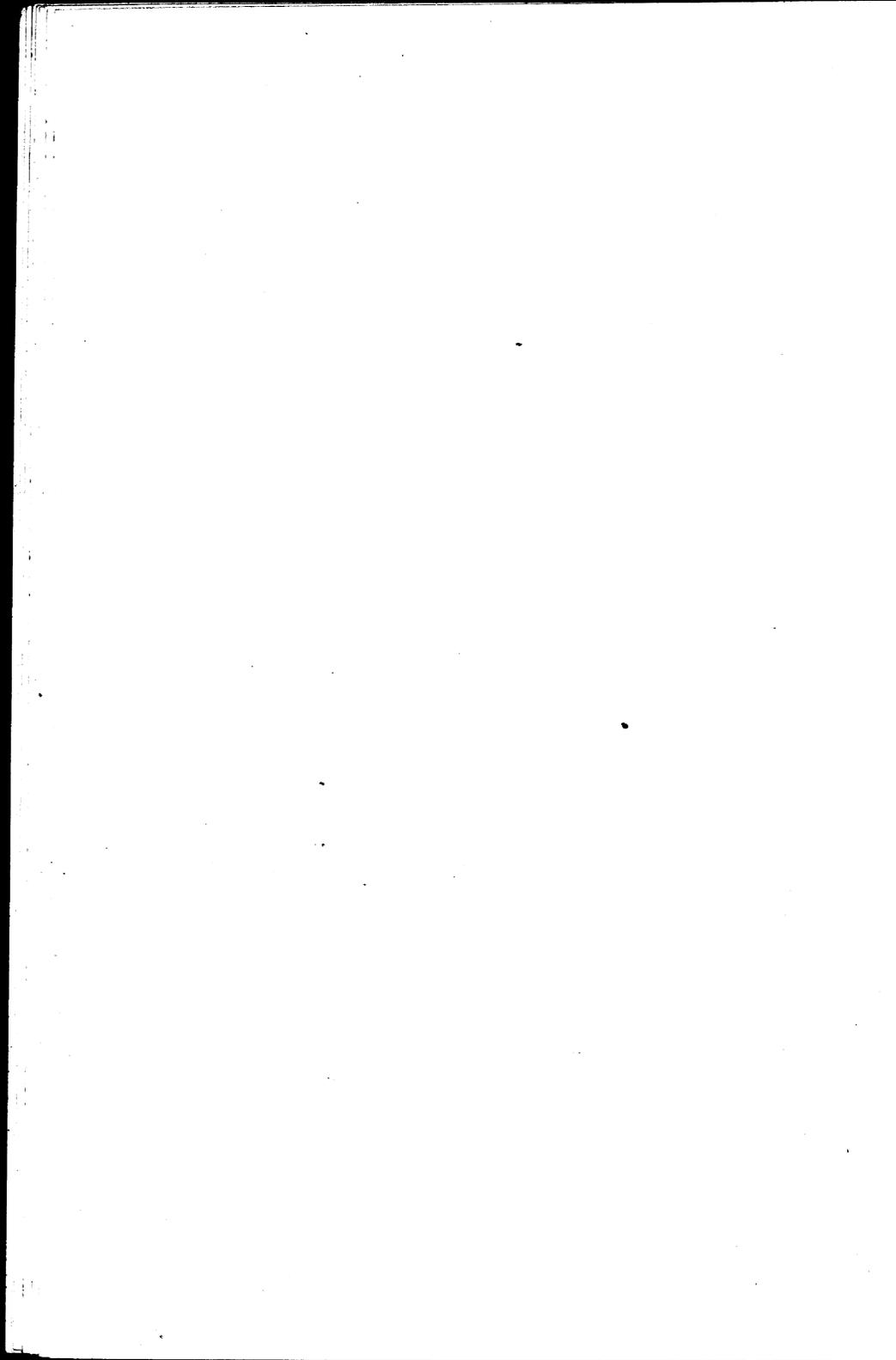
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO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



ESCUELA DE MEDICINA

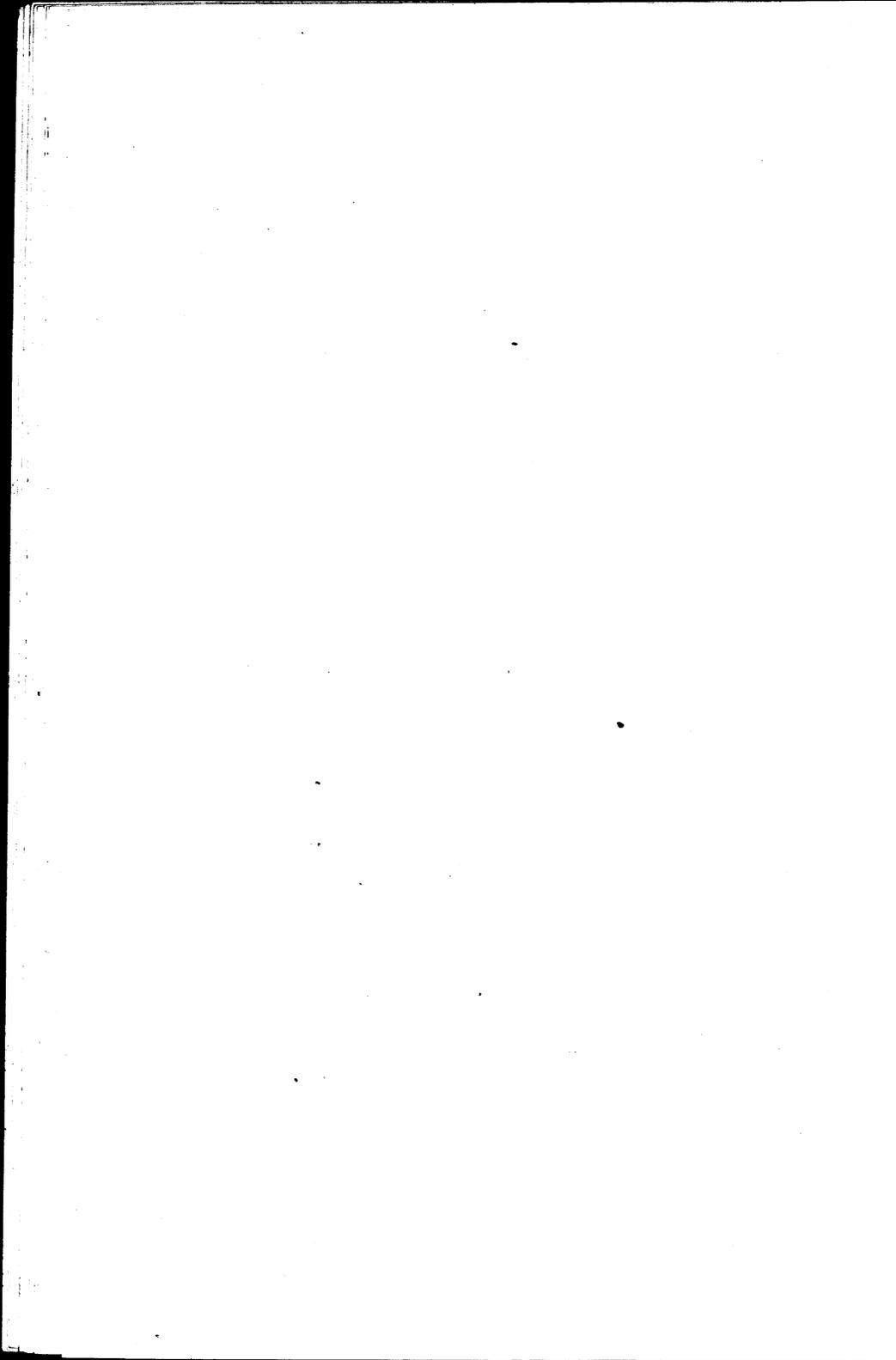
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

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



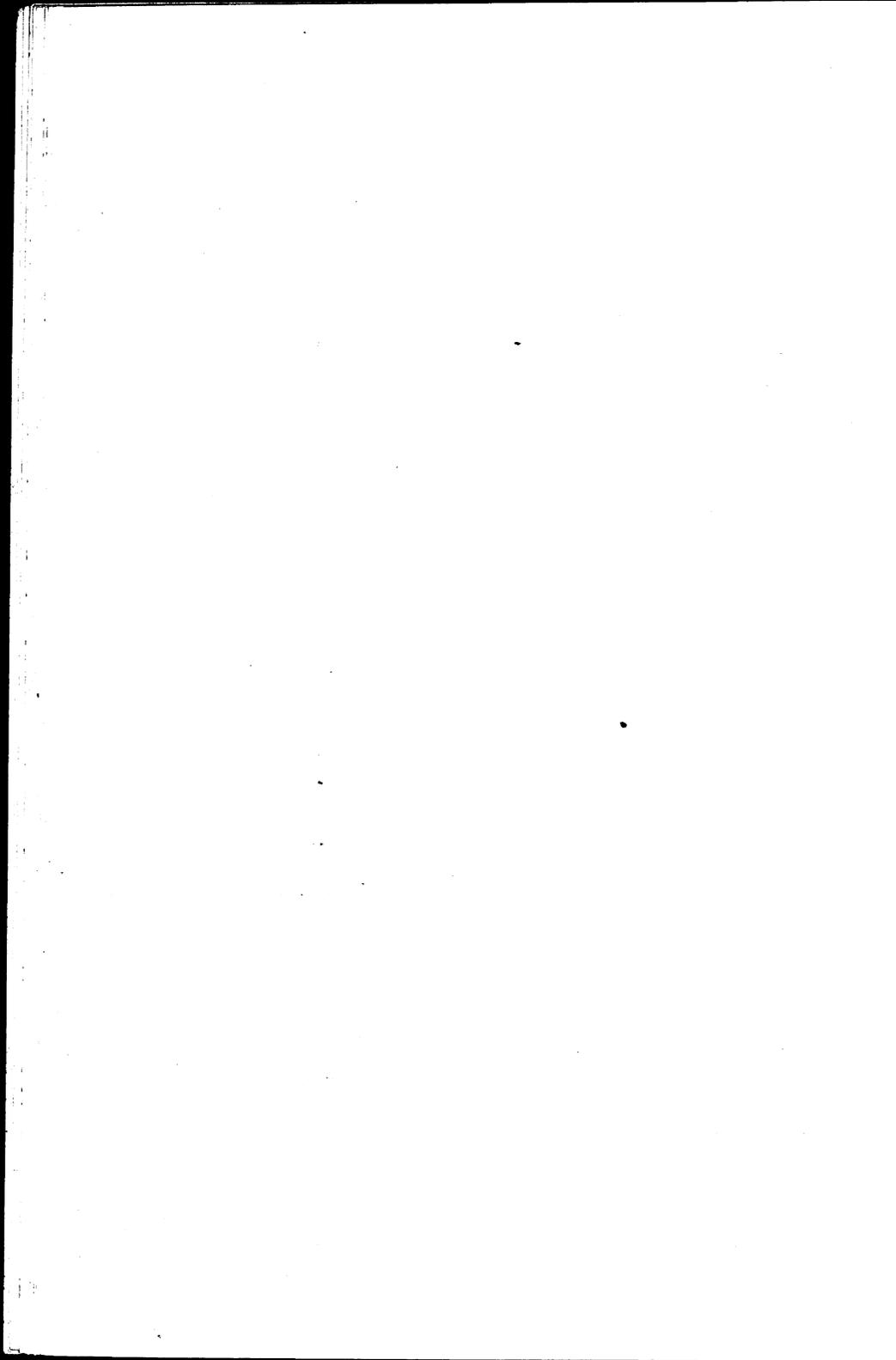
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEBERG
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	» FRANK L. SOLER
Química Biológica.....	» BERNARDO HOUSSEY
Higiene Médica.....	» RODOLFO RIVAROLA
Semiología y ejercicios clínicos.....	» ALOIS BACHMANN
Anatomía patológica.....	» GERMAN ANSCHÜTZ
Materia médica y terapéutica.....	» BENJAMIN GALARCE
Medicina operatoria.....	» FELIPE A. JUSTO
Patología externa.....	» MANUEL V. CARBONELL
Clinica dermato-sifilográfica.....	» CARLOS BONORINO UBAONDO
» gónito-urinary.....	» ALFREDO VITON
» epidemiológica.....	» JOAQUIN LLAMBIAS
» oftalmológica.....	» ANGEL H. ROFFO
» oto-rino-laringológica.....	» JOSE MORENO
Patología interna.....	» ENRIQUE FINOCCHIETTO
Clinica quirúrgica.....	» CARLOS ROBERTSON
» Médica.....	» FRANCISCO P. CASTRO
» pediátrica.....	» CASTLEFORT LUGONES
» ginecológica.....	» NICOLAS V. GREGO
» obstétrica.....	» PEDRO L. FALFA
Medicina legal.....	» BERNARDINO MARINI
	» JOAQUIN NIX POSADAS
	» FERNANDO R. TORRES
	» ENRIQUE B. DEMARIA
	» ADOLFO NOCETI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTIN CASTRO ESCALADA
	» PEDRO LABAQUE
	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARRARO
	» EDUARDO MARINO
	» JOSE ARCE
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» VIGUEL SASSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
	» JOSE M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO F. JANDUYAR
	» JUAN JOSE VITÓN
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BULLRICH
	» IGNACIO INAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCIA
	» JOSE DESTEFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» MAMERTO AGUÑA
	» GERARDO SISO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTHURO ENRIQUES
	» ALBERTO FRALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONCE
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
	» JUAN A. GARASTOU
	» ENRIQUE A. BORO
	» JOAQUIN V. GNECCO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general, Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUIJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ
Asignaturas	
Técnica farmacéutica	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas	» PASCUAL CORTI
Física farmacéutica	» OSCAR MIALOCK
Química orgánica	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química analítica	SR. PEDRO J. MÉSIGGS
Química inorgánica	» LUIS GUAGLIALMELLI
	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
	» ANGEL SABATINI



