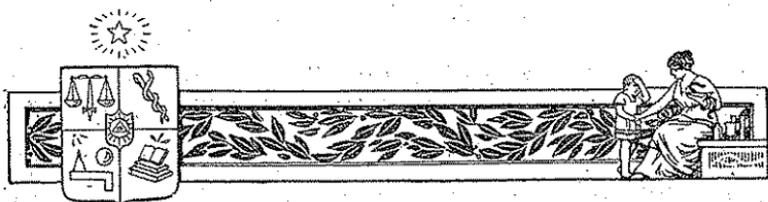


LA ULCERA PEPTICA GASTRO-DUODENAL

POR EL

Dr. Guillermo E. Münnich



LA ÚLCERA PEPTICA GASTRO-DUODENAL

La úlcera péptica del estómago i del duodeno i su tratamiento quirúrgico

Me ha tocado operar en mi servicio quirúrgico del Hospital Alemán de Valparaíso un regular número de enfermos de úlcera gástrica i duodenal. No se trata de cifras que puedan compararse con las estadísticas de las grandes clínicas americanas o europeas, pero no son despreciables dentro de nuestro material reducido, i como se trata de una afección relativamente frecuente i cuyo tratamiento quirúrgico no es todavía de dominio jeneral, me permito presentar un estudio sobre estos casos i sus resultados para cumplir con el requisito que el reglamento exige a los Miembros Académicos de la Facultad de Medicina.

Estimo que es preferible reunir bajo el nombre de úlcera péptica a la úlcera gástrica, pilórica i duodenal, aunque los textos mantengan todavía esta diferencia regional, estudiando la úlcera gástrica i pilórica entre las enfermedades del estómago i la duodenal entre las del intestino.

No hai duda que existen algunas diferencias en la sintomatología i en el tratamiento según si las úlceras se encuentran hacia la izquierda o derecha de la vena pilórica, pero no se trata sino de diferencias regionales; la enfermedad, en su etiología, sintomatología i tratamiento es una sola i por consiguiente debe estudiarse como tal.

Etiología

A pesar de todos los estudios hechos para dilucidar la etiología de la úlcera péptica, no se ha llegado a un resultado seguro. Ulceraciones producidas artificialmente en estómagos de animales por medio de cauterización, de escisión, etc., sanan rápidamente casi sin dejar rastro. De manera que para la producción de la úlcera péptica deben existir otras condiciones. En jeneral es producida por una perturbación circulatoria local que deja el correspondiente trozo de mucosa sin la defensa de la sangre alcalina contra la acción péptica de un jugo gástrico jeneralmente hiperácido. Las esperiencias de Rosenow parecen dar más luz sobre este punto. E. C. Rosenow (Journ. Amer. Med. Assoc. 1915. Nov. 23) cree que la causa de la úlcera péptica son embolias sépticas produci-

das por bacterias que vienen de alguna infección focal (dientes cariados, criptas en las amígdalas, apendicitis crónica, colecistitis, etc.). Letulle en un caso de úlceras gástricas que se presentaron en el curso de una sepsis puerperal, encontró estreptococcus en la pared del estómago, cuyos cultivos, inyectados en cuyes, produjeron úlceras gástricas en estos animales.

Boetticher había, con anterioridad, atribuido importancia etiológica a los microorganismos en la úlcera gástrica, pero sus estudios fueron criticados por Koerte, quien no los encontró ni constantes ni probatorios. Sin embargo, los estudios de Rosenow son muy interesantes y sus conclusiones son aceptadas por la mayoría de los autores norteamericanos, aunque algunos científicos europeos parecen considerarlos todavía con cierto escepticismo.

Bergmann atribuye a un estado espasmofílico una gran importancia etiológica en la úlcera péptica. No hay duda que un buen número de enfermos de úlcera son sujetos de constitución vagotónica o simpaticotónica, en los cuales hay tendencia a la producción de espasmos de la musculatura lisa. Si en un enfermo en estas condiciones se presentan al mismo tiempo contracciones espasmódicas del píloro y angioespasmos en la pared gástrica, no cabe duda que existen condiciones favorables para la producción de una úlcera, especialmente si se toma en cuenta que estos mismos sujetos sufren generalmente de hipersecreción e hiperacidez del jugo gástrico.

Un hecho curioso i para el cual todavía falta una esplicación, es la relativa frecuencia de úlceras del estómago i especialmente del duodeno después de quemaduras estensas de la piel (Holmes encontró 16 úlceras duodenales en 125 casos de quemaduras estensas).

Están contestes los autores en que la úlcera péptica es mucho más frecuente en la mujer que en el hombre, pero la úlcera duodenal i las complicaciones serias son más frecuentes en el hombre, predominando en las niñas cloróticas la úlcera simple, menos tenaz a un tratamiento médico i dietético.

Anatomía patológica

Las úlceras del estómago se encuentran principalmente cerca de la curvatura menor i en la rejión pilórica, mucho menos frecuentes son en la curvatura mayor. En el duodeno el sitio de predilección es la pared anterior i el borde superior de la primera porción del duodeno. Su dimensión es mui variable; desde el tamaño de una cabeza de alfiler, apenas visible aun en la autopsia, hasta la formación de tumefacciones que abarcan la mayor parte del estómago i presentan infiltraciones intensas de las vísceras vecinas. Su cicatrización produce consecuencias importantes; en las situadas en el píloro o duodeno se produce frecuentemente una estrechez duradera, en las gástricas la cicatriz produce deformaciones que terminan en la formación del estómago en reloj de arena.

Para formarse una idea sobre la frecuencia relativa de las úlceras gástricas i pilóricas, Reinhard (Deutsche Zeitschrift fuer Chirurgie, 1919) revisó 10,000 autopsias del Hospital St. Georg Hamburg de 1911-18. Encontró 293 úlceras, de las cuales 228 eran gástricas i 65 duodenales. Úlceras solitarias había 182 gástricas i 43 duodenales, úlceras múltiples 42 gástricas i 18 duodenales; en 4 casos había coexistencia de úlceras gástricas i duodenales. Ordenando su material bajo otro punto de vista obtuvo lo siguiente:

1) Úlceras encontradas en la autopsia como hallazgo secundario: 189 gástricas i 47 duodenales.

2) Úlceras en personas que habían recibido por ellas tratamiento médico o quirúrgico i habían fallecido a consecuencia de ellas: 39 gástricas, 18 duodenales.

3) Cicatrices típicas de antiguas úlceras: 54 gástricas, 2 duodenales.

De estos datos resulta:

1) Que 80 % de las úlceras encontradas en las autopsias no habían sido diagnosticadas durante la estadía de los enfermos en el Hospital, lo que demuestra que muchas úlceras no hacen síntomas.

2) Que la mortalidad de la úlcera gástrica fué de 17 %, i la de la duodenal de 27.6 %.

3) Que la cicatrización se constata en la úlcera gástrica en 23.6% de los casos, i en la duodenal sólo en un 3 %.

Sobre la frecuencia de la degeneración maligna no se han uniformado las opiniones. Mien-

tras algunos autores la creen mui rara, otros la estiman mui frecuente. Más adelante trataremos con más detalle este punto.

Sintomatología

Los textos mencionan los siguientes síntomas cardinales: dolor, vómitos, presencia de sangre en el vómito o en los escrementos (hemorragias ocultas), i, por fin, las complicaciones como hemorragias i perforación. Pero no son raros los casos que hacen una evolución completamente latente, en que una úlcera persiste por mucho tiempo sin hacer síntomas para dar lugar bruscamente a una hemorragia intensa o a una perforación.

El *dolor* puede variar en su intensidad desde un simple ardor desagradable hasta un dolor intensísimo, intolerable. Se presenta generalmente después de la ingestión de alimentos i es puede hasta cierto punto diagnosticar el sitio de la ulceración por el lapso de tiempo que transcurre entre la comida i la aparición del dolor. La úlcera situada cerca del cardias produce dolor inmediato, la duodenal sólo a las 3-4 horas. Frecuente es el llamado «Hungerschmerz» por los alemanes, dolor de estómago vacío, que aparece 5-6 horas después de las comidas para ceder con la ingestión de alimentos i volver a aparecer nuevamente algún tiempo después. Jeneralmente se encuentra cierta sensibilidad a la presión en la región epigástrica, variable según la situación de la úlcera. i es frecuente una zona sensible a

la presión situada en el dorso, a la izquierda de la línea media, a lo largo de las apófisis transversas de la 10.^a-12.^a vértebras dorsales (Boas). Ewald ha encontrado estos puntos sensibles en un 60 % de sus casos de úlceras del estómago. Es frecuente que períodos de malestar intenso, con dolores i ardores insoportables, alternen con períodos más o menos largos de bienestar completo, que vienen con cualquier tratamiento o a veces sin ninguno i que a menudo son tomados por curaciones i anotados a favor de cualquier método terapéutico. Esta alternación entre molestias i bienestar es tan característica que constituye un importante medio de diagnóstico i en él se funda especialmente Moynihan para sostener que el diagnóstico de la úlcera se puede casi siempre hacer con la anamnesia antes de que se presenten síntomas graves. A estos períodos de bienestar se refiere Mayo cuando dice que él considera que hai indicación para operar una úlcera péptica, una vez que haya sido sanada 4-6 veces con tratamiento médico.

El examen del jugo gástrico demuestra generalmente una hiperclorhidria manifiesta. La acidez puede llegar a 90, 100 i aun 110, lo que equivale a 2-4 ‰ de ácido clorhídrico. A veces se encuentra gastrosucorrea, es decir, presencia de jugo gástrico ácido en el estómago en ayunas. Pero no son raros los casos de úlcera que presentan un jugo gástrico de acidez normal o subnormal, de manera que el examen del jugo gás-

trico no tiene gran importancia para el diagnóstico.

El *vómito* es rara vez espontáneo, salvo en las perforaciones aguda o crónica; jeneralmente es provocado por el enfermo para obtener alivio de sus molestias. En efecto, el ardor i el dolor ceden jeneralmente si el estómago vacía bruscamente su contenido.

La *presencia de sangre* en el vómito o en las deposiciones es frecuente, por lo menos en forma de *hemorragias ocultas*. Para demostrarla hai que examinar las deposiciones según el procedimiento de Weber o Meyer, después de haber mantenido al enfermo por varios días sin carne en los alimentos. La presencia de pequeñas cantidades de sangre en el vómito se puede demostrar con la prueba de Heller o a veces con el microscopio.

Las *hemorragias* más intensas son frecuentes i pueden a veces, aunque rara vez, producir directamente la muerte. Me ha tocado observar un caso, instructivo también bajo otro punto de vista. Un joven ingresa al Hospital el 24 de Julio de 1917 i es operado a los pocos días de hernia i várices. Las heridas sanan sin complicaciones i ya se piensa dar al enfermo permiso para levantarse, cuando súbitamente, el 6 de Agosto, sobrevienen síntomas de hemorragia interna, aparecen deposiciones de sangre i el enfermo fallece sin dar tiempo de proceder a una intervención quirúrgica. La autopsia demuestra después de mucho buscar una pequeña úlcera en la cara

posterior del duodeno; seguramente no habría sido posible encontrarla en caso de haberse operado

La *perforación* puede presentarse de dos maneras: aguda o crónica. (Moynihan distingue fuera de estas dos la subaguda). La perforación aguda es la que se hace bruscamente en la cavidad libre del peritoneo: produce síntomas agudísimos que describiré con más detalle en un caso que me tocó operar últimamente (N.º 67).

La *perforación crónica* es la que se hace lentamente a través de la pared gástrica, dando tiempo al epiplón, a las vísceras vecinas (hígado, vesícula biliar, intestino, páncreas) o a la pared abdominal, de contraer adherencias con el estómago (N.º 69), evitando así la producción de una peritonitis aguda, pero no pudiendo evitar muchas veces complicaciones serias, abscesos subfrénicos especialmente (véase N.º 10).

Diagnóstico

El diagnóstico puede ser muy sencillo cuando coinciden todos los síntomas i tratándose de casos típicos. Puede otras veces ser muy difícil o aún imposible. Entre las enfermedades del estómago que hai que tomar en cuenta para el diagnóstico diferencial mencionaremos la gastraljia nerviosa que puede a veces presentar síntomas parecidos, i el carcinoma gástrico en ciertas formas atípicas. Otras afecciones abdominales que pueden dar lugar a equivocación son la apendi-

citis, la nefrolitiasis, la pancreatitis i, en especial, la colecistitis i colelitiasis. Por fin pueden presentar síntomas parecidos ciertas afecciones nerviosas, neuraljias intercostales, crisis gástricas en la tabes, etc.

Graham de la clínica de los Mayo hace un estudio sobre el diagnóstico de las úlceras pépticas basado en la observación clínica de 2,919 casos (2,223 duodenales i 696 gástricas). Estudia primero la diferenciación entre úlcera gástrica i duodenal, que en suma no es tan importante, ya que el tratamiento es el mismo; dice que mientras más larga es la historia de la enfermedad, mayor es la probabilidad de que sea duodenal la úlcera.

La anamnesia es de lo más importante. Es característico el dolor que aparece 1-5 horas después de comer, desaparece con la próxima comida para volver a aparecer nuevamente después del mismo lapso de tiempo. Por periodos de días o semanas es idéntico todos los días; viene un intervalo i desaparecen todos los síntomas por completo durante semanas i aun meses. Poco a poco aumentan los dolores en frecuencia i en intensidad. Los periodos de dolor se hacen más largos, los intervalos libres más cortos. En estos casos típicos se puede hacer un diagnóstico seguro antes de que aparezcan hemorragias o complicaciones.