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. DR. J. C. LLAMES MASSINI

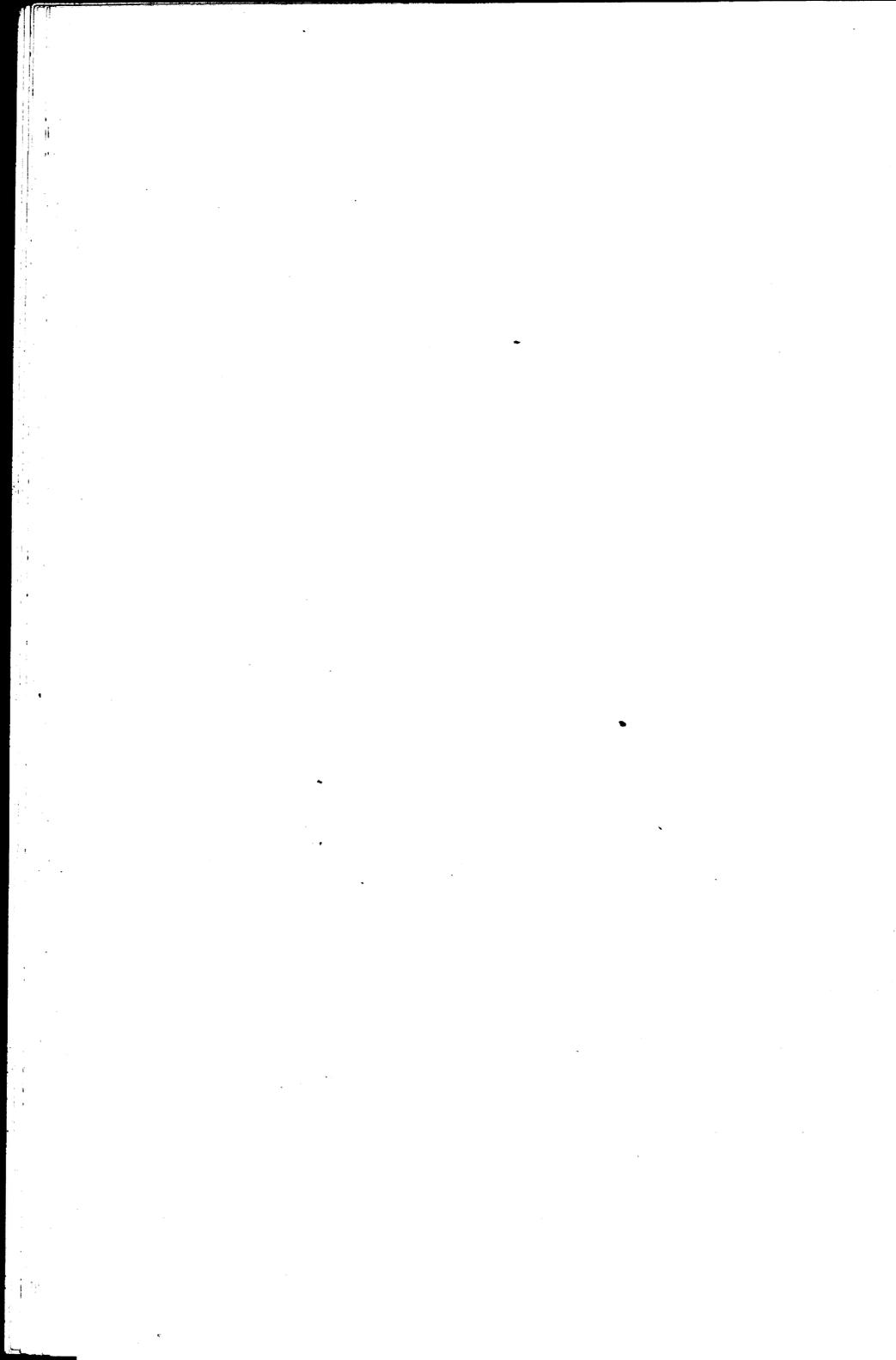
Segundo año:

Parto fisiológico DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clinica ostétrica DR. FANOR VELARDE

Puericultura DR. UBALDO FERNÁNDEZ

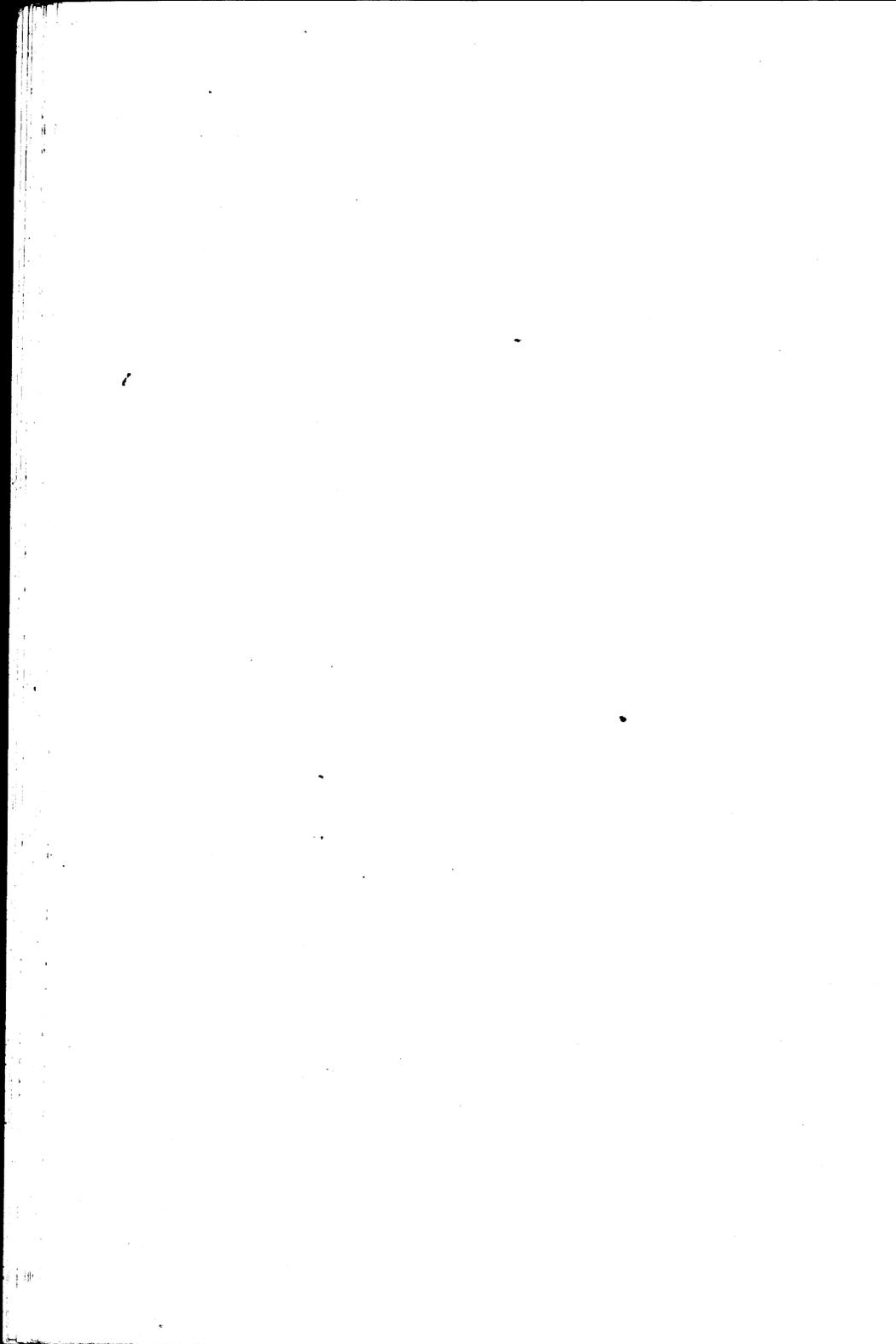


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	» LEÓN PEREYRA
3.er año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO GUARDO

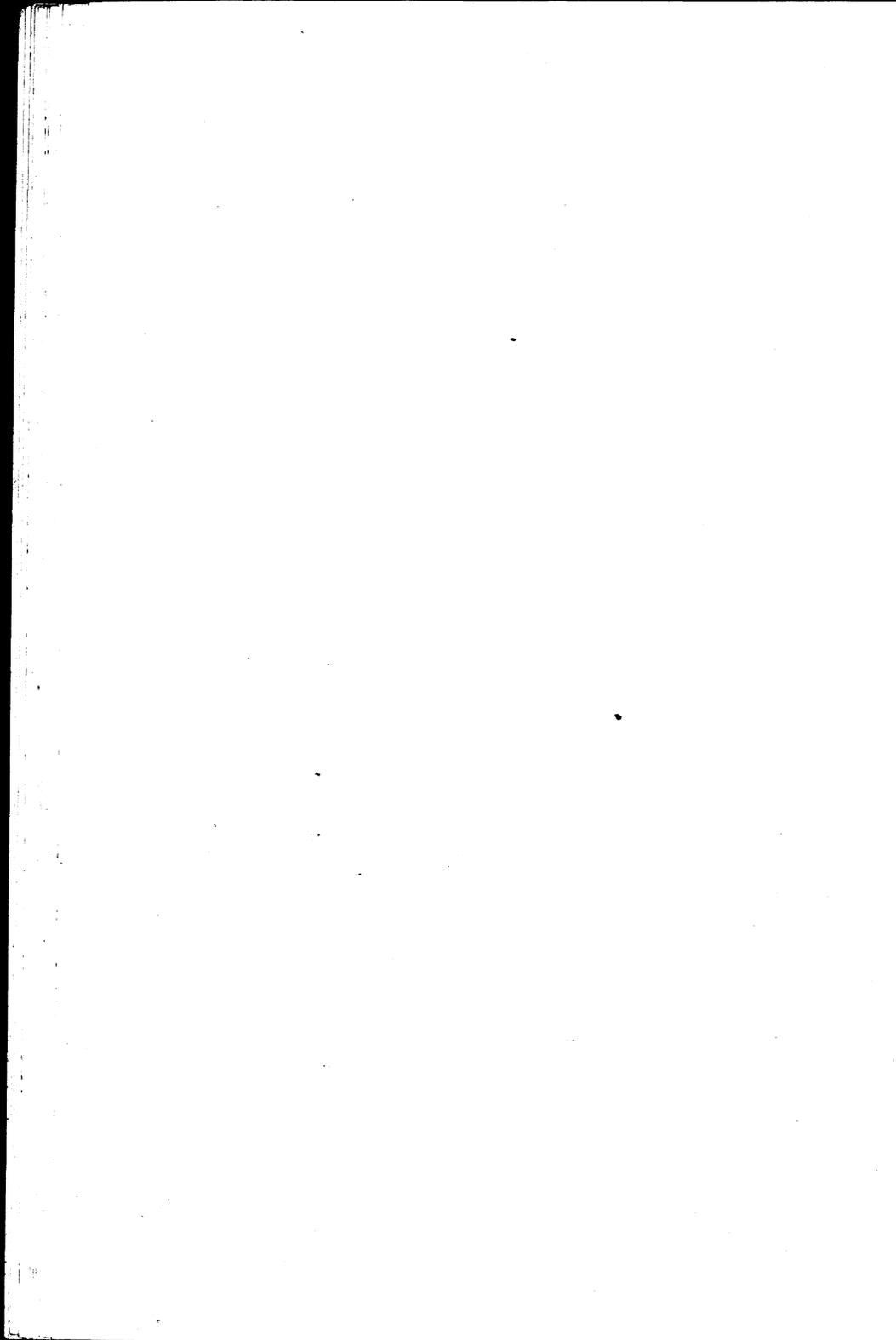
Catedráticos suplentes

- DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
» JUAN U. CARREA (Protesis)