En la colelitiasis los síntomas son los mismos, dolor, gases, vómito. Pero su agrupación es diferente. Vienen en ataques que se suceden con intervalos cortos o largos, pero no con la periodicidad

en relación con las comidas como sucede en la úlcera. El ataque de dolor en la colelitiasis viene bruscamente, dura un tiempo más o menos largo i desaparece igualmente con brusquedad; no tiene relación con las comidas ni es aliviado por ellas. La otra forma clínica de la colecistitis, en la que los síntomas se reducen a lo que jeneralmente se llama dispepsia se presta menos a equivocaciones con la úlcera. En los casos más avanzados los síntomas se hacen más parecidos i el diagnóstico diferencial entre una colecistitis complicada i una úlcera con perforación crónica es a menudo imposible; tampoco es tan importante puesto que en ambos casos hai una indicación precisa para intervenir quirúrgicamente i la operación aclara el diagnóstico. Pero aun en estos casos un estudio atento de los primeros síntomas de la enfermedad permite a veces hacer el diagnóstico.

Después de la anamnesia i del estudio del jugo gástrico i escremento (hemorragias ocultas) es el *examen radiológico* el más importante para el diagnóstico. Son raros los casos en que a la pantalla se puede hacer un diagnóstico seguro de úlcera simple. Pero en las úlceras callosas profundas, en las úlceras perforantes o perforadas crónicas, se ve el nicho producido en la sombra opaca por la repleción del fondo de la úlcera con el bismutó. Otras veces la contracción espasmódica del estómago frente a una úlcera de la curvatura menor produce un cuadro semejante a un estómago de reloj de arena. Por fin, las consecuencias de las cicatrices de la úlcera péptica, la estenosis piló-

rica, el verdadero reloj de arena, dan un cuadro característico a la pantalla. Pero en la mayoría de los casos un diagnóstico radiológico seguro no puede obtenerse sino por fotografías en serie, como las hacen en las grandes clínicas americanas, especialmente, i el examen a la pantalla no hace sino agregar datos para el diagnóstico como ser la mayor o menor velocidad de vaciamiento del estómago o la intensidad más o menos grande de sus olas peristálticas.

Así se comprende que aún empleando todos los medios de diagnósticos, habrá casos en que éste no sea confirmado por la operación. El mal no es grande; ya que la intervención, al mismo tiempo que revela el diagnóstico errado, revela el verdadero i permite aprovecharlo. Recuerdo varios casos en que todos los síntomas estaban entre úlcera péptica o colelitiasis, en que los diferentes medios de diagnóstico no permitían precisarlo más i en que la operación nos demostró que tanto la vesícula biliar como el estómago i duodeno estaban sanos i toda la patología estaba en el apéndice; la estirpación del apéndice hizo desaparecer todos los sufrimientos.

Prognóstico

La dificultad de un diagnóstico seguro, especialmente en los casos leves, explica la diversidad de opiniones en cuanto al pronóstico de la úlcera péptica. Leube calcula que de 424 enfermos tratados por él, 74% sanaron, 22% mejoraron, 2%

no mejoraron i sólo. 20% fallecieron; por el otro lado Debove i Rémond encuentran una mortalidad de 50% siendo la causa de la muerte: tuberculosis en un 20%, peritonitis por perforación 13%, hemorragia 5%, inanición 5%, otras complicaciones 7%. Estimo como los Mayo i la mayor parte de los cirujanos que tienen experiencia en cirugía gástrica, que la última estadística es la que más se acerca a la verdad. El internista por tres razones tendrá siempre una estadística demasiado favorable. En primer lugar tratará i sanará como úlceras un buen número de simples perturbaciones nerviosas o funcionales del estómago. En segundo lugar estimará frecuentemente como curaciones los períodos de bienestar mas o menos largos que, como hemos visto, son característicos en la marcha de esta enfermedad; da de alta al enfermo i anota el caso como curación, i no puede corregir su error porque el enfermo, si vuelven sus padecimientos, jeneralmente cambia de médico. En tercer lugar el internista no ve los casos graves de úlcera, las hemorragias intensas, las perforaciones agudas i crónicas sino cuando ocurren durante su tratamiento, porque jeneralmente es al servicio quirúrgico del hospital, al cirujano a quien recurre el enfermo en estos casos.

La posibilidad de la degeneración maligna también contribuye a empeorar el pronóstico.

El pronóstico de la úlcera duodenal es mucho peor que el de la gástrica; sana rara vez con tratamiento médico i produce con mucha frecuencia complicaciones (hemorragias i perforaciones agudas o crónicas).

Tratamiento médico

El tratamiento médico de la úlcera péptica debe tentarse siempre que no exista una indicación urgente para una intervención quirúrgica. No hai duda que obtiene buenos resultados en muchos casos, especialmente en las úlceras gástricas de las niñas cloróticas. Los casos recientes presentan mejores expectativas que aquellos en que durante un tiempo más o menos largo han alternado mejorías con empeoramientos.

El tratamiento anti causal consistiría en buscar i tratar de eliminar alguna infección focal que pueda ser la causante de la úlcera (abcesos dentarios, focos infecciosos en las amígdalas, en los senos nasales, inflamaciones crónicas del apéndice, de la vesícula biliar, procesos ulcerosos en el intestino o recto, etc.) i en mejorar el estado espasmofílico del enfermo.

Para el tratamiento médico directo de la úlcera conviene seguir las indicaciones dadas por Cruvellhier, Leuve, Smithies i otros. El reposo del órgano enfermo es la primera indicación. Para esto se recomienda la estadía en cama i se deja al enfermo los 2-3 primeros días sin ningún alimento por la boca. Durante estos días se le mantiene con lavativas alimenticias. Después se empieza con leche en pequeñas cantidades, que se van aumentando gradualmente, agregandole crema. En la segunda semana se agregan huevos frescos, beaftea, jalea de carne; en la tercera se

puede permitir pollo, sesos, sopas espesas i por fin poco a poco se vuelve a la alimentación normal, pero siempre con prohibición de fruta cruda, condimentos, bebidas alcohólicas concentradas. Como medicamentos se recomiendan el carbonato de bismuto, los alcalinos (especialmente la magnesia calcinada i la leche de magnesia) i la belladona. Purgantes salinos evitan la constipación. El calor local en forma de compresas abdominales parece ser conveniente.

Tratamiento quirúrgico

¿Cuándo debe recurrirse al tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica?

En el Congreso de Cirujía de Berlín de 1897 Mikulicz planteó las siguientes indicaciones:

1) Si hai peligro de vida para el enfermo a causa de hemorragia, perforación o inanición por estenosis pilórica.

2) Si un tratamiento médico no produce resultados i los padecimientos del enfermo son intensos.

Thompson (Brit. Med. J. 13.3.1909) sostiene las mismas indicaciones, agregando como tercera la sospecha de degeneración maligna.

Hai al respecto una simpática identidad de opiniones entre internistas i cirujanos. Así, Ewal, el conocido internista i especialista en enfermedades del estómago, formula las siguientes indicaciones para remitir el enfermo al cirujano:

1) los casos de estrechez pilórica i de reloj de

arená, cuando sus molestias no ceden á un tratamiento médico, 2) las adherencias perigástricas si producen dolores, 3) las hemorragias, 4) la hiperacidez, especialmente si va acompañada de dilatación i atonía del estómago i no cede a un buen tratamiento médico, 5) la perforación. En las úlceras no complicadas no recomienda la operación sinó cuando un tratamiento médico prolongado ha fallado. Advierte que en enfermos histéricos no debe operarse sino con indicaciones mui estrictas. En efecto, estos enfermos siguen jeneralmente con molestias aún después de sanada la úlcera i no hacen sino desacreditar el tratamiento quirúrgico. (Es lo que sucede frecuentemente con las nefropexias en mujeres histéricas).

En mis operaciones he seguido más o menos las mismas indicaciones. Creo que debe operarse a la mayor brevedad posible todo caso de perforación aguda, i que las hemorragias intensas o repetidas, la estenosis pilórica, la perforación crónica, las adherencias perigástricas que producen molestias, son indicaciones precisas para operar. En los casos no complicados opero si las molestias del enfermo no ceden con un bien dirigido tratamiento médico o si recidivan frecuentemente.

Una vez planteadas las indicaciones para una intervención quirúrgica viene el otro problema. ¿Qué intervención conviene hacer? Desde que Doyen recomendó la gastroenterostomía como tratamiento de la úlcera péptica, ha seguido siendo esta operación la preferida en estos casos

por la gran mayoría de los cirujanos, Si la úlcera está situada en el píloro o el duodeno, el efecto curativo es jeneralmente sorprendente, no así en las úlceras situadas en pleno estómago. ¿Cómo se esplica el efecto curativo de la gastroenterostomía? Al principio se creyó que era mui fácil esplicarlo. Haciendo una abertura en el punto de mayor declive, se decía, el contenido gástrico se vacia por ahí, no se pone en contacto con la úlcera i ésta puede sanar. Pero con los progresos de la radiografía se vió que muchas veces, a pesar de la gastroenterostomía, la mayor parte del contenido gástrico pasaba por el píloro. Se esplicaba entonces el buen resultado con la neutralización de la hiperacidez debida a la penetración de jugo duodenal al estómago por la gastroenterostomía. Por fin se atribuye bastante importancia al efecto favorable que ejerce la gastroenterostomía sobre el pilorospasmo que tan frecuentemente acompaña a la úlcera péptica. En mi opinión es la unión de estos tres factores lo que produce el efecto curativo de la gastroenterostomía; es decir, para repetirlo, la neutralización del contenido gástrico por reflujo parcial de jugo duodenal (jugo pancreático i bilis), el vaciamiento más rápido del estómago, i, en la úlcera pilórica i duodenal, el reposo de la úlcera, por no pasar jugo gástrico por encima de ella. Los dos primeros factores obran también en la úlcera del cuerpo del estómago, pero la falta del tercero hace menos segura la acción de la operación. Fundado en este convencimiento creo

que conviene acompañar la gastroenterostomía con la oclusión del píloro, siempre que se le encuentre permeable. Varios cirujanos, entre ellos los Mayo, dicen no haber visto ventajas de la oclusión del píloro i creen que la secreción de los jugos digestivos que se vacian al duodeno (bilis i jugo pancreático) puede perturbarse, si falta el estímulo fisiológico, cual es la penetración del contenido gástrico en él. Siguiendo el consejo de ellos he omitido de cerrar el píloro en cierto número de casos. Si bien, a veces, la marcha posterior ha sido sin contratiempo, la experiencia de otros casos me indujo a volver a efectuar la oclusión pilórica en todos los enfermos en que encontrara el píloro permeable. Así he tenido que operar nuevamente para cerrar el píloro a una enferma que había sido operada 4 años ante por otro cirujano (N.º 59), a otra que yo mismo había operado i en la que reaparecieron molestias al cabo de un año (N.º 44), en un tercero, que tuvo casi síntomas de círculo vicioso (N.º 54) i por fin en una enferma en que por tentar otro procedimiento había hecho la oclusión con catgut (N.º 60). En los cuatro caso la oclusión pilórica hizo desaparecer los síntomas, lo que me parece una prueba bastante demostrativa de la conveniencia de cerrar el píloro. No se comprendería de otro modo el efecto poco seguro de la gastroenterostomía en las úlceras del cuerpo del estómago, en contraposición con la pilórica i duodenal.

No todos los cirujanos están de acuerdo en que la gastroenterostomía es la operación de selección. En las úlceras del cuerpo del estómago (paredes anterior i posterior, curvadura menor i mayor) muchos son partidarios de la escisión de la úlcera, acompañada o no de la gastroenterostomía. Algunos siguen esta norma también en la úlcera pilórica i duodenal i combinan la escisión con la piloro-plástica o con la gastro-duodenostomía (Pinney). Balfour (Clínica de Mayo), fundándose en la tendencia a sanar que tienen todas las úlceras perforantes recomienda imitar a la naturaleza a este respecto; perfora el fondo de la úlcera con el termocauterio i en seguida ocluye la perforación i hace la gastroenterostomía; estima que el efecto del termocauterio puede ser también favorable en el sentido de destruir un principio de degeneración maligna en la úlcera, por la poca resistencia al calor de la célula cancerosa. Con esto tocamos un punto importantísimo en el tratamiento de la úlcera péptica, punto que todavía no está bien dilucidado i en el cual hai gran diversidad de opiniones. Me refiero a la frecuencia de la degeneración maligna de la úlcera péptica. Si es frecuente, sería una indicación a favor de un tratamiento quirúrgico de todas las úlceras pépticas i en el sentido que este tratamiento debería ser en lo posible la extirpación. Este es el punto de vista sostenido por Warbasse, quien cree que un 75 % de los cánceres del estómago se implantan en antiguas úlceras. Smithies ha publicado al respecto un es-

tudio mui detallado, fundado en 921 casos de cáncer i 500 de úlcera del estómago; dice que las opiniones de los autores en cuanto a la frecuencia en que un cáncer del estómago es precedido por una úlcera, varían entre un 3 % como cree Fenwick i un 90 % como sostiene Safeska; llega a la conclusión que no es posible probar ni clínica ni microscópica, ni experimentalmente que el cáncer es debido a la úlcera. Bier ha visto rara vez la dejeneración maligna de una úlcera gástrica. En el mismo sentido habla el hecho que el cáncer del estómago es mucho más frecuente en el hombre que en la mujer, siendo en cambio la úlcera gástrica mucho más frecuente en la mujer; por el otro lado la úlcera duodenal es dos veces más frecuente que la gástrica i el cáncer del duodeno es de una rareza extrema. Me parece lo más probable que una úlcera crónica, tanto en el estómago como en cualquier otro punto del organismo, pueda dar lugar a una implantación de cáncer i que por esto conviene sanarla lo más pronto posible, pero que no es necesario ver dejeneración maligna en todas las úlceras i esponer al enfermo a un riesgo mucho mayor como lo es la resección en comparación con la gastroenterostomía, sino en los casos en que haya sospecha fundada de malignidad. En mi material he podido constatar siete veces la formación de un cáncer sobre una antigua úlcera (6, 13, 16, 51, 55, 72) i dos casos dudosos (17, 40).

Algunos cirujanos prefieren a la gastroenterostomía, la gastroduodenostomía según los procedi-

mientos de Kocher o Finney, acompañada o no de la escisión. Yo creo con Balfour que la operación de Finney puede tener aplicación si existe una imposibilidad o dificultad muy grande para hacer una gastroenterostomía posterior. Estimo que debe preferirse en estos casos a la gastroenterostomía anterior i con mi experiencia actual sería la operación que efectuaría encontrándome nuevamente con casos como el N.º 2 i 30. Es posible que la piloroplástica recomendada por Strauss en Diciembre del año pasado adquiriera mayor popularidad. Yo la recomendaría en casos como el N.º 71, en que la inspección i palpación no den la seguridad de la presencia de una úlcera, existiendo, sin embargo, los síntomas clínicos. Hasta el cirujano más avezado tropezará a veces con estos casos i como son conocidos los inconvenientes de una gastroenterostomía en un enfermo que sólo tiene una neurosis i no una úlcera gástrica, es un gran alivio poder contar con una operación sencilla, espedita i que, produciendo benéficos resultados si existe úlcera, no daña si no existe. No creo, sin embargo, como piensa Strauss, que esta operación vaya a desterrar la gastroenterostomía en el tratamiento de la úlcera péptica.

La resección del píloro, del duodeno o del estómago pueden limitarse en mi opinión a los casos en que haya segura o probablemente degeneración maligna, o una deformación cicatricial incompatible con un buen funcionamiento (ciertas formas de reloj de arena). Pero no hai inconveniente en efectuar estas operaciones en casos fa-

vorables i en que las condiciones jenerales del enfermo permiten correr el mayor riesgo que significan.

Técnica de las operaciones

Incisión epigástrica mediana o lateral derecha. La mediana tiene la ventaja de demandar menos tiempo, tanto al efectuarla como al suturarla, pero espone un poco más a hernia que la incisión lateral. Prefiero la mediana si se trata de personas de cierta edad i que por su profesión no necesitan hacer ejercicios intensos. Si se trata de jóvenes de vida activa i de buen estado jeneral, en los que no importa perder 10-15 minutos más en la operación, prefiero la incisión lateral con retracción del músculo recto abdominal hacia fuera. Una vez abierta la cavidad peritoneal debe empezarse por una revisión jeneral. Píloro, duodeno, todo el estómago, las vías biliares i, si es posible, el apéndice, deben revisarse antes de decidir la operación que va a hacerse. Supongamos el caso más sencillo. Se encuentra una estrechez pilórica debida a una úlcera antigua cicatrizada. Todo lo que hai que hacer es una

GASTROENTEROSTOMÍA POSTERIOR

La mano izquierda del cirujano (colocado a la derecha del enfermo) estrae del abdomen el estómago conjuntamente con el colón transversal i

el epiplón. La mano derecha o simplemente dos dedos se introducen a lo largo del mesocolón para tomar i estraer la primera porción del yeyuno. Se reconoce en que desaparece hacia arriba detrás del mesocolón i en que tiene una brida peritoneal en su cara anterior (Ligamento de Treitz o meso-cólico) que la fija a la cara inferior del mesocolón. Esta brida, que no tiene vasos, se secciona hasta llegar al mesocolón; el cirujano estiende el yeyuno hacia abajo i el ayudante lo toma de arriba hacia abajo con una pinza intestinal de Doyen en una estensión de 6-8 cm. En seguida el cirujano secciona el mesocolón en un punto en que no hayan vasos sanguíneos en una estension vertical de 6-8 cm. i coje, a través de este orificio, la pared posterior del estómago. Colocando otra pinza de Doyen de abajo hacia arriba, toma un pliegue vertical del estómago, que corresponda a un punto situado directamente en la continuación del borde derecho del esófago o, lo que es lo mismo, de la porción vertical de su curvadura menor. El pliegue debe alcanzar hasta la curvadura mayor del estómago i comprender únicamente su pared posterior en una estensión de m/m 6-8 centímetros. El ayudante toma las dos pinzas de Doyen dirigiendo las puntas de ambas hacia el cirujano (hacia la derecha del enfermo) i éste reduce el resto del estómago i el colón transverso nuevamente a la cavidad abdominal, de manera que no quedan afuera sino los dos pliegues del estómago i del yeyuno respectivamente, que el ayudante

mantiene adaptados i paralelos uno a otro por medio de las pinzas que los retienen. Un trozo de gasa se coloca entre ambas pinzas i una compresa grande a cada lado, no dejando a descubierto sino las pinzas con los dos pliegues. Ahora puede empezar la sutura. Es una sutura corrida, hecha con seda fina enhebrada en aguja recta; el cirujano la efectúa sin portaaguja, empezando en el punto situado más hacia el cierre de las pinzas (hacia el ayudante) i sujetando él mismo el hilo, de manera que con la suave tracción que ejerza, pueda ir levantando el punto de la pared gástrica e intestinal que debe atravesar la aguja en el punto siguiente. En esta forma reúne con una sutura corrida los dos pliegues en toda su extensión, terminando la sutura con un nudo i dejando la aguja a un lado. En seguida hace una incisión con el bisturí que secciona todas las capas de la pared del estómago con excepción de la mucosa; la incisión se hace a 3 mm. de la sutura posterior i termina por cada extremo a 5 mm. de esta sutura. Una incisión semejante se hace en la pared intestinal. Hasta aquí toda la operación ha sido aséptica. Pero ahora hai que abrir el lumen del intestino i aunque en los casos de úlcera el contenido tanto del estómago como del yeyuno es casi siempre aséptico, si se ha preparado bien al enfermo, deben tomarse las precauciones como si no lo fuera. *

* El contenido séptico gastrointestinal en los cánceres del estómago hace que la gastroenterostomía en estos casos sea mucho más peligrosa.

El cirujano levanta con una pinza quirúrgica un pequeño pliegue de la mucosa gástrica en el centro de la herida, lo incinde con una tijera i prolonga la incisión hacia ambos lados en toda la extensión de la primera incisión. El ayudante sujeta con la mano izquierda ambas pinzas i con la derecha tiene una tórula lista para recoger inmediatamente toda gota de sangre o contenido gástrico que se escurra. Si las pinzas han sido bien colocadas, no sale una gota de líquido. La misma maniobra se hace en el intestino. En seguida empieza el cirujano la sutura interna. Esta es también continua, pero con catgut fino i con aguja curva redonda (no cortante), empieza en el mismo punto en que empezó la primera, une toda la extensión posterior de la abertura para seguir sin interrupción por la parte anterior hasta el punto de partida, donde es anudada con el cabo de comienzo. Esta sutura debe tomar todo el espesor de la pared, tanto del estómago como del intestino, siempre debe tomarse un poco más de serosa que de mucosa i fijarse de que la mucosa no sobresalga a través de los puntos. Tomando estas precauciones se obtiene una hemostasia completa i una adaptación perfecta sin tener necesidad de reseca un óvalo de mucosa como recomienda Moynihan. Una vez terminada esta sutura, se limpia la línea de sutura con una tórula, se dejan a un lado todos los instrumentos que se han empleado en esta sección de la operación i se cambian los guantes i las compresas. Luego se quitan las pinzas de Doyen, se revisa si la hemostasia

es completa i se colocan suturas aisladas en los puntos que sangren (jeneralmente no es necesario). Por fin, se hace la sutura anterior con seda, comenzando donde empezó la primera i anudando su extremo al extremo de la posterior. Así tenemos cerrada la abertura con una doble sutura continua, una interior con catgut, hemostática, una exterior con seda, que produce la adaptación de las superficies serosas. Para terminar hai que fijar la gastroenterostomía en la abertura del mesocolón por la que se había extraído la pared posterior del estómago. Esto se hace con tres puntos aislados, uno en el extremo i otro a cada lado, teniendo mucho cuidado de no puncionar con la aguja alguna rama de los vasos sanguíneos del mesocolón. No queda sino que colocar los órganos abdominales en su lugar, llevando a su sitio normal al estómago, colón trasverso i epiplón que todavía estaban invertidos hacia arriba, i suturar la pared abdominal.

He descrito con tantos detalles esta operación, porque estoi convencido que el éxito depende del cuidado que se gaste en los detalles. Un defecto en la técnica de la sutura significa la muerte del enfermo; un error al aplicar las pinzas produce una inversión del estómago o del yeyuno en el punto de la gastroenterostomía i se traduce por un círculo vicioso o un ileo que también se lleva al paciente si no se reopera rápidamente. La técnica que he descrito es la que he desarrollado tomando por base la que me enseñó mi venerado maestro v. Mikulicz hace veinte años i modificán-

dola un poco, siguiendo los procedimientos de otros cirujanos célebres. La he empleado en 50 casos seguidos sin un mal resultado, de modo que creo poder recomendarla en conciencia.

Supongamos ahora que encontremos una úlcera pilórica o duodenal en plena actividad i que el piloro esté permeable. En estos casos prefiero agregar la

Exclusión del piloro

Muchos procedimientos han sido recomendados para efectuarla porque los exámenes radiológicos han demostrado que los procedimientos sencillos, simple ligadura, o formación de un pliegue de la pared por medio de suturas de Lembert, no producen un resultado definitivo, sino que se vuelve a hacer permeable el piloro después de algún tiempo. Parece que el único procedimiento seguro definitivamente es el de Eiselsberg, que consiste en la sección total del piloro i la oclusión de los dos cabos por medio de ligadura i en seguida sutura en tabaquera. Pero este es un procedimiento demasiado complicado i que agrega a la gastroenterostomía un riesgo más grande que ella misma.

La ligadura con catgut se reabsorbe demasiado pronto, la con seda corta a través de la pared i es eliminada en esta forma, aunque más lentamente. Bogoljuboff propuso, para evitar este inconveniente, emplear como material para la ligadura una tira de la aponeurosis del músculo recto abdominal, material que no se reabsorbe ni se

elimina, sino que se organiza definitivamente produciendo un estrechamiento duradero. Strauss pasa la ligadura en el espesor de la pared pilórica, desprendiendo la mucosa de la muscular en toda la circunferencia. Lewisohn publicó en 1916 (Surg. Gyn. i Obst.), un estudio detallado sobre exclusión pilórica i llega a la conclusión que para la práctica bastan los procedimientos sencillos. Yo he tenido un mal resultado empleando la ligadura con catgut recomendada por Bier; recomiendo el siguiente procedimiento sencillo que siempre me ha satisfecho. Con una aguja de Cooper se pasa una seda gruesa al rededor del píloro, lo más cerca posible de la sérosa, se amarra tratando de producir una oclusión sin contricción, i se cubre esta ligadura con algunos puntos de Lembert con seda fina.

Si existe una úlcera activa en el píloro o duodeno conviene *invertirla* por medio de suturas de Lembert. Estas suturas a veces bastan para producir un estrechamiento suficiente del píloro, pero en jeneral es preferible ligarlo como acabamos de indicar.

La escisión de las úlceras

Recomendada por algunos autores, es una operación atípica que no necesita una descripción especial. Lo único que hai que recalcar es que conviene hacer la escisión siempre en tejido sano, es decir, llevarla más allá de la zona de infiltración i que la sutura debe hacerse en dos planos,

interior con catgut, exterior con seda como en la gastroenterostomía. Creo que si se decide hacer la escisión de una úlcera, conviene siempre, si el estado del enfermo lo permite, agregar la gastroenterostomía, porque en las úlceras pilóricas i duodenales la escisión siempre produce un estrechamiento i en las del cuerpo del estómago la presión i tracción sobre las suturas es disminuida por la gastroenterostomía.

En jeneral, creo preferible emplear el procedimiento de Balfour, mencionado más arriba (termocauterio), en vez de la escisión, i estimo que la simple gastroenterostomía con oclusión del píloro basta en la mayoría de los casos.

Si hai sospecha o certidumbre de una dejeneración maligna debe hacerse la resección en tejido sano. El mejor procedimiento es en mi opinión el llamado Billroth II con la técnica recomendada por Balfour. Antes de describirlo en detalle deseo dedicar pocas líneas a la denominación de los diversos procedimientos que se emplean en las resecciones del estómago. Creo que si se desea denominar los procedimientos quirúrgicos con los nombres de sus inventores, debe procederse en justicia i no cambiar el nombre de un procedimiento por una simple modificación de detalle indicada por otro cirujano.