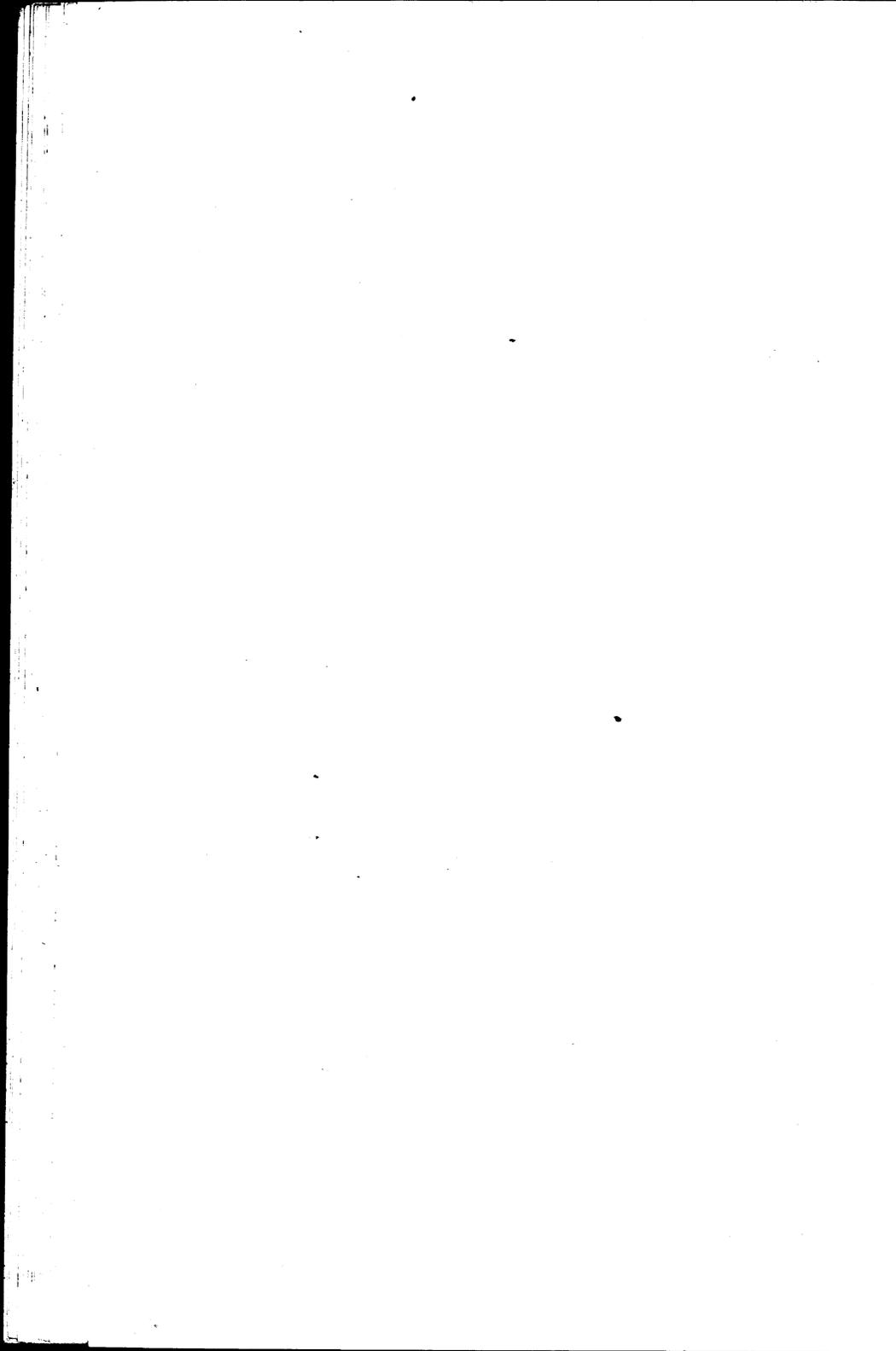
PADRINO DE TESIS:
DR. DIOGENES DECOUD

Profesor de Clínica Quirúrgica



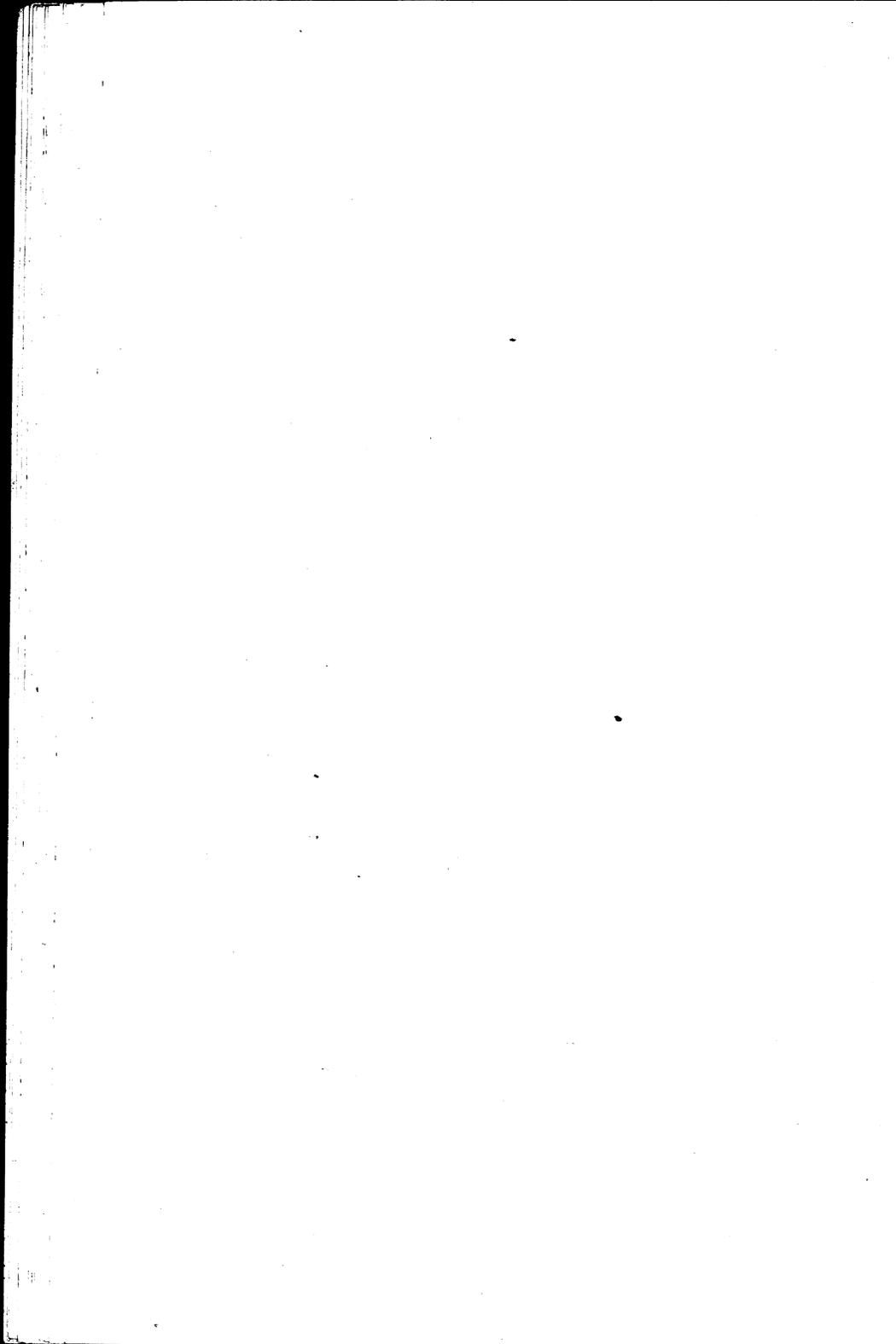
A LA MEMORIA DE MI MADRE

CARIÑO Y RESPETO

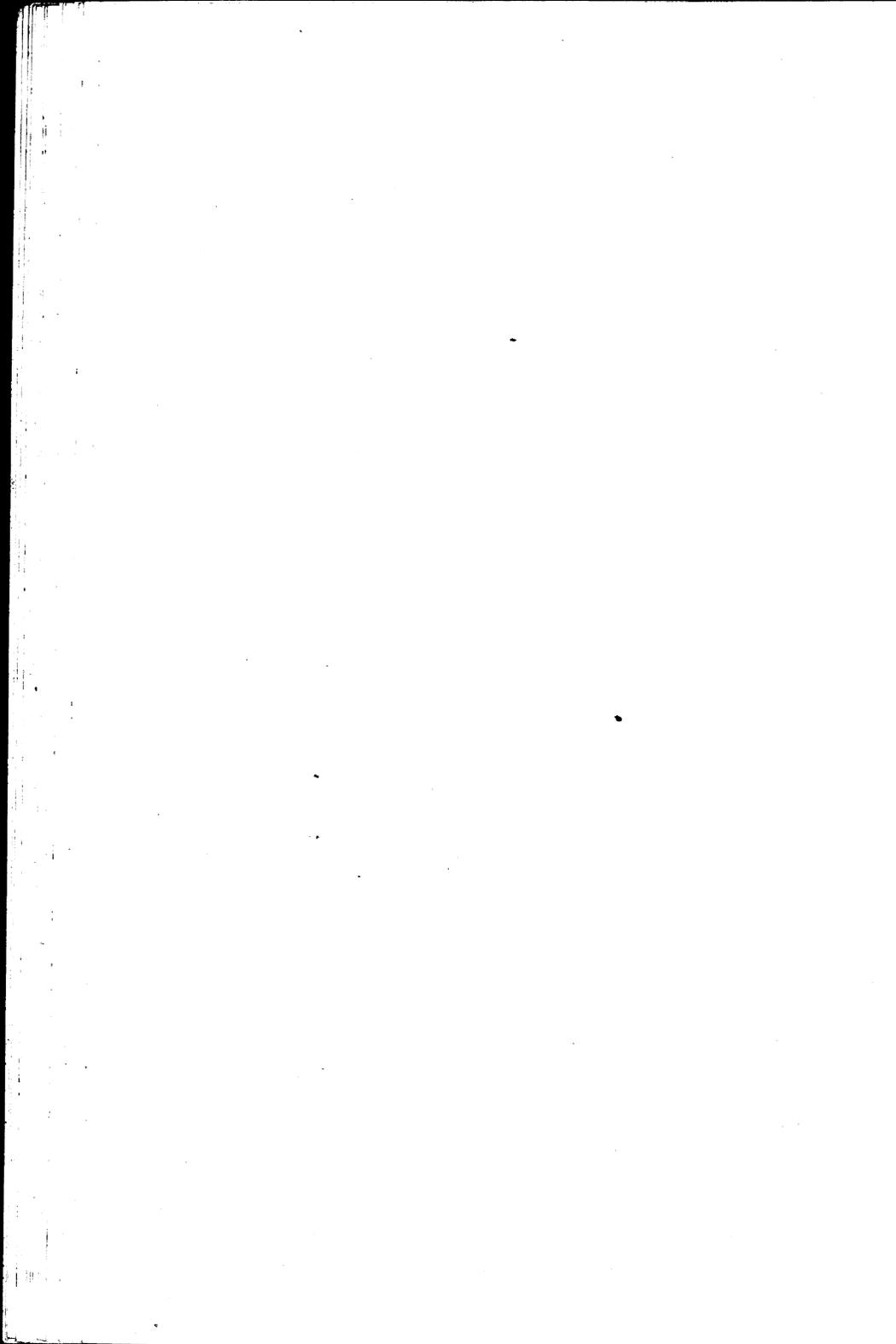


A MI PADRE

CARIÑO Y RESPETO



A MIS HERMANOS
PASTORA ANGÉLICA: Y MANUEL



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Presento a vuestra consideración este modesto trabajo con la convicción de que la juzgaréis con benevolencia la inexperiencia que en él se vislumbra propio del que recién sale de las aulas.