Resección de estómago

La primera fué tentada por Péan en 1879, la segunda por Rydiguier en 1880; ninguna de las

dos tuvo resultado favorable, pues ambos enfermos fallecieron. Billroth fué el verdadero iniciador de esta operación. Después de cimentar su técnica por medio de concienzudos experimentos, hizo la primera resección en el hombre con buen resultado (1881). Al principio empleaba la adaptación del muñón duodenal directamente en el muñón gástrico estrechado (primer método de Billroth o Billroth I, como jeneralmente se le llama); más tarde, llevando la resección más lejos, hacia una gastroenterostomía antecólica i cerrada los dos muñones gástrico i duodenal (Billroth II). Este segundo procedimiento es el que se emplea en la gran mayoría de los casos con pequeñas modificaciones indicadas por otros cirujanos. Krönlein fué el primero en implantar el yeyuno en el muñón gástrico en toda su extensión, en vez de hacer una abertura separada para la gastroenterostomía. Mikulicz implantaba el yeyuno en la parte inferior de la abertura del muñón gástrico, cerrando la superior; éste era el procedimiento que empleaba Mikulicz cuando yo fuí ayudante en su clínica (1903). La gastroenterostomía posterior retrocólica (v. Hacker) en vez de la anterior fué empleada por muchos cirujanos sin hacer cuestión de prioridad i la implantación transmesocólica de la primera porción del yeyuno en el muñón gástrico que fué descrita por Polya en 1914 (*Surg. Gyn. i Obst.* XIX, 1914) i que aquí jeneralmente se denomina procedimiento de Polya, está descrita con todos sus detalles en el Tratado de Cirujía publicado por Bier. Braun i

Kümmel en 1912 (Tomo 2.º, páj. 394-400) sin que se le de un nombre especial. Balfour, por fin, vuelve a recomendar la modificación de Krönlein como método de elección (Mayo Clinic. páj. 66, 1917). De manera que no hai mucha razón para hablar de los métodos de Polya o de Balfour en la resección del estómago, ya que estos autores no han hecho sino preconizar con pequeñas modificaciones procedimientos empleados i descritos con mucha anterioridad por otros cirujanos. Entiendo que ellos tampoco pretenden haber inventado algún procedimiento nuevo, aunque no mencionan en sus publicaciones los antecedentes de los métodos que recomiendan. Sin embargo, estoi seguro que se seguirá dando el nombre de estos autores a los respectivos procedimientos, por lo menos en América, donde no se tiene mucho interés por la historia de la cirugía.

Para hacer una resección del estómago se procede del modo siguiente: Se secciona el epiplón menor entre ligaduras sobrepasando en buena extensión la zona del tumor; en seguida, del mismo modo el ligamento gastrocólico. Se toma transversalmente el duodeno con dos pinzas, lo más lejos posible del tumor i se secciona entre ambas pinzas; las superficies cruentas conviene quemarlas con el termo o galvanocauterio para impedir la implantación de células cancerosas. El muñón duodenal se cierra por medio de una ligadura que a su vez se cubre por una o dos saturas en tabaquera. El estómago se estrae hacia fuera de la herida i se colocan dos pinzas

sólidas (el mejor modelo es el de Payr) una al lado de la otra, lo más lejos posible del tumor a través de todo el estómago. Entre las dos pinzas se secciona el estómago, quedando con esto completamente desprendido el tumor. Se cambian las compresas, los guantes i los instrumentos i se procede a la segunda parte de la operación. Para esto se busca la primera porción del yeyuno (como describí más arriba al hablar de la gastroenterostomía) i se escoje para la implantación en el estómago un punto situado unos 40 cm. más abajo (para que no comprima el colón transverso). Este trozo de yeyuno se toma en una extensión m/m igual a la del muñón gástrico entre dos pinzas de Doyen, pasándolo por delante del colón transverso i se le sutura a la pared posterior del estómago, a 1/2 centímetro de la pinza, por medio de sutura de seda continua o de puntos separados. Se hace una incisión en el yeyuno a lo largo de la sutura (como en la gastroenterostomía) i se hace la sutura interna con catgut que toma todas las capas, seccionando con este objeto el estómago poco a poco a ras de la pinza que lo sostiene. Por fin, se termina la sutura externa con seda en la cara anterior del estómago i yeyuno. * Este procedimiento, que según Bal-

* Creo una complicación innecesaria el efectuar una enteroanastomosis entre las dos ramas del yeyuno en estos casos, como lo recomienda Reinhard. (Deutsche Zeitschrift fuer Chirurgie 1919). En efecto, la enteroanastomosis (Braun), indispensable en la gastroenterostomía anterior para evitar el círculo vicioso, parece según la esperiencia de los Mayo (i la de nuestros casos) poder suprimirse en la resección, sin tener que temer esta complicación.

four es el empleado de preferencia en la Clínica Mayo, es realmente mui espedito i permite una resección estensa del estómago. Es el que he empleado de preferencia en mis últimos casos, tanto en las resecciones por sospecha o certidumbre de degeneración maligna de úlceras, que menciono en este trabajo, como en las resecciones por cáncer d'emblé. Ultimamente no me fué posible emplearlo en un caso por tener el enfermo un mesenterio escepcionalmente corto, que no habria permitido hacer la gastroenterostomía antecólica sino comprimiendo el colón transverso o tomando un punto del intestino a gran distancia del mesocolón. Preferí en este caso implantar la primera porción del yeyuno en el muñón gástrico a través del mesocolón (llamado procedimiento de Polya) i el resultado también fué mui bueno. (N.º 72.)

Quedan por describir los procedimientos de

Piloroplástica

Los antiguos (Heinecke, Mikulicz) ya casi no se emplean; pero el procedimiento indicado últimamente por Strauss i que he empleado en un caso con buen resultado, puede ser que se generalice más, aunque no hasta reemplazar la gastroenterostomía como lo cree su autor. Es mui sencillo. Se toma el píloro entre dos dedos i se hace una incisión longitudinal en su cara anterior que empieza en el anillo pilórico i sigue hacia el estómago en una extensión de unos 2 1/2 cm. La incisión llega hasta la mucosa sin incidir-

la. En ángulo recto con ésta se hace otra incisión que secciona el anillo pilórico hasta la mucosa. Los dos triángulos que resultan se exciden (serosa i muscular) i la herida que resulta se cubre con un trozo del borde libre del epiplón. Esta pequeña operación es mui parecida a la que recomienda Ramstedt en la estenosis pilórica congénita i que también hemos empleado con buen resultado en guaguas de pocos días. Termina con el espasmo pilórico i reduce a la mitad el tiempo que demora el estómago en vaciarse. Como dije más arriba, creo que conviene emplearla cuando clínicamente hai espasmo pilórico i síntomas de úlcera i no se la encuentra en la operación.

La Gastroduodenostomía

es también una piloroplastia que tiene sus indicaciones. Después de movilizar el duodeno (Kocher) haciendo una incisión en el peritoneo por fuera del duodeno, es decir, sobre el riñón derecho, se hace una verdadera gastroenterostomía según la técnica ya mencionada i haciendo las incisiones verticales en la pared anterior del duodeno i en la parte correspondiente del antro pilórico (Kocher) o bien uniendo estas dos incisiones a través del piloro (Finney). Esta operación puede competir con éxito con la gastroenterostomía anterior en los casos en que la posterior es imposible.

Tratamiento quirúrgico de las complicaciones

Ya he descrito con detalles el tratamiento quirúrgico de la *degeneración maligna*. Siempre que haya certidumbre o sospecha de degeneración carcinomatosa, debe hacerse la resección extensa, incluyendo los ganglios linfáticos correspondientes. Se ha podido constatar por prolijas investigaciones microscópicas, que el carcinoma invade la pared gástrica en forma extensa i difusa hacia el cardias, pero que hacia el píloro termina casi siempre en forma brusca, de manera que conviene seccionar hacia el cardias lo más lejos posible del tumor, mientras que por el extremo pilórico esto no es tan necesario. La *hemorragia* es rara vez una indicación inmediata para una intervención. En efecto, no son frecuentes los casos en que un enfermo fallece en forma aguda a causa de una hemorragia por úlcera; jeneralmente ésta cesa i da tiempo al cirujano para operar una vez que haya mejorado el estado jeneral del enfermo. Si la hemorragia es debida a la corrosión de una arteria de mayor calibre, la operación llegará jeneralmente tarde, si no lo es, es preferible esperar; de manera que serán contados los casos en que una hemorragia aguda sea indicación para una operación de urgencia. En cambio si atendemos un enfermo con úlcera péptica i en el curso de su enfermedad sobreviene una hemorragia, debemos considerarla como una indicación para suplantarse el tratamiento médico

por el quirúrgico. Hemorragias repetidas serán siempre una indicación para resolver una operación. Están muy divididas las opiniones en cuanto a la operación que conviene hacer en caso de hemorragia. Creo que hay que hacer la diferencia entre los casos en que se interviene por una hemorragia aguda y aquellos, en que una o varias hemorragias contribuyen a resolver la operación, que se efectúa después de haber éstas cesado. En el primer caso habrá que proceder según las condiciones que se encuentren. Si se encuentra una hemorragia arterial, se hará la ligadura de las arterias aferentes acompañada de la escisión de la úlcera, o de su cauterización y sutura (Balfour), o de la sutura compresiva al redor de la úlcera, a través de la serosa (sin llegar a la mucosa) para obstruir su circulación sanguínea. Se terminará esta intervención con una gastroenterostomía si el caso lo permite; especialmente si el píloro o duodeno ha quedado estrechado por la intervención anterior. *

En el segundo caso, en que la hemorragia es sólo una de las indicaciones sin ser en sí un peligro apremiante, no es tan necesario atacar la úlcera directamente. En efecto, muchos cirujanos se limitan a la gastroenterostomía con exclusión pilórica y las estadísticas parecen darles razón. Pero no hay inconveniente en emplear también aquí los procedimientos enunciados arriba, siem-

* Mikulicz operó con éxito uno de los primeros casos de hemorragia aguda. Se trataba de una úlcera de la curvatura menor que había perforado la arteria coronaria.

pre que se pueda constatar la úlcera causante de la hemorragia.

La *perforación* tanto aguda como crónica, debe siempre tratarse quirúrgicamente. En la perforación aguda el pronóstico dependerá del tiempo que diste entre el accidente i la intervención i de la expedición con que ésta se efectúe. No es malo si se opera dentro de las primeras 12 horas i si el cirujano tiene práctica en esta clase de operaciones i no deprime la resistencia del enfermo con manipulaciones bruscas en el peritoneo o con una intervención demasiado demorosa. En jeneral no debe tentarse la escisión. Basta con hacer la sutura de la perforación o, si esto no fuese posible por ser demasiado estensa la infiltración de la pared gástrica al rededor de ella, su oclusión con un trozo de epiplón. Si el estado del enfermo lo permite i el cirujano es espedito, conviene agregar una gastroenterostomía posterior. La toilette de la cavidad peritoneal i su drenaje en caso de que haya síntomas manifiestos de peritonitis, terminan la operación.

Clínica

En la *enumeración* siguiente de los casos que hemos operado he descrito algunos con detalle, sea porque sirven de ejemplo para otros similares que sólo vienen enunciados con su diagnóstico i tratamiento, sea porque presentan particularidades en su sintomatología o porque tienen un interés especial por sus complicaciones o la forma de su

tratamiento. Todos se refieren a úlceras i sus complicaciones, incluyendo entre éstas la dejeneración maligna. Algunos han sido publicados anteriormente por mí en Congresos o Revistas de Medicina, de manera que vuelven a reaparecer en esta recopilación jeneral.

1.—M.....P....., mujer, 28 años.

Diagnóstico: Peritonitis por úlcera gástrica perforada.

Operación: Julio 11 de 1907. Laparatomía i drenaje. Se encuentra una peritonitis jeneralizada de la que fallece la enferma a los dos días (julio 13).

2.—A.....M.....J....., mujer, 33 años.
Ingresa al Hospital el 3 de agosto de 1907.

Diagnóstico: Úlcera pilórica con estrechez pilórica.

Tratamiento: Se prepara la enferma tratando de levantar sus fuerzas, pero no se consigue gran resultado. Se decide la

Operación. (Agosto 13). Se encuentra una estrechez del piloro producida por úlcera crónica i una colelitiasis. Se hace la gastroenterostomía anterior con enteroanastomosis (Braun) i la colecistostomía. La enferma fallece el 16 de agosto.

3.—F.....D....., chileno empleado, de 24 años de edad, ingresó al Hospital el 26 de noviembre de 1907.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Hasta ahora 4 años ha sido muy sano. En esa época empezaron dolores de estómago, especialmente después de la ingestión de alimentos, dolores que se hacían más i más intensos.

En un principio no tuvo vómitos, pero a veces deposiciones de color negro. Estuvo en tratamiento de varios médicos, pero sin resultado. Desde hace 2-3 meses padece de vómitos, al mismo tiempo los dolores se han hecho más intensos, lo privan del sueño. Los vómitos últimamente son continuos, todo alimento que toma lo vomita después de un tiempo más o menos largo. Se ha enflaquecido enormemente.

Examen objetivo: Individuo moreno, de mediana estatura, buena musculatura, pániculo adiposo nulo. Pulso 80. Respiraciones 18. Peso 43 1/2 kilos.

Sistema nervioso: normal.

Aparato respiratorio: normal.

Aparato circulatorio: normal.

Orina. Sin sedimento. Albúmina: 0. Guclosa: 0.

Aparato digestivo: Lengua limpia; apetito bueno; mucha sed. Vómitos después de toda ingestión de alimentos. Constipación. Palpación i percusión del abdomen. Sensibilidad en la región pilórica.

Examen del jugo gástrico: Acido clorhídrico libre. Acidez total: 70. Insuficiencia motriz de 3er. grado.

Diagnóstico: Estenosis pilórica, probablemente a causa de úlcera péptica.