El tema de esta tesis ha sido sugerido por las lecciones clínicas del profesor Decoud y por el brillante resultado obtenido en una serie de intervenciones efectuadas en enfermos que por su caquexia o su debilidad no permitían una intervención más radical.

Estando relacionados el tratamiento de esta afección con su patogenia y anatomía patológica; hemos estudiado previamente la localización y anatomía patológica, su etiología y patogenia, el tratamiento médico, higiénico y quirúrgico. Al es-

tudiar el tratamiento quirúrgico no hemos entrado en detalles de técnica de las numerosas intervenciones propuestas, haciendo una excepción al describir la yeyunostomía por el Método de Witzel-von Eiselberg.

Úlceras gastro-duodenales

UN METODO DE TRATAMIENTO

Localización.— La localización de las úlceras tiene importancia no solo tomado desde el punto de vista del tratamiento, sino también desde el punto de vista de su evolución clínica y de algunas de sus complicaciones; en efecto, las úlceras que se localizan en la cara anterior se caracterizan por su tendencia a la perforación, como está comprobado por las numerosas laparotomías efectuadas por úlcera redonda perforada; las que están en el píloro provocan cuando cicatrizan su estrechez y la dilatación consecutiva del estómago. Su tendencia a localizarse en las regiones próximas al píloro, es decir en sitios donde con mayor eficacia puede actuar el jugo gástrico es un argumento en favor de una de las teorías que trata de explicar su patogenia.

En las numerosas autopsias efectuadas por los autores se ve que las úlceras tienen preferencia en situarse en las regiones próximas al píloro, ya sea del lado del estómago, ya del lado del duodeno. En más de la mitad de las observaciones de Lebert, el mismo resultado da las autopsias efectuadas por Mikulicz, Collin, Arcy Power.

Según Mikulicz en un 40 por ciento se sitúan en la pared anterior del estómago, en un 25 por ciento de los casos, las úlceras se sitúan en la porción pilórica y el píloro, en un 20 por ciento en el resto de la pared estomacal, y según Lutón un 12 por ciento de las veces se localizan en la pared anterior. En cuanto a las localizaciones en el cardias, en la gran curvadura y en el gran fondo de saco, son sumamente raras.

Del lado del duodeno, Collin encuentra en 262 observaciones, 242 veces en la porción horizontal superior, 74 veces toca o interesa el píloro, 14 veces en la porción descendente y 6 veces en la porción inferior del duodeno.

Mayo Robson, Moynihan y los hermanos Mayo han observado mayor número de localizaciones en el duodeno.

Anatomía patológica— La úlcera es generalmente única; sin embargo, se puede encontrar raramente dos úlceras, y más raramente tres; su tamaño varía desde una moneda de 5 centavos al

de una moneda de cobre. Cruveilhier ha descrito una úlcera de forma elíptica que se extendía desde el píloro hasta el cardias. Mirando la úlcera del lado de la serosa, parece más pequeña que del lado de la mucosa.

La úlcera ya formada y reciente, presenta un aspecto circular y toma en su conjunto la forma cónica, como la de un embudo; en efecto, la pérdida de substancia de la mucosa es más extensa que la de la musculosa, y ésta es más que la de las capas profundas. El fondo de las úlceras está constituido en numerosas ocasiones por la serosa, sus paredes son lisas o bien presentan saliencias.

En la úlcera ya antigua encontramos sus bordes tan espesados, debido a la proliferación conjuntiva, y hacen una saliencia tan pronunciada que por sus caracteres macroscópicos fácilmente sería confundida con un cáncer escirroso, sino fuera por el examen microscópico de las lesiones y de los ganglios. En estos casos, el fondo de la úlcera ya no está constituido por las paredes del estómago, sino que se ha adherido a los órganos vecinos como el hígado, páncreas, intestinos, o epiplón; formando estos órganos sus paredes y su fondo.

Sobre las paredes se encuentran con frecuencia arteriolas abiertas u obliteradas por trombus, explicándonos el origen de las gastrorragias que muchas veces han llevado al enfermo. Estas arterias

atacadas son algunas veces muy importantes como la gastro-epiploica o las arteriolas de los órganos vecinos.

Lesiones extraperitoneales.—Se las observa en las úlceras de evolución lenta y crónicas. Tienen una importancia considerable, pues, en los casos en que la úlcera se perfora, se efectúa en medio de ellas evitándose de este modo una peritonitis generalizada, que llevará al enfermo si no es intervenido a tiempo. En la altura donde se encuentra la úlcera se observan neomembranas, espesas, fibrosas, induradas que forman adherencias, por una parte con las paredes estomacales y por otra, con órganos diversos: páncreas, hígado, vesícula biliar, intestino, epiplón, mesenterio. Estas neomembranas forman plastrones que muchas veces son accesibles al diagnóstico durante la vida, especialmente cuando proeminan hacia adelante.

Uno de los peligros mayores y que constituye una de las complicaciones más temibles, son las perforaciones. Estas, se efectúan en dos circunstancias: cuando aun no se han formado las adherencias protectoras, o bien cuando éstas no son lo suficientemente sólidas; en ambos casos se produce una peritonitis generalizada que lleva al enfermo sino es operado inmediatamente de producirse. En las numerosas laparotomías efectuadas por los cirujanos en estas condiciones, han cons-

tatado que en la mayoría de las veces la úlcera se encontraba en la cara anterior del estómago. En el caso de que se formen adherencias sólidas, la peritonitis se localiza formándose cavidades con pus y gas y en algunos casos con alimentos provenientes del estómago. La localización de esta lesión depende de la disposición de las adherencias y de la situación de la úlcera y constituyen los abscesos subfrénicos.

Los abscesos subfrénicos se describen en cinco variedades según que ocupe una de las loges determinada por los mesos tendidos desde el diafragma a los órganos vecinos: 1.º absceso subdiafragmático anterior derecho o inter-hépato-diafragmático derecho; 2.º absceso subfrénico posterior o sub hepático derecho; 3.º absceso subfrénico anterior izquierdo; 4.º absceso subfrénico posterior izquierdo o de la retro-cavidad de los epiplones; 5.º en fin, absceso gastro-esplénico diafragmático. Estos abscesos, o bien se desarrollan hacia las regiones abdominales superiores o bien se desarrollan hacia el diafragma rechazándola hacia la cavidad torácica, dando origen a los pio-neumotorax subfrénicos.

La cicatrización de la úlcera estomacal es rara; sin embargo se ha encontrado en algunas autopsias; son de forma circular o bien estrellada, tienen una superficie lisa y deprimida que kontras-

tan con las regiones que la rodean. Al retraerse la cicatriz trae deformaciones según su extensión y sitio, así se forman la estrechez del píloro con la dilatación consecutiva del estómago y la biloculación, cuando la cicatriz ataca al estómago en su parte mediana.

Etiología y patogenia

Mucho se ha escrito y trabajado al respecto, pero aun son necesarios nuevos trabajos agregados a los ya existentes para dilucidar en una manera completa las condiciones y el mecanismo de su producción.

Hay factores, sin embargo, que no varían como son la edad del sugeto, el sexo, condiciones sociales, profesiones, etc., que estudiaremos con más detalles.

Edad. — Está perfectamente determinada por las historias clínicas, y en ésto están de acuerdo casi todos los autores, que la úlcera simple del estómago es una afección de la edad adulta. Se la vé más frecuentemente entre los veinte y treinta años.

Hemos dicho anteriormente que casi todos los autores estaban de acuerdo respecto a la edad

aun cuando Brinton cree que la mayor frecuencia estaría entre los sesenta y setenta años; opinión que no es aceptada por la mayoría de los clínicos.

En la infancia esta enfermedad es rara y tan solo se hace más frecuente un poco antes de la pubertad. La úlcera de duodeno parece ser más común que la del estómago. Las han observado Rubz a los 13 años, Donné a los 3 años, Guntz a los 5 años, Colgau a los 2 años y medio, Cade a los 2 meses, Parmatier y Lasnier se preguntan si las úlceras que se manifiestan de una manera perfecta durante la pubertad no habían tenido ya un pasado lejano.

Sexos. — Según Brinton la úlcera se encontraría en la proporción de dos mujeres por un hombre; Willigk observa 3,3 mujeres por 1 hombre. No todos los autores están de acuerdo sobre la mayor frecuencia en la mujer. Mathieu encuentra en sus observaciones mayor frecuencia en los hombres, la proporción sería de 3 hombres por una mujer.

Profesiones y condiciones sociales. — Se ha pretendido que ciertas profesiones predisponen más que las otras a la úlcera redonda; se citan especialmente cocineros, los pulidores de metales. Algunos autores señalan su frecuencia en las profesiones que traen pequeños traumatismos en la

región epigástrica, así Ackerman observa esta afección en las modistas, zapateros; Godhart-Danhier nota su frecuencia en los pica-pedreros, en los sastres. Sin embargo esta afección se observa en general en todas las condiciones sociales.

Hay que hacer notar que tienen predisposición aquellas personas que por sus ocupaciones observan irregularidad ya sea en su manera apurada de comer o sea por falta de buena masticación de los alimentos, o bien son personas preocupadas y que están muchas veces obligadas a hacer un trabajo intelectual inmediata o casi inmediatamente después de comer, como ser los estudiantes, los hombres de negocios, los médicos.

Por último debemos hacer constar la coincidencia de esta afección con otras enfermedades como la clorosis, la tuberculosis, la histeria. Es muy provable sin embargo que la clorosis sea tomada por la anemia que presentan estos enfermos a causa de las pérdidas fruentes de sangre. En cuanto a la tuberculosis, es posible también que esta enfermedad ataque a los ulcerosos, pues estos siempre constituyen un terreno favorable a dicha afección por la debilidad en que se encuentran.

Patogenia — Un capítulo de tanta importancia como es el de la patogenia aun no está dilucidada. Nosotros nos limitaremos a citar las distintas teorías y experiencias que tratan de resolverlo.

Teoría de la inflamación. — Es debida a Cruveilhier, según este autor el primer grado de la úlcera estaría constituido por la erosión folicular. Según Galliard habría primero una alteración de los vasos o una infiltración embrionaria que impida el curso de la sangre; en estas condiciones el jugo gástrico podría atacar la región poco irrigada y provocar su necrosis.

Teoría del extasis venoso y del infarto hemorrágico. — Es la teoría de Rinofleisch. Según él, una erosión producida sobre el estómago con extasis venoso o infarto hemorrágico sería el origen de la úlcera. Cita el caso de un sugeto muerto de hernia estrangulada; en el estómago de dicho sugeto encuentra infartos hemorrágicos, en la pequeña curvatura observa simétricamente situados una úlcera y un infarto hemorrágico del mismo tamaño y circulares. El jugo gástrico habría actuado sobre dichos focos produciendo la úlcera, que puede cicatrizar o continuar evolucionando.

Se han publicado casos análogos por otros autores.

Teoría de la obliteración arterial. — Puede ser producida de tres maneras distintas. En primer lugar sería debido a la embolia de una arteria importante del estómago o del duodeno y que ha partido de lesiones valvulares; se han publicado

algunas observaciones como los de Lebert, Godivier, Merkel.

Se ha acusado la obliteración arterial a una endarteritis crónica que estrecha la luz de las arteriolas estomacales o duodenales y consecutivamente una menor irrigación o su falta completa en el territorio correspondiente, consecutivamente se formaría la úlcera.

Por último se han citado casos en que la obliteración sería provocada por un tumor externo como ganglios caseosos o quistes; observación de Netter y el de Hayen.

Teoría de la úlcera traumática. — Las lesiones provocadas en esta forma en los distintos experimentos efectuados curan rápidamente. Se ha tratado de disminuir la resistencia estomacal; en este sentido se han hecho ligaduras de una o varias arteriolas, se han hecho secciones nerviosas, provocado alteraciones de la sangre, se han colocado microbios sobre la herida efectuada; ninguna de estas experiencias han dado resultados.

Fieber, liga dos o tres arteriolas de la pequeña curvatura; luego efectúa una herida artificial en el territorio irrigado por las arteriolas, cauterizando los bordes con ácido clorhídrico concentrado.

Lithauer ha ligado en el perro más o menos el tercio de los vasos del estómago, de la región pilórica. En la región de estas arteriolas hace una

herida de la mucosa gástrica e introduce cada día 200 c. c. de una solución de ácido clorhídrico al 0.37 por ciento. Operando de este modo en el perro ha conseguido formar úlceras a fondo epiploico. En otra serie de experiencias, este autor ha obtenido úlceras con la inyección de ácido pyrogálico y añadiendo una pérdida de substancia artificial de la mucosa gástrica.

A estas experiencias debemos añadir otras en que la alteración de la mucosa ha sido obtenida por la inyección local de substancias irritantes.