Tratamiento: Después de preparar al enfermo por tres días se procede a la

Operación el 29 de noviembre de 1907. Operador: Dr. Münnich. Ayudantes: Dr. Klickmann, Dr. Fiedler. Narcosis: (Morfina, Eter+Cloroformo): Dr. Jensen. Incisión epigástrica mediana. El estómago es extraído por la herida. El píloro se presenta en forma de una tumefacción del tamaño de un huevo de paloma, dura; hai ganglios linfáticos palpables en el epiplón gastrohepático. Aunque el aspecto microscópico es sospechoso de tumor maligno, se rechaza esta suposición en vista del examen anterior i de la edad del enfermo, i se procede a la gastroenterostomía posterior: Inversión hacia arriba de estómago i colón trasverso, sección del mesocolón, sutura de los bordes de esta incisión a la pared posterior del estómago. Anastomosis entre pared posterior del estómago i porción superior del yeyuno por medio de dos planos de suturas, interno con catgut, externo con seda. Reposición de estómago e intestino a su lugar. Sutura de la pared abdominal. Vendaje.

Tratamiento posterior: Durante los primeros días ningún alimento, un poco de agua de té, hipodermocclisis. Temperatura i pulso se mantienen bien. Poco a poco se empieza con alimentación por la boca. A los 12 días de la operación se sacan los hilos: curación por primera intención. El enfermo no se queja sino de una inflamación en la pierna consecutiva a una hipodermocclisis; por esta causa no se levanta sino el 18 de diciem-

bre. Toma toda clase de alimentos, sin molestias. Sale del hospital el 22 de diciembre.

Un año después lo presento al 1.er Congreso Pan Americano; pesa 60 kilos, trabaja activamente, no siente molestia alguna.

4.—A.....C....., hombre, 30 años. Ingresó el 3 de octubre de 1908.

Diagnóstico: Estrechez pilórica por úlcera.

Operación: Octubre 5. Gastroenterostomía posterior. Fallece al día siguiente de peritonitis.

5.—L.....P....., francés, sastre, de 65 años de edad, ingresó al Hospital el 14 de Octubre de 1908.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: No ha tenido enfermedades serias. Hace 4 años que siente molestia de parte del estómago, dolores que empiezan 1 ó 2 horas después de las comidas i duran m/m 1 hora. En los últimos 4 meses los dolores han aumentado, se han presentado vómitos más i más frecuentes i un enflaquecimiento intenso progresivo. Dice haber pesado en sus buenos tiempos 56 kilos.

Examen objetivo: Individuo sumamente flaco, con cifosis dorsal, de mediana estatura. Peso: 42 1/2 kilos. Pulso: 82. Resp. 24. Temp. 36.

Sistema nervioso: Normal.

Aparato respiratorio: Bronquitis crónica; un poco de enfisema pulmonar.

Aparato circulatorio: Arterioesclerosis.

Orina: Sin sedimento. Albúmina: 0. Glucosa: 0.

Aparato digestivo: Lengua saburral, apetito regular, bastante sed. Vómitos después de toda ingestión de alimentos. Palpación i percusión del abdomen: Gorgoteo en la rejión epigástrica. La curvatura mayor del estómago sobrepasa el ombligo.

Examen del jugo gástrico: Acido clorhídrico libre, hipoclorhidria. Insuficiencia motriz.

Diagnóstico: Estenosis pilórica, probablemente por tumor maligno (en vista de la edad del enfermo).

Tratamiento: Después de preparar al enfermo por algunos días se procede a la

Operación el 1.º de noviembre de 1908. Operador: Dr. Münnich. Ayudantes: Dr. Fiedler, Dr. Schwarzenberg. Narcosis: (Morfina, Eter + Cloroformo). Incisión epigástrica mediana. Se presenta el estómago bastante dilatado i adherido a la pared abdominal anterior por una brida redonda de unos 4 mm. de diámetro i 3 cm. de largo. Al seccionarla resulta que contiene un trayecto que comunica con el interior del estómago. Se trata sin dudá de una antigua adherencia producida por una úlcera que ha perforado la pared anterior del estómago, adherencia que se ha ido distendiendo en el trascurso del tiempo. La porción de la brida adherida al estómago se invierte en éste i se cubre con una sutura de Lembert, con seda. Luego se saca el estómago para explorar el píloro, el cual presenta un pequeño endurecimiento que estrecha su lumen. Sin duda

no se trata de tumor sino de una estenosis cicatricial, producida por otra úlcera que se había situado en el píloro. Por consiguiente, se procede a la gastroenterostomía posterior con la misma técnica del caso anterior, pero en vez de la doble sutura se emplea el botón de Murphy. Sutura de la pared abdominal. Vendaje.

3. II. 08. Tem. 37. Pulso 96. Un poco de hipo. Se le da Poción de Riviere, Té i Leche con Vichy.

5. II. 08. Tem. 37.5. Leche, Sopas.

7. II. 08. Kalsbad, Enema. Primera deposición.

8. II. 08. (7.º día desde la operación). El enfermo se levanta de la cama. Pesa 41 kilos.

10. II. 08. Se sacan las suturas. Primera intención.

11. II. 08. El enfermo come pollo i pescado. Se baña.

18. II. 08. Pesa 46 1/2 k. (Aumento de 5 1/2 k. en 10 días).

30. II. 08. Sale del hospital. Salvo pequeñas molestias en la rejión del estómago en la mañana al levantarse, el enfermo se siente perfectamente. Desde la operación no ha tenido ningún vómito.

Dos meses después de la operación lo presenté al 1.º Congreso Pan-Americano; pesaba 48 1/2 kilos, se sentía bien, trabajaba como en sus mejores tiempos. Por varios años lo he seguido observando i siempre estaba bien de salud,

6.—El 5 de enero de 1910 llega a mi consulta el señor L. S., empleado del ferrocarril de

Carrizal Bajo, de 53 años de edad. Hace 10 años que tiene síntomas de parte del estómago, que en el último año se han hecho mucho más manifiestos. Consisten en molestias después de las comidas: pirosis, rara vez vómitos. Ultimamente el enfermo ha enflaquecido bastante. En el epigastrio se toca una tumefacción del porte de una nuez, movable, poco dolorosa a la presión.

6 de enero. Examen del jugo gástrico extraído con sonda, 1 hora después de haber ingerido en ayunas 500 ccm. de sopa de avenas.

Macroscópicamente se ven en el líquido extraído trozos de porotos, carne, etc., que el enfermo dice haber comido la noche anterior. Al microscopio se ven fibras musculares en gran cantidad i bacterios diversos.

Ex. químico: Reacc.: ácida. Guinsburg: o, Uffelmann: positivo. Hai pues falta de ácido clorhídrico i presencia de ácido láctico, lo que agregado a la retención, al decaimiento del enfermo i el tumor palpable, da el

Diagnóstico: Estenosis pilórica por neoplasma.

Como único tratamiento propongo al enfermo la operación. Antes de decidirse va a Santiago a consultar otros médicos i regresa el 13 de enero para ingresar al Hospital Alemán.

Operación: 17 de enero. Laparotomía mediana epigástrica. En el piloro se toca un tumor que se extiende unos tres traveses de dedo hacia el estómago. No hai glándulas ni adherencias mayores. Parece tratarse de un neoplasma implantado sobre una antigua úlcera, lo que se confir-

ma por los antecedentes que hablan de 10 años de sufrimientos gástricos. Hago la resección del piloro con oclusión del duodeno e implantación de una asa del yeyuno con botón de Murphy en la pared posterior del muñón del estómago (Billroth II modificado). Sutura completa de la incisión abdominal. Duración de la operación: 1 hora 20 minutos.

La mayor temperatura del enfermo después de la operación es 37.6, el pulso nunca llega a 100. El 6.º día se levanta; el 9.º se le sacan las suturas. El 30 de enero (13 días después de la operación) sale de alta.

Estracto de una carta que me escribió el enfermo el 17 de octubre de 1911 (1 año 9 meses después de la operación): «Al dejar el Hospital pesaba 60 kilos. Desde mi regreso a ésta no he sentido ningún malestar al estómago i ahora peso 83 kilos. Estoy ahora perfectamente bien de los órganos digestivos i el vientre funciona con regularidad. Tengo buen apetito».

En enero de 1912, 2 años después de la operación, el enfermo pasa a saludarme, está perfectamente.

Durante la guerra el enfermo viene enfermo a Valparaíso e ingresa al Hospital Británico. Se le hace una laparotomía exploradora; el enfermo fallece. Según me dijo el cirujano que operó, encontró un neoplasma del hígado.

7.—Mr. F....., hombre, 58 años. Ingresó al Hospital el 25 de noviembre de 1911 con el diag-

nóstico de apendicitis i es operado inmediatamente. Se encuentra una úlcera pilórica perforada. Se hace la apendectomía, la resección del píloro i la gastroenterostomía. El enfermo fallece al día siguiente de peritonitis progresiva.

8.—C.....C....., 45 años, chileno, comerciante, ingresó al Hospital Alemán en Junio de 1910. Tenía síntomas de parte del estómago, que al principio tomamos por neurasténicos; pero luego pudimos por el examen demostrar una hiperclorhidria i como los dolores se presentaban corto tiempo después de la ingestión de alimentos, hicimos el

Diagnóstico: Úlceras del estómago. Una hematemesis intensa confirmó el diagnóstico i me indujo a proponer al enfermo la operación. No la aceptó i se retiró a su casa.

El 25 de octubre de 1911 ingresa nuevamente al Hospital. La continuación de sus molestias i una nueva hemorragia lo han decidido.

Operación; 28 de octubre. Laparotomía mediana. Podemos constatar una úlcera en la rejión pilórica del estómago i otra en el duodeno. Procedo a hacer la gastroenterostomía posterior según v. Hacker i un estrechamiento del píloro (recomendado en estos casos para impedir en lo posible el contacto de la úlcera con el jugo gástrico).

El 10 de noviembre se levanta el enfermo.

El 14 de noviembre se va de alta. Se siente bien.

En febrero de 1912 se presenta nuevamente a mi estudio para decirme que sus molestias han desaparecido por completo.

9.—P... C..., 56 años, chileno, comerciante. No había tenido molestias de parte del estómago sino en los últimos meses. Consistían éstas principalmente en dolores que se manifestaban algún tiempo después de la ingestión de alimentos. A mediados de noviembre de 1911 fui llamado en consulta por los médicos que atendían al enfermo por haberse presentado súbitamente una gran hemorragia. La sangre en parte había sido espulsada por vómitos, en parte por las deposiciones. El enfermo presentaba una anemia intensa, el pulso era pequeño i frecuente; en la rejión hipocóndrica derecha i en el epigastrio había una sensibilidad manifiesta con un poco de defensa muscular. El diagnóstico podía fluctuar entre úlcera, várice del estómago o esófago a causa de cirrosis (que en el enfermo existía i para la cual habían antecedentes), o perforación de algún cálculo biliar en el duodeno. Nos inclinamos al primer

Diagnóstico: Úlcera del duodeno, e instituímos el tratamiento indicado: Abstención absoluta de alimentación por la boca, reposo en cama, hielo localmente, calmante por los dolores que tenía el enfermo e inyecciones subcutáneas de jelatina. A los tres días, a pesar de este tratamiento riguroso, se presentó una nueva hemorragia i dos días después otra intensísima. Manifesté entonces al enfermo que una nueva hemorragia sería talvez

fatal i que recomendaba la operación como el último recurso, a pesar del gravísimo estado en que el enfermo se encontraba. El 23 de noviembre el enfermo fué trasportado al Hospital Alemán i la

Operación tuvo lugar el 24 de noviembre. La laparotomía demostró la existencia de una úlcera indurada en el duodeno; no habían adherencias. Hice la gastroenterostomía posterior, seguida de estrechamiento del píloro i suturé la herida completamente. Los días después de la operación el enfermo pasó bastante molesto por un hipo intenso. Pulso alrededor de 120. Poco a poco el estado mejoraba. El 1.º de diciembre se cambió el apósito i se sacaron los hilos de la sutura de la piel. La herida había cicatrizado por primera intención.

En la noche del 1.º al 2 de diciembre el enfermo tuvo mucha tos e hipo i al amanecer se quejaba de dolores intensos. Al revisar el apósito el señor Dr. Hoffmann, que me reemplazaba ese día, notó que la herida se había abierto i había un prolapso del intestino. Narcotizó al enfermo; repuso el intestino i volvió a suturar las paredes abdominales. Pudo constatar que los hilos no habían cedido (yo había cosido la aponeurosis con puntos separados de seda) sino que la aponeurosis se había desgarrado al lado de las suturas anteriores. El enfermo siguió bien; el 12 de diciembre se sacaron nuevamente los hilos i el 28 de diciembre se fué el enfermo a su casa.

Desde la operación han desaparecido por com-

pleto sus molestias, no se han vuelto a presentar hemorragias. Sigue sus ocupaciones sin ningún estorbo.

10.—J..... H....., comerciante, chileno, vino de Antofagasta donde había estado durante 4 semanas en tratamiento médico, por una afección febril gastrointestinal considerada como sospechosa de tifoidea por el médico que lo atendía. Llamado otro médico en consulta pudo constatar un gran aumento de tamaño del hígado i se inclinó a pensar que se trataba de un absceso al hígado. El enfermo había tenido durante su enfermedad temperaturas que fluctuaban entre 38° i 39° i diarreas continuas. Ingresa al Hospital el 11 de Enero de 1912.

Es una persona de mediana estatura, flaca; temperatura 38,2°, pulso 86, lengua seca, saburral. Corazón i pulmones sanos; vientre blando, un poco meteorizado; bazo no se palpa.

Hígado enormemente aumentado; su límite inferior llega hasta por debajo del ombligo. Orina sin albúmina ni azúcar, diazo negativo.

Diagnóstico: Absceso hepático.

Operación: Enero 12 de 1912. Después de narcotizado el enfermo hago una punción exploradora a nivel de la 9.^a costilla i estraigo pus de un color pardo rojizo. Reseco un trozo de 10 cm. de largo de la 9.^a costilla en la línea axilar media i después de haber fijado el diafragma por medio de suturas a la pleura parietal i músculos intercostales para aislar la cavidad pleural, abro un

abceso de tamaño de una manzana, situado en pleno tejido hepático cerca de su cara convexa i lo dreno por medio de dos gruesos tubos de caucho. El enfermo soporta bien la operación, pero en los días siguientes se mantienen altas las temperaturas i siguen las diarreas. El abceso se lava diariamente con tanato de quinina.

El 19 de enero esploro con detención la herida en busca de algún otro abceso, que pudiera explicar la persistencia de las temperaturas, pero sin resultado.

Nos llama la atención la supuración que sale del abceso, la que por su aspecto i olor parece ser jugo gástrico. Nuestra sospecha de que exista una comunicación entre el duodeno i el abceso es confirmada en la tarde, porque el champaña que bebe el enfermo sale por la herida. Durante los días siguientes el cuadro no cambia i el enfermo se sigue debilitando de día en día, pues todo lo que injiere sale por la herida.

Las temperaturas siempre fluctúan entre 38 i 39°. El pulso sobrepasa 100. En vista de este empeoramiento progresivo me decido a operarlo nuevamente.

2.^a Operación. 22 de enero de 1912. Laparotomía mediana. Gastroenterostomía posterior. Oclusión del piloro por medio de una ligadura de cátgut grueso. En seguida voi en busca de la perforación del duodeno, después de haber aislado bien la cavidad peritoneal por medio de compresas; desprendiendo adherencias con la visicula biliar llego fácilmente al punto de comunicación

entre el duodeno i el absceso del hígado; es una úlcera del duodeno con una perforación del porte de una moneda de cuarenta centavos. Coloco un tubo de Dresmann (tubo de drenaje de cristal) i un lijero tamponamiento con gasa i cierro el resto de la herida.

23 de enero. El enfermo ha soportado bien la operación; toma un poco de leche i de champaña.

24 de enero. Estado jeneral mejor; la herida secreta poco liquido, no sale jugo gástrico.

El 25 de enero en la mañana avisa el cuidador que el enfermo tiene una hemorragia intestinal; el médico de guardia lo encuentra mui desasosegado, con 140 pulsaciones, sudor frío. A pesar de todos los medios empleados aumenta el colapso, sigue la hemorragia por el intestino i el enfermo fallece.

Autopsia: Gastroenterostomía sin reacción ninguna. En el yeyuno no hay sangre. En la parte inferior del ileon i en el colón gran cantidad de *ulceraciones tíficas* características; en una de las del colón se ve claramente el vaso sanguíneo abierto, causante de la hemorragia; todo el colon está lleno de sangre.

Epicrisis: Se ha tratado en este enfermo de una coincidencia de úlcera del duodeno i de fiebre tifoidea; la perforación de la úlcera i la formación del absceso hepático consecutivo, nos hicieron descuidar el diagnóstico de tifoidea que se había hecho al principio, error tanto más esplicable cuanto que no había un gran aumento de volumen del bazo, ni reacción de Ehrlich en la orina.

Queda la posibilidad de que la úlcera duodenal también haya sido de origen tífico, suposición no del todo imposible, ya que la estructura de la mucosa duodenal es muy parecida a la del yeyuno e ileon; pero no he podido encontrar en la literatura ninguna mención al respecto. En el yeyuno se suelen localizar úlceras tíficas, aunque rara vez. Desgraciadamente no hemos hecho en nuestro caso un examen microscópico de la ulceración, que tal vez nos habría sacado de la duda.

11.— Señor A.....33 años. Ingresa el 31 de marzo de 1911.

Operacion: 4 de abril. Existe una úlcera pilórica; se hace la gastroenterostomía posterior.

Alta: 16 de abril. A principios del año siguiente vi al enfermo; seguía bien.

12.— D. R..... Ingeniero, inglés, ha estado durante un año en tratamiento médico por úlcera del estómago.

El 19 de abril de 1912 en la mañana al levantarse siente un dolor agudísimo en el epigastrio. Se vuelve a acostar i manda llamar a su médico. Los tratamientos ordenados por éste no dan resultado; el enfermo empeora i en una junta se resuelve enviarlo al Hospital por sospecha de perforación. A las 8 1/2 ingresa en camilla al Hospital Alemán. Temperatura 38,8°, pulso 120, respiración superficial acelerada, no hai meteorismo, sí una sensibilidad enorme en todo el epigastrio con defensa muscular.

Diagnóstico: Úlcera del estómago con perforación.

Operación: 11 P. M. Al abrir el peritoneo en la línea media sale aire; líquido no hai en el peritoneo (el enfermo no ha ingerido nada en las últimas 24 horas). En la pared anterior del estómago, a un través de mano del píloro i cerca de la curvatura menor, hai una perforación del tamaño de una arveja rodeada de una infiltración mui intensa de las paredes del estómago. Siendo imposible la oclusión de la perforación por simple sutura, a causa de la infiltración de la pared, me decido a exidir la ulceración i suture en seguida en tres capas. La infiltración dificulta mucho la sutura, especialmente cerca de la curvatura menor. En vista de que esta sutura ha estrechado un tanto la rejión pilórica, procedo a hacer una gastroenterostomía porterior con botón de Murphy i suture en seguida por completo la incisión abdominal. El enfermo soporta bien la operación.

21 de abril: Temperatura mayor 37.9°, pulso 114.

26 de abril. Hasta hoi (7 días) sigue bien el enfermo. Temperatura inferior a 37°, pulso lento, bueno. Han habido deposiciones e injección de bastante cantidad de líquidos. En la noche vómitos de sangre negra, se prohíbe toda injección de líquidos; hipodermocclisis.

27 de abril: No ha habido vómito, pulso frecuente.

28 de abril: Nuevamente hematemesis, pulso 140.

29 de abril (10 días después de la operación) fallece el enfermo con los síntomas de una hemorragia interna.

Autopsia: No fué permitida.

Epicrisis: La operación salvó al enfermo de una peritonitis segura, pero no pudo evitar las hemorragias tardías que fueron las que le causaron la muerte.

13.—Señor Ch....., 35 años. Ingresó el 30 de noviembre de 1912.

Diagnóstico: Estrechez pilórica por úlcera.

Operación: diciembre 9, Gastroenterostomía posterior. (Dr. Fiedler).

Alta: diciembre 16.

El enfermo fallece 3 años después de cáncer del estómago (degeneración maligna de la úlcera?).

14.—Señor C.....K....., 55 años.

Diagnóstico: Úlcera péptica. El enfermo tuvo una hemorragia intensa. Ingresó el 23 de marzo de 1913.

Operación: marzo 27. Gastroenterostomía posterior (Dr. Fiedler).

Saló de alta el 3 de mayo.

Marcha posterior bien, sin molestias gástricas ni hemorragias. Fallece el 5 de octubre de 1916 de apoplejía.

15.—José D.....R....., 45 años, ingresa el 12 de octubre de 1913.

Diagnóstico: Úlcera pilórica crónica.

Operación: octubre 15. Pílorectomía.

Alta: octubre 22.

16.—Rosario A....., 55 años. Ingresa el 24 de octubre de 1913.

Diagnóstico: Úlcera callosa de la curvatura menor con degeneración maligna.

Operación: octubre 27. Resección transversal del estómago (Payr). Falleció el 1.º de noviembre.

17.—P.....C....., 54 años. El enfermo cuya historia dimos en el N.º 9. Ingresa al hospital con síntomas graves, 2 1/2 años después de la 1.ª operación. La laparotomía exploradora (9 de febrero de 1914) indica una peritonitis crónica adhesiva i una tumefacción intensa de la pared gástrica cerca del punto de la gastroenterostomía. Tumor? Úlcera hipertrófica gastroyeyunal? El enfermo fallece al día siguiente.

18.—José S....., 33 años. Ingresa el 9 de febrero de 1914.

Diagnóstico: Úlcera gástrica situada en la 2ª curvatura menor.

Operación; febrero 13. Gastroenterostomía posterior.

Alta: 13 de marzo de 1914.

19.—Luisa L. de Z....., 25 años. Ingresa el 22 de febrero de 1914.

Diagnóstico: Úlcera pilórica.

Operación: febrero 23. Gastroenterostomía posterior. Oclusión pilórica.

Alta: 3 de marzo.

Hasta la fecha, 6 1/2 años desde la operación, la enferma no ha vuelto a tener molestias del estómago.

20.—Carlos P....., 27 años. Ingresó el 13 de agosto de 1914.

Diagnóstico: Úlcera pilórica.

Operación: agosto 14. Gastroenterostomía posterior. Oclusión pilórica.

Alta: 25 de agosto.

En febrero de 1920 (6 años después) vi al enfermo por un absceso frío; no tenía molestias de parte del estómago.

21.—Emilia R. de M....., 64 años. Ingresó el 29 de setiembre de 1914.

Diagnóstico: Estrechez pilórica por úlcera.

Operación: 1.º de octubre. Gastroenterostomía posterior.

Alta: 20 de octubre.

Hasta la fecha la enferma ha seguido bien, sin molestias de parte de su estómago.

22.—Mauricio G....., 49 años. Ingresó el 3 de julio de 1915.

Diagnóstico: Úlcera duodenal.

Operación: julio 8. Gastroenterostomía posterior. Oclusión pilórica.

Alta: julio 22.

23.—J. H. Sl....., 55 años. Hombre. Fué llamado por el Dr. Murillo a ver a este enfermo. Había tenido dos hemorragias gástricas en 1910 i 1914; siguió un tratamiento médico, pero últimamente tuvo una hemorragia tan intensa que lo encontraron sin conocimiento, tendido en la piedad en un charco de sangre. Ingresó al Hospital el 13 de julio de 1915.

Diagnóstico: Úlcera pilórica.

Operación: Gastroenterostomía posterior. Oclusión pilórica (16 de julio).

Alta: 2 de agosto.

Hasta la fecha (5 1/4 años) el enfermo sigue bien, no ha tenido nuevas hemorragias ni molestias gástricas.

24.—Señor G....., 36 años. Ingresó el 25 de noviembre de 1915. Presenta una estenosis pilórica casi total consecutiva a una úlcera callosa.

Operación: 1.º de diciembre de 1915. Gastroenterostomía posterior.

Alta: 12 de diciembre.

25.—María de A....., 22 años. Ingresó el 11 de abril de 1916.

Diagnóstico: Úlcera pilórica.

Operación: Gastroenterostomía posterior (13 de abril).

Alta: 28 de abril.

26.—Primitiva A....., 22 años. Ingresó el 27 de abril de 1916.

Diagnóstico: Úlcera pilórica.

Operación: 29 de abril. Gastroenterostomía posterior.

Alta: 8 de mayo.

Sigue bien por un año, después reaparecen las molestias. v. N.º 44.

27.—Alberto L....., 30 años. Ingresó el 19 de junio de 1916.

Diagnóstico: Úlcera pilórica.

Operación: junio 23. Gastroenterostomía posterior con oclusión pilórica.

Alta: julio 6.

28.—Eduardo N..... Ingresó el 7 de julio de 1916.

Diagnóstico: Úlcera callosa de la región pilórica.

Operación: Gastroenterostomía posterior (12 de julio).

Alta: julio 30.

Hasta la fecha (4 años) se encuentra bien i sin molestias.

29.—Señora S....., 41 años. Ingresó el 9 de noviembre de 1916.

Diagnóstico: Úlcera pilórica con dilatación gástrica.

Operación: Gastroenterostomía posterior (16 de noviembre).

Alta: 27 de noviembre.

30.—Señora K....., 25 años. Ingresó el 26 de mayo de 1917.

Diagnóstico: Úlcera pilórica.

Tratamiento: Gastroenterostomía posterior con oclusión pilórica (31 de mayo).

Alta: 16 de junio.

31.—Antonio M....., 35 años. Ingresa el 10 de julio de 1917.

Diagnóstico: Úlcera callosa del piloro.

Operación: Julio 16. Gastroenterostomía anterior con enteroanastomosis por ser imposible la posterior. Estirpación de dos ganglios, cuyo examen demuestra inflamación (ausencia de neoplasma).

Alta: 7 de agosto.

32.—Señor T....., 41 años. Ingresa el 30 de setiembre de 1917.

Diagnóstico: Úlcera pilórica.

Operación: 1.º de octubre. Gastroenterostomía posterior. (Dr. Fiedler).

Alta: 17 de octubre.

33.—José N....., 49 años. Ingresa el 4 de octubre de 1917.

Diagnóstico: Úlcera pilórica. Engrosamiento de la cabeza del páncreas. Tumor? Pancreatistis?

Operación: Octubre 11. Gastroenterostomía posterior.

Alta: Octubre 21.

34.—Señor L....., 32 años, Ingresa el 4 de diciembre de 1917.

Diagnóstico: Úlcera pilórica callosa.

Operacion: Diciembre 10. Gastroenterostomía posterior.

Alta: Diciembre 25.

35.—Jermán W..... Ingresa el 2 de enero de 1917.

Diagnóstico: Úlcera callosa del píloro.

Operacion: Enero 11. Gastroenterostomía posterior (Dr. Fiedler),

Alta: Enero 26.

36.—Max K....., 21 años. Ingresa el 12 de enero de 1917.

Diagnóstico: Pequeña úlcera pilórica.

Operacion: Gastroenterostomía posterior (25 de enero).

Alta: 17 de febrero.