Nos referimos a las experiencias de Payr, Rosembach y Eschker.

Payr ha recurrido a la inyección en un vaso o en la pared estomacal de 1 a 5 c. c. de soluciones diversas: s. cloruradas muy calientes (50° a 60°), sol. de formol del 1 al 10 por ciento o de alcohol al 50 por ciento. Ha operado sobre perros, conejos y cobayos y ha obtenido ulceraciones en la mayoría de los casos. Estas ulceraciones pasaban por tres estados: primer estado de necrobiosis; segundo estado, bajo forma de úlcera reciente y un tercer estado de úlcera crónica, adherida a los órganos vecinos.

Rosembach y Eschker han efectuado las experiencias tratando de provocar una anemia gástrica por espasmo vascular. Han empleado la solución de adrenalina al 1 por mil, inyectando de

1 a varios c. c. durante varios días, alrededor del píloro.

Bolton y Loeper han inyectado sustancias dotadas de una acción específica sobre la pared gástrica.

Bolton inyecta sueros gastro-tóxicos (obtenidos por la inyección bajo la piel o en el peritoneo del conejo de una emulsión de mucosa gástrica de cobayo) en el peritoneo del cobayo a la dosis de 1 a 10 c. c. A las 24 horas observa hemorragias placas de necrosis que a las 48 horas se ha convertido en ulceraciones. Bolton no ha logrado provocar úlceras crónicas.

Loeper inyecta directamente en la vena del conejo una maceración acuosa de mucosa gástrica de cerdo, 4 a 6 c. c. diarios durante tres días. Observa una fuerte hipersecreción y focos congestivos. En uno de los conejos se formó 3 úlceras de las que 2 se habían perforado. El examen histológico de estas úlceras mostró una sección neta de la mucosa y de la musculosa sin trazas de inflamación ni reacción leucocitaria.

Todas estas experiencias efectuadas han probado que se pueden obtener úlceras agudas por medio de traumatismos o por lesiones efectuadas de un modo cualquiera pero que no han pasado a la cronicidad, es decir, a la úlcera de Cruveilhier.

Teoría de la alteración de la sangre. — Según esta teoría, la alcalinidad de la sangre impide la acción de los ácidos sobre la mucosa. Pavi toca la mucosa gástrica con un ácido; mientras la sangre circula libremente la mucosa permanece intacta; una úlcera aparece una vez que la arteria esté lesionada impidiendo que la sangre circule. De estas experiencias deduce que dos condiciones se necesitan para la formación de la úlcera: la anemia de la pared y la acidez del jugo gástrico.

Von Sohlern, Jaworski y Rorcinski han observado la rareza de las úlceras en las personas que se alimentan casi exclusivamente de verduras y leche. Según estos autores, se debe esto a la mayor alcalinidad de la sangre.

Teoría de la infección y de la toxi-infección. — Los microorganismos ya sea por su presencia o por sus toxinas pueden realizar lesiones diversas sobre la mucosa gástrica: infartos hemorrágicos, placas de necrosis, ulceraciones de aspecto variable; que la acción del jugo gástrico puede transformar en úlcera verdadera.

Teoría nerviosa.— Della Vedova provoca lesiones del plexo celíaco o de los esplágnicos obteniendo en numerosos casos ulceraciones diversas, situadas comunmente en el piloro.

El mismo resultado han obtenido Ophul y Zironi con la sección de los neumogástricos.

Otros autores han obtenido resultados contradictorios.

Teoría de la auto-digestión.—Según esta teoría el úlcus sería debido especialmente a la acción clorhidro-péptica. Habría una hipersecreción del jugo gástrico que dependería a su vez de trastornos neuropáticos. Riégel y Bouveret dicen que la ingestión de los amiláceos, que no es digerida de una manera completa, se acumularían en el estómago provocando su dilatación; luego el éxtasis de un jugo gástrico hiperactivo sería una causa suficiente del úlcus.

Para Hayen, en los casos de grandes éxtasis, habría primeramente una lesión inicial del píloro que provoca el éxtasis. Hartmann, operando enfermos con síndrome de Reichmann, veía que eran portadores de úlceras pilóricas o yuxta-pilóricas. Según esta teoría la hipersecreción se colocaría en segundo lugar; el úlcus crearía y entendería la hipersecreción, en cuanto a los dolores tardíos serían explicados por los espasmos pilóricos.

En favor de estas teorías debemos citar la localización de las úlceras, que siempre se las encuentra en sitios donde puede actuar el jugo gástrico. Las historias clínicas demuestran además que estas úlceras son frecuentes en sujetos con hiperclorhidria o hipersecreción; y por último las

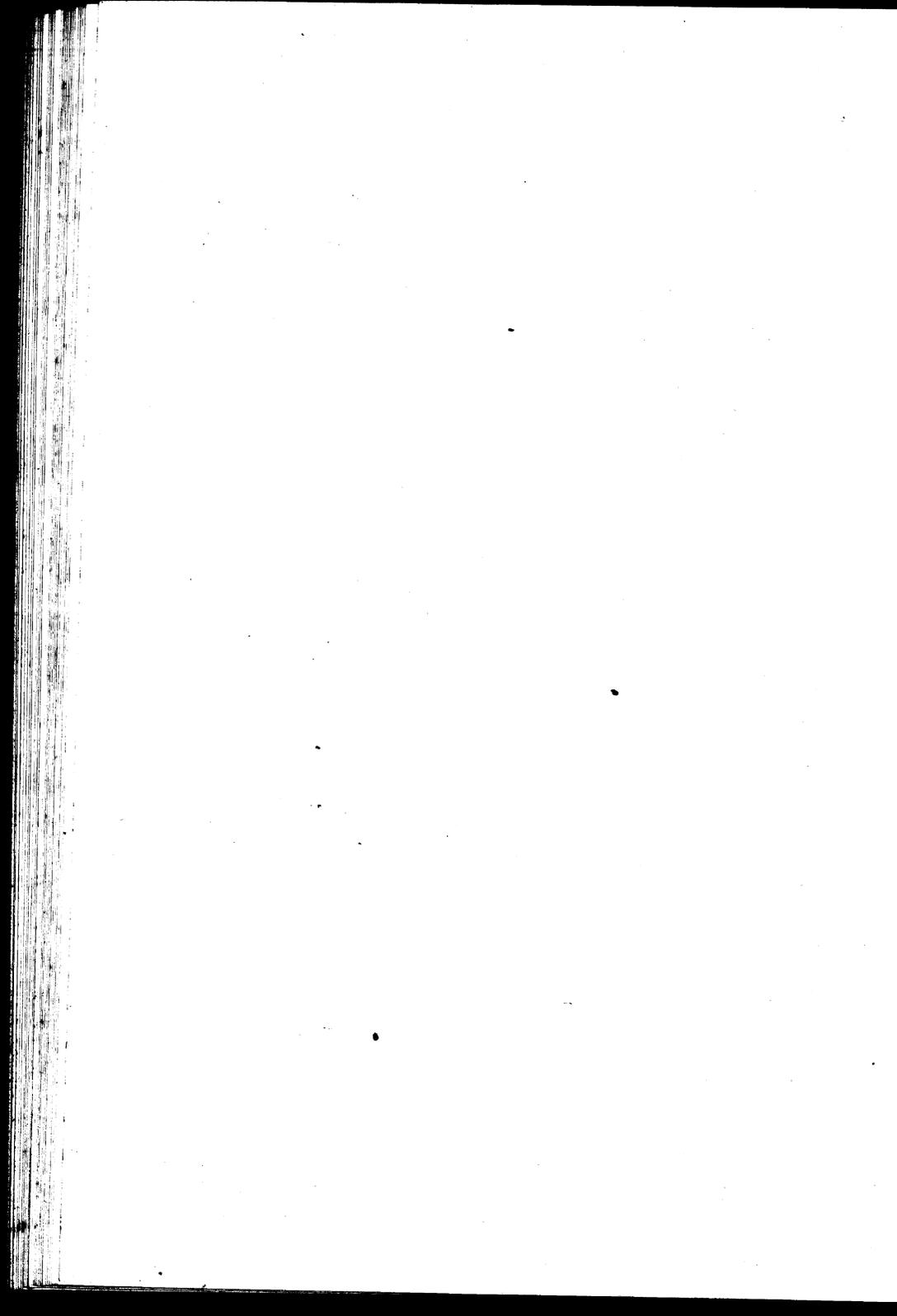
úlceras pépticas que aparecen en los gástro-enterostomizados, úlceras situadas precisamente en donde pueden actuar el jugo gástrico. Llama además la atención que un ulceroso se cura con una gastro-enterostomía, es decir, que favoreciendo la evacuación del contenido gástrico, de modo que dicho jugo no esté mucho tiempo en contacto con la mucosa gástrica, es suficiente para que estos enfermos curen.

Pero no todas las úlceras pueden explicarse de este modo. Se han encontrado en efecto, sujetos portadores de úlceras en los que no había hiperclorhidria o aun había anaclorhidria. Además se encuentran numerosos hiperclorhídricos o con hipersecreción que no son ulcerosos. Luego es probable que haya además otra causa que venga a favorecer la acción del jugo gástrico, como serían todas las causas generales o locales que disminuyan la vitalidad de la mucosa estomacal; aquí podríamos citar las equimosis, las trombosis, las embolias, las gastritis etc., o bien la falta de protección que sería debido a una disminución del mucus protector (Teoría del mucus protector de Kaufmann), o bien a la disminución o desaparición del antifermento que normalmente existiría y combatiría la acción de la pepsina (Teoría de la antipepsina de Katzenstein), luego dando a los enfermos antipepsina se combatiría la formación de

las úlceras. Al lado de estas causas locales hay que citar las generales, en efecto, se admite que las cloróticas están muy predispuestas a esta enfermedad.

Experimentalmente, Fenton Turck, debilitando a perros por una larga permanencia en la obscuridad y por una alimentación insuficiente, ha logrado producir úlceras en el estómago, inyectándoles en el estómago culturas de coli-bacilos.

En resumen si la hiperclorhidria no es una causa constante en su producción es inegable que su rol en la patogenia de dicha enfermedad es de suma importancia, tanto que estos enfermos mejoran con los tratamientos tanto médicos como quirúrgicos que disminuyen la acción del jugo gástrico.



Tratamiento higiénico

La medicina dedica hoy una atención especial al tratamiento higiénico; pues es preferible siempre prevenir una enfermedad que curarla. La enfermedad de que nos ocupa sacaría mucho provecho de ella si se la aplicara; pues así se podría evitar las intervenciones que en muchas ocasiones son efectuadas de urgencia o en malas condiciones del enfermo.

Para establecer el régimen debemos basarnos sobre las condiciones etiológicas y patogénicas de la enfermedad. Hemos establecido, en efecto, que la teoría que con mayor fundamento trata de explicar la causa de la úlcera es la de la acción del jugo gástrico sobre la mucosa disminuída en su integridad ya por lesiones que debilitan su pared o por un retardo de la evacuación y la retención.

En este sentido deben ser evitados o tratados

los hiperclorhídricos. Teniendo mucha importancia en ellos el régimen alimenticio, un método apropiado bastará en la mayoría de los casos.

En primer lugar hay que establecer el número de comidas a efectuar. Teniendo en cuenta que el estómago necesita entre una y otra comida un reposo suficiente se prescribirá tres; de las cuales dos serán principales y una ligera. Hay que recomendar a los enfermos que las comidas no sean seguidas inmediatamente por un trabajo físico o intelectual como sucede comunmente en los estudiantes o sujetos de negocios.

En cuanto a la clase de alimentación, se evitará con cuidado todo aquello que pueda irritar la mucosa estomacal como ser las diferentes condimentos, o bien substancias que puedan fermentar. Estos elementos no solo provocan una mayor secreción gástrica, sino que, actuando sobre una mucosa sensible, determinan el eretismo pilórico, efectuándose en estas condiciones una retención gástrica. Todos estos cuerpos retenidos por el eretismo pilórico, actúan sobre la mucosa provocando más la secreción clorhidro-péptica y este a su vez concurre a estrechar más el píloro.

Luego, nosotros debemos preferir una alimentación a base de albuminoides bien divididos que fija el ácido clorhídrico y que es evacuado fácilmente; podemos además dar purés, leche a pe-

queñas dosis para que el coágulo sea pequeño y pueda ser bien digerido. En cuanto a las bebidas, debemos recomendar más bien poco durante la comida. En cuanto a las legumbres deben entrar en el régimen pero bien divididas y poco grasosas. Las grasas, deben ser prohibidas pues sobre ellas no actúa el jugo gástrico; con ellas, la evacuación es más lenta y los alimentos preparados con grasa como las frituras son difícilmente atacados.