37.—L..... H....., 22 años. Había sido operada anteriormente por mí de una hernia crural. Desde algún tiempo sufría de intensas crisis de dolores gástricos. En un examen de jugo gástrico hecho por el Dr. Schwarzenberg se produce una hemorragia al introducir la sonda. Ingresa el 15 de marzo de 1917 i es operada al día siguiente. Se encuentra una úlcera pilórica; en el estómago hai sangre. Se hace una gastroenterostomía posterior i la oclusión del píloro. La enferma sale de alta el 29 de marzo. Por algún tiempo siguen las molestias, pero desaparecen poco a poco, aunque la enferma atribuye su mejoría a un tratamiento médico i está conven-

cida que no ha tenido úlcera porque así se lo dijo un médico después de un examen radiológico!

38.—Señora B....., 33 años. Ha sido operada anteriormente de apendectomía i colecistectomía por cálculos biliares. Ingresa al Hospital el 25 de febrero de 1917. Es operada el 1.º de abril. Presenta una úlcera pilórica típica. Se hace la gastroenterostomía posterior i la oclusión del piloro.

Alta: el 13 de abril.

Según he sabido, la enferma siempre sigue con molestias abdominales.

39.—María L....., 20 años. Ingresa el 7 de abril de 1918.

Diagnóstico: Úlcera pilórica, colelitiasis.

Operación: 8 de abril. Gastroenterostomía posterior, oclusión pilórica. Colecistectomía.

La enferma no ha tenido molestias desde la operación hasta la fecha (2 1/2 años); trabaja activamente como enfermera.

40.—Pedro G....., 47 años. Ingresa el 13 de mayo de 1918.

Diagnóstico: Úlcera pilórica callosa. (Dejeneración maligna?).

Operación: mayo 18. Las adherencias intensas del piloro con los órganos vecinos hacían imposible la estirpación en tejido sano, en caso de existir dejeneración maligna, i significaba correr

un riesgo innecesario si se trataba de una simple úlcera. Se decidió hacer la gastroenterostomía posterior.

El enfermo salió de alta el 1.º de junio, sin molestias gástricas. Con fecha 19 de noviembre de 1920 me escribe:

«Después de la operación que Ud. me hizo en 1918 puedo decirle con satisfacción que desde esa fecha he quedado perfectamente del estómago, pudiendo comer de todo i con un apetito sorprendente, sin que jamás me haya sentido mal».

41.—Alejandro O....., 35 años. El enfermo había tenido varias hemorragias intensas, sufría mucho. Ingresó el 16 de mayo de 1918.

Diagnóstico: Úlcera pilórica. Dilatación gástrica.

Operación: mayo 22. Se encuentra una úlcera en el piloro i dos en el duodeno. Se hace la esclusión del piloro i la gastroenterostomía posterior.

Dos años después de la operación volví a ver al enfermo; había tenido otra hemorragia algunos meses después de la operación, pero después habían desaparecido todos los síntomas i se sentía bien.

42.—Anjel G....., 47 años. Síntomas de úlcera por mucho tiempo; últimamente manifestaciones de oclusión pilórica, acompañada de sufrimientos intensos i rápido decaimiento. Ingresó el 15 de junio de 1918.

Operacion: 26 de junio. Se encuentra un cáncer pilórico implantado sobre una úlcera callosa. Se hace la resección por el procedimiento de Billroth II (Polya). El enfermo hace una convalecencia sin complicaciones i sale de alta el 27 de julio.

43.—Fed. R....., 63 años. Ingresa el 26 de agosto de 1918.

Diagnóstico: Úlcera callosa del duodeno (2.^a porción).

Operacion: setiembre 6. Gastroenterostomía posterior.

Alta: 19 de setiembre. Siguió bien hasta junio de 1920. Después ha vuelto a tener molestias.

44.—Primitiva A....., 25 años. V. N.º 26.

La enferma estuvo bien durante un año después de la gastroenterostomía. En seguida reaparecieron los dolores i las molestias. Ingresó el 21 de setiembre de 1918. Al examen radiológico se veía que la mayor parte del contenido pasaba a través del píloro i mui poco por la gastroenterostomía.

Operacion: Setiembre 28. Se encontró la úlcera pilórica patente; la gastroenterostomía estaba permeable para dos dedos. Se procedió a hacer la esclusión del píloro.

La enferma hizo una convalecencia rápida i salió de alta el 9 de octubre. Hasta la fecha sigue bien.

45.—José N....., 41 años. El enfermo ingresó el 3 de octubre de 1918; presentaba una her-

nia umbilical i otra epigástrica, pero sus molestias bastante intensas nos hacían sospechar la presencia de una úlcera duodenal.

La *operacion* efectuada el 12 de octubre confirmó nuestra sospecha; se encontró una úlcera en la 1.^a porción del duodeno. Se hizo una gastroenterostomía posterior, la esclusión del píloro i la operación de sus dos hernias.

El enfermo salió de alta el 3 de noviembre i no ha tenido más molestias.

46.—Sra. Amelia de R..... 44 años. La enferma tenía una historia larga de úlcera gástrica. En los últimos meses se habían presentado síntomas de oclusión pilórica que se habían hecho más i más intensos hasta impedir por completo toda alimentación por la boca. La enferma apenas pudo soportar el viaje a ésta i hubo que levantar sus fuerzas con inyecciones, enteroclisís, etc., para poder operarla. Ingresó el 24 de noviembre de 1918 i fué operada el 30 de noviembre. Se encontró una estenosis pilórica casi absoluta; se hizo una gastroenterostomía posterior. A los 13 días, el 12 de diciembre, salía de alta, ya bastante repuesta i alimentándose bien.

Sigue en perfecta salud hasta la fecha.

47.—David B....., 35 años. Ingresó el 2 de noviembre de 1918.

Diagnóstico: Úlcera duodenal.

Operacion: 30 de noviembre. Gastroenterostomía posterior. Oclusión pilórica.

Alta: Diciembre 20.

48.—Manuel C....., 38 años. Ingresa el 30 de noviembre de 1918.

Diagnóstico: Úlcera duodenal.

Operación: Diciembre 4. Gastroenterostomía posterior. Oclusión pilórica.

Alta: Diciembre 20.

Hasta la fecha sigue bien i sin molestias.

49.—Arturo C....., 40 años. Ingresa el 17 de febrero de 1919.

Diagnóstico: Úlcera callosa del duodeno, apendicitis crónica.

Operación: Febrero 24. Gastroenterostomía posterior. Oclusión del píloro. Apendectomía.

Alta: Marzo 13.

Hasta la fecha el enfermo está sano.

50.—Sr. S....., 43 años. Síntomas de estenosis pilórica, hemorragia; ingresa el 11 de marzo de 1919.

Operación: 12 de marzo. Se encuentra una úlcera callosa del píloro. Se hace una gastroenterostomía posterior i la oclusión del píloro.

Alta: el 22 de marzo.

El 13 noviembre de 1920, año i medio después de la operación, vuelvo a examinar al enfermo. No tiene síntomas gástricos; al examen radioscópico la gastroenterostomía funciona perfectamente, el píloro está cerrado.

51.—Pedro G....., 66 años. Ingresa el 26 de marzo de 1919.

Operacion: 2 de abril. Se encuentra un carcinoma del estómago implantado sobre una antigua úlcera; otra úlcera se encuentra en el duodeno. Se procede a hacer la resección del estómago (Billroth II con la técnica de Balfour). Sigue sin complicaciones i sale de alta el 25 de abril.

52.—Emeterio A....., 25 años. Ingresa el 4 de junio de 1919 con la historia típica de úlcera péptica. Ha tenido hematemesis.

Operacion: 6 de junio. Se encuentra una úlcera callosa prepilórica anterior i otra posterior al parecer cicatrizada. Se hace la gastroenterostomía posterior sin escluir el píloro. V. 54.

53.—Zoila A....., 50 años. Ingresa el 6 de junio de 1919.

Diagnóstico: Úlcera pilórica con estrechez pilórica i gastrectasia enorme.

Operacion: Junio 7. Gastroenterostomía posterior.

Alta: el 18 de junio, perfectamente sana i tomando toda clase de alimentos.

54.—Emeterio A....., V. 52. El enfermo no seguía bien después de la operación, tenía sensación de peso en el estómago i a veces vómito bilioso. El examen radioscópico demostró que casi todo el contenido gástrico salía por el píloro, dilatando enormemente el duodeno i refluyendo en parte al estómago por la gastroenterostomía. Era casi un círculo vicioso, aunque algo del contenido seguía por el yeyuno. Resolvi hacer la esclú-

sión del piloro que en los últimos casos no había hecho, inducido por las publicaciones de los Mayo. Lo operé el 5 de julio. Las molestias desaparecieron, el enfermo salió de alta el 1.º de agosto i sigue bien.

55.— Otto K.....49 años. Sin antecedentes; con Wassermann negativo, con síntomas gástricos mui sospechosos de malignidad. Fué sin embargo tratado por varios meses con yoduro de potasio e inyecciones mercuriales, perdiéndose un tiempo precioso. Lo vi a principios de junio de 1919. Presentaba todos los síntomas de carcinoma del estómago, aun el tumor palpable. A pesar de mi insistencia perdió otro mes hasta ingresar el 1.º de julio al Hospital. Después de tonificarlo por una semana, lo operé el 7 de julio haciendo la resección del estómago según Balfour. Se trataba de un carcinoma implantado sobre una úlcera callosa. Se levantó al 9.º día, salió de alta el 28 de julio.

El 12 de setiembre me escribió que seguía mui bien i había aumentado 4 1/2 kilos. Siguió bien hasta diciembre. En esa época aparecieron síntomas de carsinosis jeneralizada i falleció, según supe, en febrero de 1920.

56.— José G....., 27 años. Ingresó el 13 de Julio de 1919.

Diagnóstico: Gran úlcera callosa pilórica.

Operacion: Julio 18. Gastroenterostomía posterior i esclusión del piloro.

Alta: Agosto 1.º

Hasta la fecha sigue bien.

57.—León K....., 30 años. Ingresó el 12 de Agosto de 1919.

Operación: agosto 18. Se encontró una úlcera situada en la pared posterior del píloro. Se hizo la exclusión del píloro i la gastroenterostomía posterior.

Se fué de alta el 7 de setiembre.

58.—Olga Sch....., 21 años. Ingresó el 31 de agosto de 1919.

Operación: Setiembre 4. Se encuentra una úlcera pilórica con bastantes adherencias peritoneales. Se hace la exclusión pilórica con un catgut grueso i la gastroenterostomía posterior. V. 60.

59.—Matilde P. de G....., 30 años. Historia antigua de úlcera péptica. Fué operada por otro cirujano hace 4 años de gastroenterostomía. Ingresa el 7 de setiembre de 1919 i es operada el 11. Se encuentra una úlcera en el píloro que está abierto i permeable. La gastroenterostomía está permeable. Se hace la exclusión pilórica i se estirpa el apéndice. Sale de alta el 2 de octubre.

60.—Olga Sch....., 21 años. El píloro se ha hecho permeable rápidamente: las molestias siguen. Nueva operación: 27 de setiembre. Se hace la exclusión completa del píloro. Las molestias desaparecen i la enferma sale de alta el 6 de octubre.

La he visto un año después, seguía bien i sin síntomas gástricos.

61.—Emilio V..... A....., 32 años. Ingresa el 23 de setiembre de 1919.

Operacion: Setiembre 27. Se encuentra una úlcera grande en el duodeno i otra pequeña en el píloro. Esclusión del píloro i gastroenterostomía posterior. Alta: el 17 de octubre.

62.—Ramón G....., 38 años. Ingresa el 15 de noviembre de 1919.

Diagnóstico: Úlcera callosa en el píloro.

Operacion: Noviembre 19. Gastroenterostomía posterior i esclusión del píloro.

Alta: el 3 de Enero de 1920.

Sigue bien hasta la fecha.

63.—Roberto M....., 49 años. El enfermo vino del Sur a operarse por consejo del Dr. Reed. Presentaba la sintomatología clara de la úlcera péptica. Ingresó el 21 de diciembre de 1919.

Operacion: 24 de diciembre. Encontré una úlcera callosa en el duodeno. Hice gastroenterostomía posterior con esclusión del píloro. Salió de alta el 13 de enero de 1920.

Según noticias del Dr. Reed, el enfermo al principio tuvo molestias, náuseas, a veces vómito bilioso, pero pronto estos síntomas desaparecieron i hace tiempo que se encuentra muy bien de salud i ha aumentado mucho de peso.

64.—Juan A....., 32 años. Ingresó el 19 de febrero de 1920. Fuera de síntomas sospechosos de úlcera presentaba una hernia epigástrica. La

operacion (febrero 21) demostró una úlcera pilórica con estensas adherencias. Se hizo la esclusión del piloro, la gastroenterostomía posterior i operación de la hernia epigástrica.

Alta: el 9 de marzo.

65.—Euljio P. C....., 74 años. El enfermo presentaba la historia clara de una úlcera péptica que había producido una estenosis progresiva del piloro. Lo vi en consulta con el Prof. García Guerrero i decidimos la operación, a pesar de su edad i su estado de suma debilidad, ya que sin la operación estaba condenado a una muerte segura por inanición. Ingresó al Hospital el 29 de febrero de 1920.

La *operacion* (1.º de marzo) demostró una oclusión completa del piloro, consecutiva a una úlcera. Hice la gastroenterostomía posterior. No hubo contratiempos, el enfermo se fué de alta el 9 de Abril, comiendo casi de todo. Ha engordado, sigue muy bien, no tiene molestias de parte de su estómago.

66.—Martín R....., 46 años. Ingresa el 23 de marzo de 1920.

Diagnóstico: Úlcera duodenal (cara posterior).

Operacion: 25 de marzo. Gastroenterostomía posterior con esclusión del piloro.