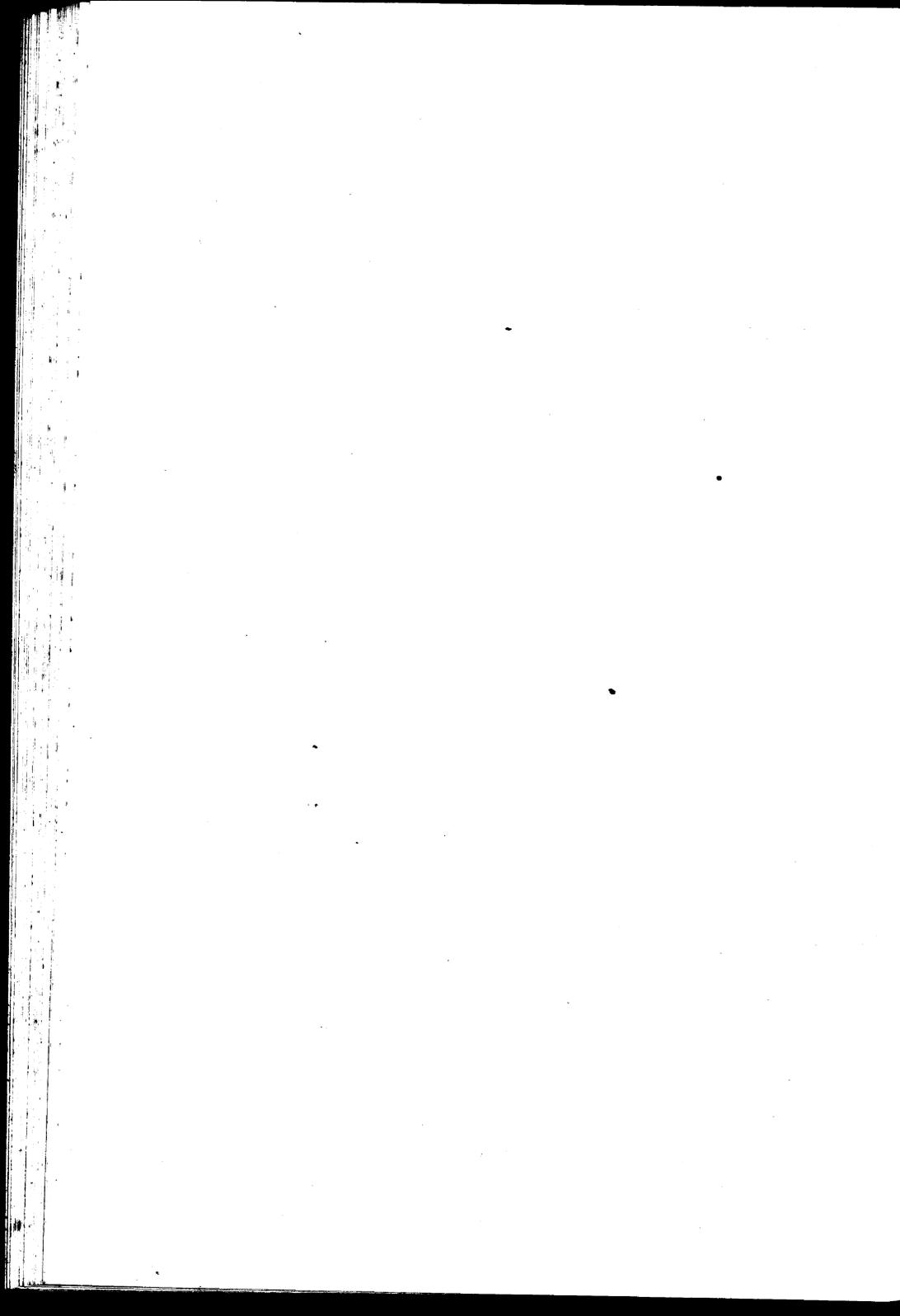
En caso de que la dietética sea insuficiente debemos recetar los alcalinos. De entre ellos el mejor es el bicarbonato sódico, pero evita la secreción y por lo tanto es más conveniente asociarlo con otros alcalinos. Una buena fórmula y que da muy buenos resultados es la siguiente:

Bicarbonato de soda	5 g.
Magnesia hidratada	7 »
Subnitrato de bismuto	2 »
Creta preparada	2'50 g.
Codeína	0'06 etg.

Para XX sellos

Que deberá tomarse uno después de cada comida.

Debe prohibirse a los enfermos el alcohol y el tabaco y el abuso del café.



Tratamiento médico

Basado en las interpelaciones patogénicas, todo enfermo de úlcera redonda gastro-duodenal debe someterse a un tratamiento largo y a veces molesto por el régimen a seguir.

Es necesario poner en reposo su estómago, disminuir su secreción gástrica con el objeto de que las probabilidades de auto-digestión sean menores, y combatir el éxtasis del contenido gástrico.

Para llenar estas diversas indicaciones podemos, no solo, recurrir al tratamiento dietético sino también al medicamentoso.

Un enfermo con úlcera gastro-duodenal agudo es necesario sobre todo someterlo a un reposo general, acostado, que debe ser tanto físico como intelectual y moral; lo más completo posible. A esto hay que añadir las aplicaciones locales de calor, bajo cualquier forma, como lo hace Leube; o bien una bolsa de hielo en el epigastrio. El reposo y

las aplicaciones locales de calor o frío actúan de una manera favorable sobre la úlcera contribuyendo a su cicatrización; además, disminuyendo el gasto de calorías, se puede disminuir las calorías a introducir en el organismo, necesarias para su entretenimiento, de esta manera contribuimos al reposo del estómago.

Con este objeto se ha propuesto alimentar al enfermo por vía rectal. Como son muchos sus inconvenientes y como no se puede introducir la suficiente cantidad de alimentos se ha abandonado esta manera de tratar a dichos enfermos. Igualmente la vía subcutánea, hoy se usa únicamente para la introducción de agua salada o suero artificial. La alimentación debe hacerse por lo tanto por vía bucal.

Mathieu establece a sus enfermos, un reposo estomacal de algunos días. Les indica durante los dos primeros días únicamente un tercio de litro de agua en las 24 horas. En caso de que haya hemorragias, él añade dos gramos de cloruro de calcio y gelatina. Recomienda la siguiente fórmula que se debe dar por cucharadas:

Cloruro de calcio	2 g.
Gelatina	3 »
Azúcar	50 »
Agua	250 »

Recién a los dos días introduce por el recto 250

a 300 c. c. de agua a la que añade dos gramos de fosfato de soda, para que la absorción se haga más fácilmente.

Después de este período, cuando el enfermo no sufre más, comienza la realimentación del enfermo. Luego al tercero o cuarto día del accidente agudo da un tercio de litro de leche a la que añade un tercio de litro de agua y 2 gramos de cloruro de calcio; al sexto día aumenta la dosis a medio litro de leche y medio de agua. Va aumentando progresivamente la cantidad de leche hasta llegar a los 15 días de dos litros y medio a tres litros.

A los 15 días permite potages de leche hechos con tapioca, sémola o vermicela y un huevo; el potage puede ser substituído por caldos hechos con avena, arroz, cebada.

A los 20 días el régimen que establece está substituído por 4 huevos y dos litros y medio de leche de los que un litro y medio será dado en forma de potages o caldos bien cocidos y distribuídos en 6 comidas.

Mantiene este régimen hasta que el enfermo se fatiga o su intestino manifiesta intolerancia por la leche. Entonces suprime la leche y deja los potages estableciendo progresivamente el régimen ovo-lacto-vegetariano; constituído a base de carnes rojas y flacas, asadas o a la parrilla, volátiles, hervidos o asados, pescados de agua dulce

o de mar flacos, purés de legumbres y que instituye progresivamente.

Método de Lehnartz. — Comienza a alimentar a sus enfermos rápidamente después de una hematemesis.

El primer día después de dicho accidente da 200 gramos de leche helada y dos huevos. Aumenta cada día 100 gramos de leche hasta alcanzar a 8 por día. Desde el tercer día da 30 gramos de azúcar, que aumenta poco a poco hasta 50 gramos. Desde el sexto día permite 35 gramos de carne cruda y bien picada, que a los dos días lo hace llegar a 70 gramos y lo mantiene allí. El séptimo día añade al régimen 100 gramos de arroz con leche que aumenta hasta 400 gramos a los 14 días.

Desde el décimo día ya da jamón crudo y manteca, que aumenta desde el día siguiente a 50 gramos del primero y 40 del segundo.

Consigue de esta manera, un número de calorías no solo de entretenimiento sino también que aumenta de peso al sugeto.

Método de Senator. — Instituye en el curso de una hematemesis una preparación que da por cucharadas y a intervalos regulares.

Gelatina 10 g.

Oleosacaruro de limón 50 g.

Agua 150 g.

Cuando la hemorragia se ha cohibido comienza

a dar manteca fresca, bajo forma de píldoras heladas (30 gramos de manteca); luego añade crema azucarada o no.

Suprime la gelatina progresivamente y va permitiendo la leche, huevos y carne bien picada.

Las grasas disminuyen, la secreción y el peristaltismo gástrico; a esta ventaja se añade el de que con un volumen relativamente pequeño de alimento, la introducción en el organismo de un número de calorías necesarias para su entretenimiento.

A todos estos enfermos debemos prohibir los dulces, el café, el té y el cigarro o cigarrillo.

Este tratamiento dietético debe ser completado con la institución del medicamento. Entre éstos, los más usados son las preparaciones de bismuto, la atropina o belladona y los alcalinos.

El bismuto es empleado bajo forma de subnitrito o de carbonato (este último es preferido por su menor toxicidad).

Kussmaul y Fleiner introducían 10 o 20 gramos de subnitrito de bismuto por intermedio de una sonda, previo lavaje de estómago. Esperaba que se precipitara el bismuto para decantar el exceso de agua con la misma sonda.

Hayen da 20 gramos de subnitrito de bismuto en suspensión en un poco de agua todas las mañanas. Recomendando a los enfermos acostarse

sucesivamente y durante un cuarto de hora sobre el dorso, el vientre, el costado derecho y el izquierdo.

Mathieu prefiere dividir la dosis de 20 gramos en dos, dando 10 por la mañana y 10 por la tarde en un poco de agua.

Para explicar como actúan las sales de bismuto existen 3 teorías. Según la primera, el bismuto formaría una especie de barniz protegiendo la mucosa y partes enfermas de la acción del jugo gástrico. Según Mathes, el bismuto formaría una costra sobre la úlcera y permite su cicatrización pues el jugo gástrico no actuaría sobre ella. Para Surmor, el bismuto favorece la secreción mucosa; el mucus sería el agente de protección del estómago contra la acción clorhidro-peptica.

La atropina actúa disminuyendo la secreción gástrica, obstaculizando la contracción de los músculos gástricos y haciendo cesar el eretismo pilórico; además es un excelente calmante del dolor.

Los alcalinos son usados para saturar el exceso de ácido clorhídrico, hace cesar el dolor y el espasmo pilórico. Las mezclas de los diferentes alcalinos son más convenientes, pues el uso exclusivo del bicarbonato de sodio tiene la propiedad de aumentar la secreción gástrica después de saturarla.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico de las úlceras gastro-duodenales está constituido por la gastro-enterostomía.

Efectuada en buenas condiciones, la mortalidad es pequeña. Si antes era superior al 20 por ciento, actualmente hay estadísticas en que no es mayor del 5 por ciento; los Mayo presentan estadísticas con un 2 o 3 por ciento de muertos.

En cuanto a sus resultados no pueden ser mejores. Los enfermos curan en un 80 por ciento de los casos; en un 15 o 20 por ciento mejoran, y solo un 5 por ciento vuelven con recidivas o no mejoran.

Cómo actúan las gastro-enterostomías? al estudiar, nosotros, las causas patogénicas de estas úlceras hemos establecido el importante rol que desempeñan la secreción clorhidro-peptica, como así mismo el extasis. Luego si nosotros estable-

ceмос una nueva boca entre el estómago y el intestino, combatimos estos hechos.

Por medio de esta intervención se establece el el reposo estomacal; pues permite que sus jugos pasen al intestino. De esta manera no solo evitamos que actúe sobre la úlcera sino también una de las causas que provoca mayor secreción y el eretismo pilónico, por consiguiente evitamos que se efectúe extasis.

Pero los efectos de la gastro-enterostomía no se limita únicamente a un efecto mecánico, al drenage del estómago. Tiene también un efecto químico, pues una gastro-enterostomía bien hecha permite el paso del intestino al estómago de la secreción biliar alcalina que viene a neutralizar el exceso de ácido clorhídrico hiper-activo.

Esta intervención es suficiente para curar las úlceras gástricas, puede ir o no acompañada de resección de la úlcera; en caso de que no se haga la resección es conveniente invaginarla para prevenirse de alguna perforación y la peritonitis consiguiente. Si la úlcera se encuentra del lado del duodeno se podría añadir la exclusión pilórica para ponerlo en reposo absoluto y favorecer su cicatrización.

Una buena gastro-enterostomía debe permitir, por lo tanto, una buena evacuación del estómago y permitir el reflujo de la secreción biliar alcalina.

del intestino al estómago. Estas condiciones están realizadas cuando se emplea la técnica de W. J. Mayo, de Rochester.

Las características de esta intervención son:

1.º Colocación de la boca en un punto declive y próxima del píloro.

2.º Abertura intestinal lo más próxima al ángulo de Treitz.

3.º Adosamiento yeyuno-gástrico sin torción del asa.

En los casos de hemorragias, es preferible hacer antes tratamiento médico; y solo cuando el enfermo se ha repuesto, practicar la intervención.

Si se ha hecho diagnóstico de perforación aguda hay que intervenir lo antes posible para tener probabilidades de éxito. En estos casos hay que suturar la úlcera en primer lugar y luego efectuar la gastro-enterostomía estableciendo drenaje del Douglas por una pequeña incisión supra-púbica; algunos cirujanos aconsejan de cerrar únicamente la perforación con el objeto de disminuir el tiempo de la intervención; en una segunda operación se hará la gastro-enterostomía. Cuando la perforación se ha hecho en una úlcera callosa, las suturas se hacen con dificultad; en estos casos algunos cirujanos han obtenido resultados excelentes con la operación de Neuman.

Para curar las estrecheces meso-gástricas de ori-

gen ulceroso, dos soluciones se presentan: sacar el obstáculo que se opone al curso de los alimentos o bien crear una vía evitando este obstáculo. En el primer caso se hace la resección del estómago, su parte estenosada; en el segundo caso se efectúa la gastro-anastomosis. Se puede además efectuar una gastro-enterosomía con el saco superior o con las dos cavidades o bien la gastro-plastia.

En la discusión del 5 de Mayo de 1914, en la Société de Chirurgie de Paris, el criterio predominante fué en favor de la resección del estómago en toda la parte inferior comprendiendo la estrechez, seguida de gastro-yeyunostomía.

Cuando se sospecha la degeneración maligna, está indicado la resección de la úlcera como medio profiláctico.

Yeyunostomía

En muchos casos de úlcera gastro-duodenal es necesario intervenir rápidamente tratando de no aumentar el schok de estos enfermos.

Como sucede en los casos de grandes hemorragias, en que los enfermos se encuentran agotados y la menor pérdida de sangre es probable que los lleve. En estos casos, con la yeyunostomía se puede llenar dos indicaciones: en primer lugar, poner en reposo al estómago; segundo, poder alimentar a estos enfermos. En estas condiciones pronto se reponen y se encuentran en condiciones de poder soportar una operación más radical en el caso de que la primera no sea suficiente para su curación.

Encontramos en esta afección otras indicaciones de la yeyunostomía. Muchas veces, cuando se hace una laparotomía por úlcera, se encuentra el cirujano con neoformaciones inflamatorias en

que no solo no encuentra sitio para hacer una gastro-enterostomía sino también las suturas no es posible practicarlas en las paredes gástricas así modificadas. Una yeyunostomía, en estas condiciones pone en reposo el órgano y permite la alimentación del enfermo; y en poco tiempo el enfermo se encuentra no solo mejorado si no a veces curado.

Puede el cirujano encontrarse con adherencias tan grandes del estómago con otros órganos, que esté contra-indicada la gastro-enterostomía; en este caso, igualmente debemos practicar la yeyunostomía.

Por último, encontramos en esta afección otra indicación; nos referimos a la perforación aguda. En estos casos hay que tratar de no aumentar el shock en que se encuentran. Con esta operación disminuimos al mínimo el tiempo de la intervención y podemos realizarla con anestesia local; a estas ventajas se añaden las indicaciones terapéuticas de esta afección que son el reposo del estómago y el de alimentación del enfermo.

Esta intervención está indicada en otras afecciones gástricas como ser: las obstrucciones del cardias y del píloro al mismo tiempo; en los casos en que haya estrechez pilórica y estén contra-indicadas la gastro-enterostomía o la gastro-pi-lorectomía como sucede en los cánceres del estó-

mago cuando han invadido el estómago en su totalidad, adherencias del tumor con los órganos vecinos etc. También está indicada en las quemaduras del estómago por cáusticos, si la muerte por inanición es inevitable.

Las ventajas de este método son las siguientes:

- 1.º Permite alimentar al enfermo inmediatamente.
- 2.º Deja en reposo al estómago.
- 3.º Es de una técnica fácil.
- 4.º Puede ser ejecutada con anestesia local.
- 5.º Es posible efectuarla en poco tiempo, no aumentando el shock del enfermo, como lo haría una intervención larga.

Presenta sobre la gastro-enterostomía dos ventajas, no despreciables en enfermos que no pueden soportar una operación larga: (1) La gastro-enterostomía prolonga y dificulta una intervención exigiendo al mismo tiempo una anestesia más prolongada; (2) la gastro-enterostomía no permite la realimentación inmediata de los enfermos.

Técnica.— El procedimiento empleado por el profesor Decoud es el de Witzel-von Eiselberg, que siempre le ha dado excelentes resultados; es la que nosotros vamos a describir:

- 1.º Laparotomía supra y sub-umbilical de 10 a 15 centímetros de larga.
- 2.º Se toma el ansa yeyunal y se tira afuera,

hacia la herida, se la rodea de compresas asépticas.

3.º) Se dispone el ansa longitudinalmente, según el gran eje de la herida.

4.º) Formación de un pliegue del yeyuno con una sutura continua de catgut fino, sobre una sonda Nelaton número 12 en el espacio de 4 centímetros.

5.º) Se efectúa una pequeña incisión en la extremidad inferior de la sutura, lo suficiente para el paso de la sonda y se completa el pliegue de modo que tenga 5 centímetros de trayecto. Esta sutura no debe comprimir la sonda ni mucho ni poco, pues en el primer caso puede producir la isquemia del intestino; y en el segundo disminuir su calibre.

6.º) Se fija el yeyuno por algunos puntos de sutura a la serosa peritoneal.

7.º) Cierre de la herida.

La fijación del ansa hay que practicarla a 30 centímetros del ligamento de Treitz.

La sonda se fija a la piel con un pelo de crin o con tela adhesiva.

Alimentación. —El enfermo puede ser alimentado inmediatamente sin inconveniente.

Debe hacerse al principio 4 o 5 comidas al día, aumentando progresivamente el número de ellas hasta hacerlo cada 3 horas. La cantidad de líqui-

do a introducir debe ser de 2.000 a 2.500 gramos en las 24 horas.

Los alimentos elegidos son: leche, café con leche, té con leche, en los que se puede desleir huevos, harinas preparadas en forma líquida, peptona; se puede también introducir sopas blandas bien desmenuzadas para facilitar el pasaje por la sonda.

A los 40 días estos enfermos ya pueden ser alimentados por la boca, sustituyendo progresivamente una comida por la boca yeyunal por otra efectuada por la boca natural.

Pronóstico. —El pronóstico de los enfermos operados de yeyunostomía es bueno, pues el shock operatorio se reduce al mínimo.

Depende de la lesión que afecte al enfermo. En un canceroso se consigue únicamente prolongarle la vida tratando de alimentarlo por una vía artificial. Los casos de quemaduras del estómago son de por sí graves; a estos enfermos no se los puede alimentar por la boca, y a causa de la gastritis aguda no pueden recibir alimento alguno sin vomitarlo o aumentando su gastritis; estos casos mejoran rápidamente y su pronóstico se modifica a los pocos días volviéndose favorable para el enfermo.

Igual cosa podemos decir de los ulcerosos, pues en ambos se puede alimentar a los enfermos le-

vantando rápidamente su estado general. Únicamente es desfavorable cuando se interviene por perforación aguda de la úlcera, cuando la peritonitis ya está muy avanzada.

En los enfermos operados de esta manera es frecuente ver el timpanismo abdominal que se puede combatir con leche de magnesia o calomel.

Los vómitos ocurren rara vez.

OBSERVACION I

*Servicio del Prof. Prof. Decard. — Sala 14
Cama 27*

José Domingorena, 48 años, argentino, viudo, empleado.

Entrada: 8 de Mayo de 1915.

Diagnóstico: Ulcera callosa de la pequeña curvadura del estómago.

Tratamiento: Yeyunostomía.

Antecedentes hereditarios:—Sin importancia.

Antecedentes personales. — Tuvo tifoidea en la infancia; no ha tenido enfermedades venéreas. Es gran fumador y regular bebedor.

Enfermedad actual.—El enfermo relata el comienzo desde hacen 6 años atrás en que comenzó a sentir ligeros dolores en el estómago, cuyo momento de aparición era indiferente y no tenía nin-

guna relación con las horas de las comidas; estos dolores eran muy pasajeros y no le molestaban ni para comer ni para trabajar. Los dolores fueron aumentando poco a poco de intensidad, sin acompañarse de ardores ni de ningún otro trastorno gástrico y siendo siempre caprichosas en su aparición; siguió así unos tres años sin preocuparse de la dolencia, pero en esa época se vió obligado a consultar médico porque los dolores se hacían ya más intensos y le molestaban. En este tiempo había hecho gran abuso del alcohol y tabaco. El médico que consultó, le ordenó reposo y régimen, sintiéndose así algo mejorado; mejoría que la notaba en la disminución de sus dolores de estómago y que duró más o menos un año. Después, empezó a sentir dolores más fuertes y ardores, que aparecían una o dos horas después de las comidas, y los sentía desde el estómago hasta la boca dándole una sensación de quemadura sobre todo cuando eructaba; los ardores aparecían también a otras horas del día (sobre todo por la tarde) cuando tomaba algún alimento (leche).

Hace unos 3 años más o menos, estaba trabajando en un jardín por la mañana, cuando sintió náuseas y vomitó gran cantidad de sangre roja a cuajarones; esto se repitió al día siguiente más o menos a la misma hora pero menos cantidad

de sangre; además notó, cuando movió su vientre que en las deposiciones había grumos negruzcos como borra de café, cosa que antes no había observado. Continuó el enfermo con sus dolores, ardores y muy anienudo vómitos, alimenticios que no tenían relación con las horas de las comidas hasta que tuvo un tercer vómito de sangre (hace 4 meses), tanta cantidad como el primer vómito. Continuó igual, no seguía régimen determinado, fumaba mucho y bebía menos que antes. Ingresa al servicio en el siguiente:

Estado actual.— Enfermo en deficientes condiciones de nutrición, piel blanca, mucosas pálidas, dientes en muy mal estado.

Cuello.— Bien conformado; no se ven latidos ni se palpan ganglios.

Tórax.— Corazón y pulmones normales.

Abdomen.— Se nota a la inspección francamente excavado; a la palpación, ligera contracción de los músculos de la pared (el enfermo está con dolores); en un punto situado entre el ombligo y el apéndice xifoides, a un través de dedo de la línea media y a la izquierda, que palpando profundamente provoca ligero dolor.

Operación: 10 - 5 - 1915. — Operador: Dr. Decoud. Anestesia general. Laparotomía media supra-umbical. Se encuentran zonas de perigástritis y peri-hepatitis, grandes adherencias entre la

cara inferior del hígado y la curvatura menor del estómago en la cual la exploración descubre una gran induración no bien limitada.

Visto a los rayos x a los 50 días, se ve funcionar el estómago; se observan contracciones y evacuaciones normales que corresponde al estado clínico del enfermo cuyas funciones digestivas se han regularizado por completo, desapareciendo todos los fenómenos subjetivos.

El enfermo vuelve a ingresar el 13 de Abril de 1916, quejándose de dolores epigástricos, no acompañados de vómitos. Su estado general es bueno. Presenta una eventración mediana de la cicatriz operatoria.

Radioscopia. — Se ve un estómago pequeño que se llena rápidamente en dos sacos, uno grande a la izquierda y otro pequeño a la derecha; se observa una zona clara en el plano vertical a la izquierda de la línea media.