Alta: 9 de abril.

67.—Adolfo L. B....., 31 años. El 26 de marzo a las 7 A. M. fui llamado a ver al enfermo, que tenía, según se creía, un ataque de apendicitis aguda. Los datos que me dieron, fueron los siguientes: El enfermo, un joven sano, bien mus-

culado, debía casarse el día siguiente. Durante algún tiempo sufría de molestias al estómago i acideces, molestias que se habían acentuado después de una comida que le habían dado sus amigos pocos días antes como despedida de soltero. La noche anterior había comido muy poco i se había retirado cerca de media noche de casa de su novia. Bruscamente sintió un dolor intensísimo en el abdomen, con malestar i fatiga. Se le llevó a la Asistencia Pública donde se le aplicó una inyección calmante i se le recomendó colocar hielo al vientre i consultar un cirujano. El enfermo presentaba una temperatura de $37,8^{\circ}$ (en el recto $38,5^{\circ}$), pulso 96, sensibilidad difusa en todo el abdomen sin punto especialmente sensible, defensa muscular intensísima, lignea, sobre todo en el epigastrio, respiración superficial, cara angustiosa. El diagnóstico de abdomen agudo era claro, se había pensado en apendicitis; pero los antecedentes de afección gástrica, la brusquedad con la que empezaron los síntomas, la defensa muscular tan intensa, me indujeron a diagnosticar una perforación de úlcera péptica. Se trasportó al Hospital i lo operé 9 horas después del comienzo de los síntomas. Al abrir el peritoneo salió líquido turbio teñido de bilis. Fue fácil poner a descubierto una perforación en la pared anterior del duodeno de la cual se escapaba líquido bilioso. Cerré la perforación con suturas de Lembert que estrechaban al mismo tiempo el duodeno, lavé bien la cavidad pe-

ritoneal con suero fisiológico, practiqué una ancha gastroenterostomía posterior i cerré sin drenaje. El enfermo hizo una convalecencia sin complicaciones, salió de alta el 10 de abril i se casó el mes siguiente. Sigue perfectamente bien de salud.

68.—Juan O....., 30 años. Ingresó el 14 de mayo de 1920.

Diagnóstico: Úlcera duodenal.

Operacion: mayo 17. Gastroenterostomía posterior con exclusión del píloro.

Alta: junio 11.

69.—Augusto Ch....., 64 años. El enfermo había tenido varios ataques de dolor con inflamación, situados en la rejión de la vesícula biliar. Ultimamente tuvo un ataque intensísimo en Antofagasta. Ingresó el 12 de junio. Con bolsa de hielo cedieron un poco los síntomas agudos i decidí operarlo el 24 de junio. La *operacion* reveló una úlcera duodenal callosa con intensa inflamación periduodenal i adherencias a la vísceras vecinas. Hice la exclusión del píloro i la gastroenterostomía posterior. A los 8 días se cambió el apósito i se sacaron los hilos. 2 días después sintió el enfermo un dolor agudo al toser. Al quitar el vendaje se pudo constatar que se había abierto la herida, estando el estómago e intestino en contacto directo con el apósito. Se redujeron las vísceras se cosió de nuevo la herida i el enfermo sanó sin nuevo contratiempo. Se fué de alta el 2 de agosto.

70.—Rod. Gmo. E....., 64 años. Ingresó al Hospital el 31 de agosto de 1920 con dolores gástricos i hematemesis. La *operacion* (13 de setiembre) reveló una úlcera duodenal. Se hizo la gastroenterostomía con exclusión del piloro. Salió de alta el 29 de setiembre.

71.—José A....., 56 años. Ingresó el 14 de setiembre de 1920. Toda la sintomatología hablaba a favor de úlcera duodenal. En la *operacion* (22 de setiembre) se encontraron adherencias intensas en la 2.^a porción del duodeno, un engrosamiento de la pared, pero no síntomas inequívocos de úlcera. En vista de este resultado dudoso decidí hacer la piloroplástica (Strauss) en vez de la gastroenterostomía. Siguió mui bien i salió de alta el 5 de octubre.

Hasta el 3 de noviembre ha aumentado 7 kilos, se siente mui bien.

72.—Antonio C..... Ingresó el 8 de setiembre de 1920.

Diagnóstico: Cáncer del estómago sobre la base de una antigua úlcera.

La *operacion:* (22 de setiembre) confirmó el diagnóstico. Hice una estensa resección del estómago, cerré el cabo duodenal, pero al querer hacer la implantación antecólica del yeyuno en el cabo gástrico, según la modificación de Balfour, resultó que el mesenterio era demasiado corto para permitir la gastroenterostomía antecólica sin comprimir el colón trasverso. Tuve que pasar la

primera porción del yeyuno por una abertura en el mesocolón trasverso i hacer la modificación de Polya.

El enfermo salió de alta al 9.º día, 1.º de octubre.

Sigue mui bien.

73.—Srta. Elisa L....., 19 años. Ingresa al Hospital el 21 de octubre de 1920.

Antecedentes: En 1913 fué operada en el Pensionado de San Vicente (Santiago) por apendicitis aguda supurada. Al cabo de un mes cicatrizó la herida i la enferma siguió bien por el término de un año. En 1914 aparecieron ataques intensos de dolor abdominal, a menudo acompañados de vómito. Fué a consultar al cirujano que la había operado, quien constató una hernia ventral. Se operó la hernia i al mismo tiempo se resecó un trocito de apéndice que quedaba. Siguió con sus vómitos i molestias i en 1916 fué operada por otro cirujano por adherencias peritoneales. Como siguiera con los mismos síntomas, un tercer cirujano volvió a operar; también encontró adherencias i un ovario enfermo, que estirpó. Los síntomas seguían sin modificación i en 1917 la enferma ingresó al Hospital Alemán de Valparaíso. Tanto ella como sus parientes deseaban una nueva operación, pero un examen detallado no me daba datos bastantes precisos para considerarla indicada. El estado jeneral de la enferma, deprimido por un sufrimiento tan largo, no era bueno i existía una verdadera neurosis. En éstas condiciones

ordené un tratamiento dietético i recomendé no pensar en una nueva intervención sin indicaciones estrictas. Tres años después (octubre 1920) regresa al Hospital Alemán enviada por un conocido internista. Me relata que siempre siguió con sus molestias i que un cuarto cirujano le hizo la quinta operación abdominal en junio del año en curso. Según me cuenta era la intención de hacerle una gastroenterostomía, pero que se empezó por operar la vesícula biliar i en el curso de la intervención su estado empeoró de tal modo que no pudo hacerse la gastroenterostomía. Ahora viene para que yo le haga esta operación.

Admito la enferma resuelto de no intervenir sin una indicación bien estricta. Los antecedentes son demasiado sospechosos de una neurosis. Pero un atento *examen radiológico* me demuestra que a las 6 horas todavía queda en el estómago un resto de la emulsión de bismuto. Hai una gastrectasia manifiesta, el píloro es bastante sensible a la presión i en la cúpula duodenal queda una sombra marcada. La enferma tiene vómitos casi cada día, se queja de molestias intensas. No se ha repuesto, a pesar de un buen tratamiento médico. Decido hacer la

Operación el 29 de octubre de 1920.

Toda la rejión pilórica está envuelta en adherencias intensas. En el centro de ellas se toca una placa dura, del tamaño de una moneda de 20 centavos, que a la palpación tiene todos los caracteres de una úlcera. En vista de las adherencias tan intensas no hago la tentativa de ponerla a des-

cubierto, sino que me limito a hacer la exclusión del píloro seguida de una gastroenterostomía posterior.

La marcha posterior es muy favorable i la enferma sale de alta el 10 de noviembre. El examen radiológico demuestra que la gastroenterostomía funciona bien.

El 15 de noviembre vuelvo a ver a la enferma. Ha tenido un sólo vómito después de haber recargado mucho el estómago; se siente muy bien.

74. — Sr. Antonio C....., de 53 años. Sufre del estómago hace 20 años. Los síntomas consisten en ardores i dolores que cedían al bicarbonato. Siempre alternaban periodos cortos de bienestar con otros de molestias intensas, pero últimamente las molestias son continuas i no ceden ni al lavado de estómago, que el enfermo sabe hacerse muy bien. Desde hace años los médicos le han hecho el diagnóstico de úlcera pilórica con estrechez i le han recomendado que se opere. Por fin se ha decidido i viene a verme, enviado por el señor E. P. C. (N.º 65). Ingresa el 27 de octubre.

Al examen objetivo se nota una gastrectasia enorme i se ven de vez en cuando las contracciones espasmódicas del estómago que marcan sus contornos claramente a través de las delgadas paredes abdominales. El examen radiológico demuestra una estasia gástrica enorme con insuficiencia motriz por estrechez pilórica. La

Operacion (1.º de noviembre 1920) confirma el diagnóstico. Hai una estrechez pilórica intensa a causa

de úlcera gástrica cicatrizada. Hago la gastroenterostomía posterior.

El enfermo sale de alta el 20 de noviembre. Come bien, con buen apetito, no tiene molestias. Al examen radiológico el estómago se ha reducido a la mitad; la gastroenterostomía funciona bien.

75.—Sra. Luisa B. de M....., 40 años. Ingresa el 8 de noviembre. Sufre desde hace mucho tiempo del estómago i se ha sometido a muchos tratamientos. En los últimos meses se ha enflaquecido mucho. Un pariente de ella, a quien operé de una úlcera pilórica (N.º 50), le aconseja que venga a consultarnos. El Dr. Schwarzenberg la ve en la consulta i puede constatar un tumor palpable, movible, en el epigastrio. El examen radiológico confirma la sospecha de un neoplasma del estómago.

Operacion: noviembre 11 de 1920. Se encuentra un neoplasma del tamaño de un puño, situado en la parte media del estómago. Su punto de partida, según el aspecto macroscópico, ha sido una úlcera callosa de la curvatura menor. Hago la resección estensa del estómago. Billroth II (técnica de Balfour). Es posible resear lejos del tumor, incluyendo todos los ganglios tomados.

La marcha posterior es mui favorable. Después de dos a tres días de depresión la enferma se repone rápidamente i sale de alta el 27 de noviembre.

Son en total 75 operaciones, de las cuales 71 fueron hechas por mí i 4 por el Dr. Fiedler en mi reemplazo. (13, 14, 32, 35).

De los primeros 17 casos, operados en los años 1907/14 fallecieron 8.

De estos fallecimientos tres fueron consecuencia de defectos de técnica:

N.º 2, en que se hizo una operación demasiado larga para las fuerzas de la enferma (Gastroenterostomía anterior con enteroanastomosis, colecistostomía).

N.º 4, Gastroenterostomía i

N.º 16, Resección trasversa por degeneración maligna en que sobrevino peritonitis.

Los otros 5 casos eran perforaciones de úlceras i sus consecuencias (1, 7, 10, 12, 17) en los que la operación no pudo salvar los enfermos.

Desde principios de 1914 hasta la fecha hemos efectuado 58 operaciones consecutivas por úlcera péptica o sus complicaciones sin un solo caso de muerte, aunque entre estas 58 operaciones hai una por perforación aguda (67) i 5 son resecciones estensas por degeneración maligna (42, 51, 55, 72, 75).

La clasificación de las operaciones es la siguiente:

- 2 Laparotomías exploradoras (1, 17).
- 4 Esclusiones pilóricas (44, 54, 59, 60).
- 1 Piloroplastía (71).
- 1 Resección trasversa del estómago (16).
- 2 Pilocrectomías (7, 15).
- 6 Resecciones estensas por dejeneración maligna (6, 42, 51, 55, 72, 75).
- 59 Gastroenterostomías con o sin exclusión pilórica o escisión de úlcera.

75

En varios casos se efectuaron al mismo tiempo operaciones sobre las vías biliares, apéndice, hernias, etc.

En un caso sobrevino una nueva hemorragia algún tiempo después de la operación, pero después sanó completamente (4).

En uno (43) en que no hice la exclusión del piloro, han vuelto a aparecer síntomas después de año i medio de bienestar completo.

Dos casos de enfermas neuróticas (37 i 38) han seguido con síntomas por un tiempo más o menos largo.

Pero la gran mayoría de los operados ha recobrado una salud perfecta i lleva una vida normal sin privaciones en su alimentación.

En vista de estas esperiencias i de los resultados obtenidos creo poder establecer las siguientes

Conclusiones:

1. La úlcera péptica es una enfermedad frecuente i grave, pues en un gran porcentaje produce la muerte del enfermo.

2. El tratamiento médico da buen resultado en casos recientes de úlcera gástrica.

3. El tratamiento quirúrgico tiene muy poco peligro en manos espertas. Debe ser empleado siempre que fracasa un tratamiento médico bien dirigido.

4. Todas las complicaciones de las úlceras exigen el tratamiento quirúrgico.

5. En la úlcera pilórica i duodenal se recomienda la gastroenterostomía posterior con esclusión del píloro.

6. La úlcera del cuerpo del estómago es preferible tratarla por la resección o la cauterización (Balfour), acompañada o no de la gastroenterostomía.

La úlcera duodenal es mucho más grave que la gástrica i sana rara vez sin operación. Es preferible por lo tanto operar toda úlcera duodenal diagnosticada.

8. Si en un enfermo con síntomas de úlcera no se la puede demostrar con certidumbre en la operación, conviene hacer la piloroplastia en vez de la gastroenterostomía.

9. Si hai duda de dejeneración maligna debe hacerse la resección en tejido sano; si no fuese posible, se hará la gastroenterostomía, que sana muchos casos al parecer malignos (N.º 40) i que no lo son.