Operación. — Anestesia general; incisión mediana supraumbilical; extirpación de la cicatriz anterior a la que adhiere el ansa yeyunal. Se constata un estómago pequeño retraído hacia arriba por las adherencias de la pequeña curvatura a la cara inferior del hígado; en este sitio se palpa una induración, como una mandarina; el estómago está biloculado. Con dificultad por la retrac-

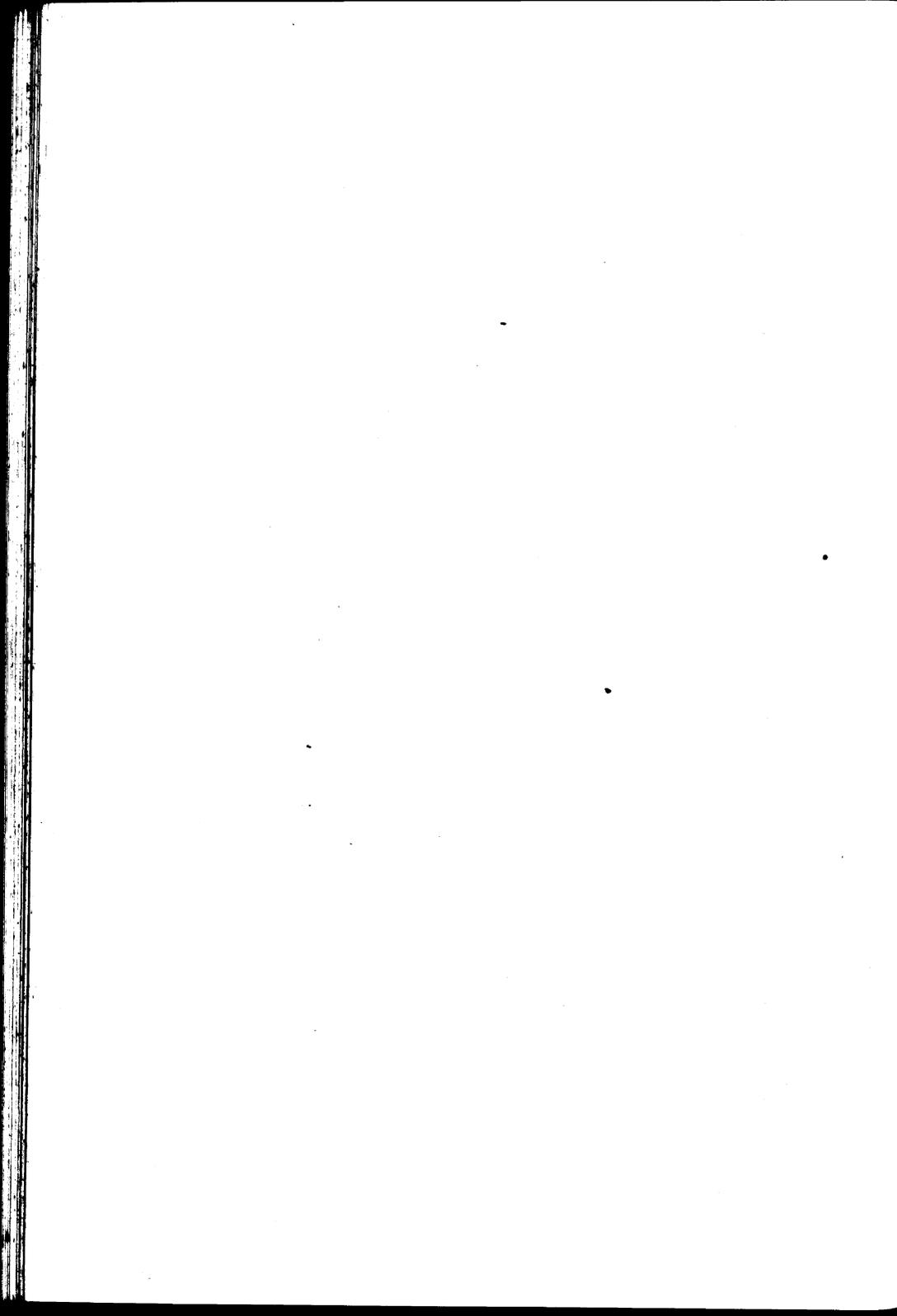
ción gástrica se hace una gastro-enterostomía posterior. La intervención duró dos horas.

Abril 22. — Buen estado general; 36° de temperatura, 22 respiraciones por minuto, 66 pulsaciones. No hay vómitos, vientre plano y blando.

Abril 23. — Por la tarde el pulso se hace frecuente llegando hasta 88 por minuto. Comienza a tener regurgitaciones abundantes de aspecto a borra de café.

Abril 24. — 130 pulsaciones, aspecto deshidratado. Continúa las regurgitaciones. Se hace sentar al enfermo bien vertical. Se indica suero fisiológico y aceite alcanforado. A la hora de sentado el enfermo no tiene regurgitaciones y se lo puede alimentar con chuño.

Abril 25. — 105 pulsaciones. El enfermo se encuentra mejor. Toma agua y se alimenta con chuño. Se hace aceite alcanforado.



OBSERVACION II

Dr. Decoud

Mujer de 35 años. Ha tenido cuatro hijos que viven y son sanos. Tuvo tifoidea a los 22 años.

Desde hace cinco años sufre de acidez al estómago, padecimiento que ha ido en aumento. A veces tiene vómitos abundantes, que le producen una impresión de quemadura.

Julio 18 de 1915. — Desde quince días atrás se han vuelto a repetir por tercera vez los vómitos de sangre. Esta vez no ha cedido a los diversos tratamientos empleados.

Cuando el doctor Decoud la ve por primera vez se encuentra en un estado acentuado de anemia aguda por causa de los expresados vómitos. Tiene dolor acentuado a la palpación en el hueco epigástrico. Pulso débil, 120 por minuto. Postración extrema.

Es conducida al sanatorio Lavallo donde se le

practica una yeyusnostomía de urgencia con anestesia a la estovaina. Terminada la operación se introducen 500 gramos de leche, primera ración alimenticia que puede soportar después de dos semanas.

Ese mismo día sufre otra hematemesis, negra, borra de café.

Desde entonces los síntomas empiezan a disminuir. No hay más vómitos y los dolores desaparecen al cabo de algunos días.

La alimentación por la boca yeyunal aumenta poco a poco. La enferma recupera fuerzas gradualmente.

Al cabo de 35 días empieza a alimentarse por la boca alternando con la ingestión por el conducto yeyunal.

A los 50 días se extrae el tubo. La abertura cierra en segunda y desde entonces se alimenta solo por la vía natural.

Desde hace 10 meses no ha experimentado más molestia y se encuentra en muy buen estado de salud.

Bibliografía

Ziegler.—Traité d'anatomie pathologique.

Mausell Moullin.—Causas esenciales de la úlcera gástrica y duodenal. — Presse Medicale año 1911.

A. Gouget.—Les recentes recherches experimentales sur la pathogenie de l'ulcere rond. — Presse Medicale 1911.

Alberto Mathieu.—Ulcere et cáncer del l'estomac. — Pathologie gastro-intestinale (2.^a série)

Georges Hayen et Gastón Lion.—Maladies de l'estomac, (Nou veau traité de Medicine et de Therapeutique-Brouardel et Gilbert).

L. Galliard-Guiart-Hutinel-Thiercelin.—Maladies de l'intestin (Nouveau traite de Medicine et de therapeutique — Brouardel et Gilbert).

E. Doyen.—Affections de l'estomac.

Diógenes Decoud.—La boca yeyunal. La Semana Médica 29 Nov. 1916.

Luis R. Desio.—Yeyunostomía — Tesis 1909.

José María Pascual.—Las vías artificiales del tubo digestivo. — Tesis 1908.

Asociación Médica Argentina.—Octubre 1915.

La úlcera simple del estómago y del duodeno por el *Dr. Pedro Avidio Bolo.*

La gastro-estereostomía en la úlcera y en el cáncer del estómago. La Semana Médica N.º 13 de 1707, por el *Dr. Diógenes Decoud.*

Lecciones de clínica quirúrgica — *Crawvel.*

Felix Lejars.—Traité de chirurgie d'urgence.

M. Hustin.—Sept cas de perforation de l'estomac et du duodenum. — Presse Médicale 1911.



Buenos Aires. Mayo 9 de 1916.

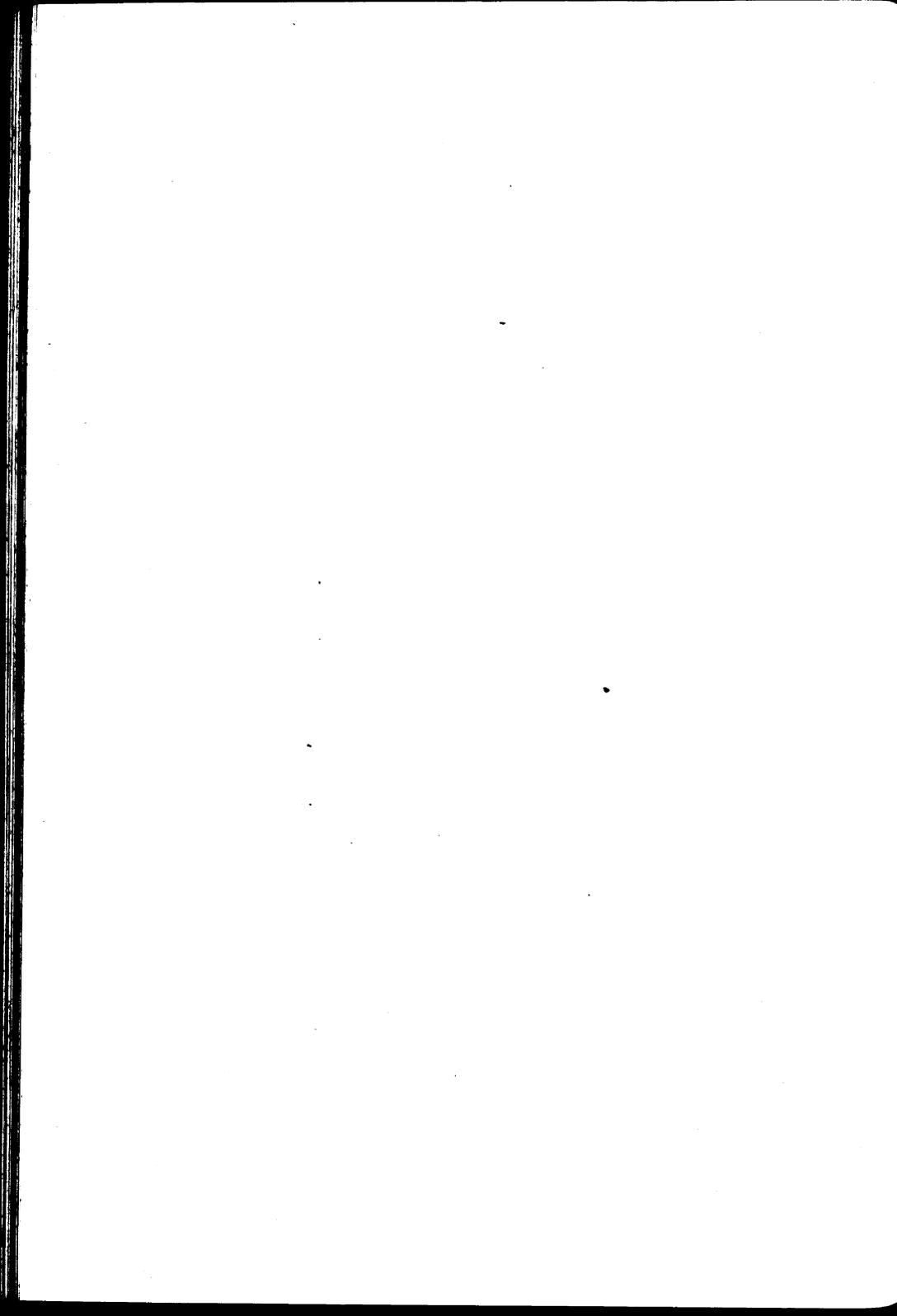
Nómbrese al señor Consejero Dr. José Arce al profesor extraordinario Dr. Leandro Valle y al profesor suplente Dr. Armando Marotta para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

Buenos Aires. Mayo 20 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3115 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Indicaciones de la jeyunostomía en la úlcera del estómago. Opiniones de las escuelas alemana y francesa a éste respecto.

José Arce

II

Otros procedimientos de jeyunostomía; medida en que satisfacen las exigencias de una real eficacia en los fines de esta operación.

Leandro Valle.

III

Tratamiento post respiratorio. Causa de la recidiva.

Armando Marotta

