

Año 1914

Núm. 2875

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PILORECTOMIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

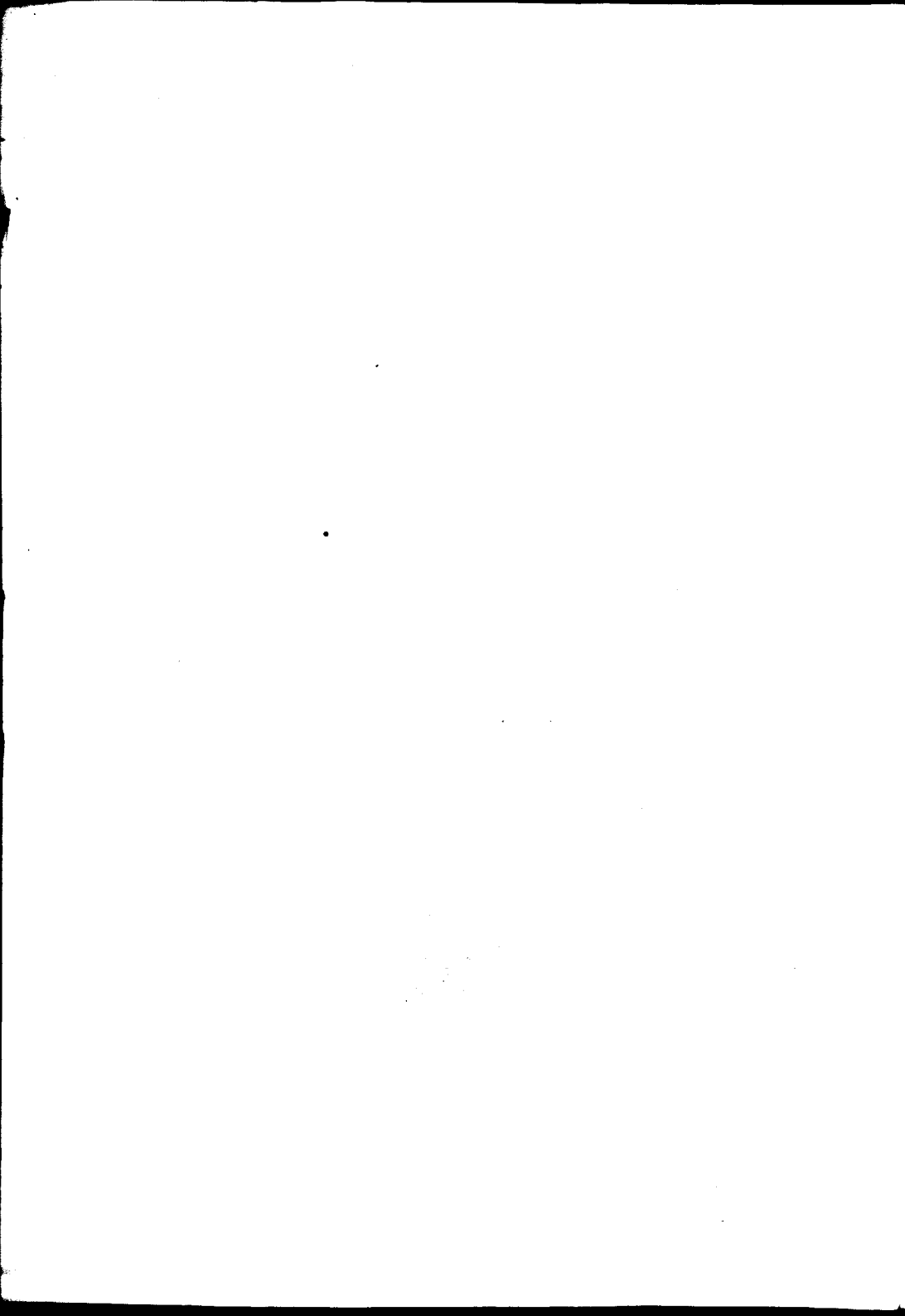
por

ARTURO CUEVILLAS



BUENOS AIRES
IMPRENTA TAXI & SCHAFFNER
VENEZUELA 386
1914

PILORECTOMIA



Año 1914

Núm. 2875

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PILORECTOMIA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ARTURO CUEVILLAS

Ex-practicante externo del Hospital San Roque 1910-1911.
Ex-practicante menor interno del Hospital Pirovano 1911-1913.
Ex-practicante menor rentado por concurso del Servicio Médico permanente
de la Casa Central
Ex-practicante mayor rentado por concurso de la Casa Central 1913-1914.
Ex-practicante de la División Sanidad de Policía



BUENOS AIRES
IMPRENTA TIXI & SCHAFFNER
VENEZUELA 336
1914

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

Art. 162 del R. de la F.

Facultad de Ciencias Médicas

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice-Presidente

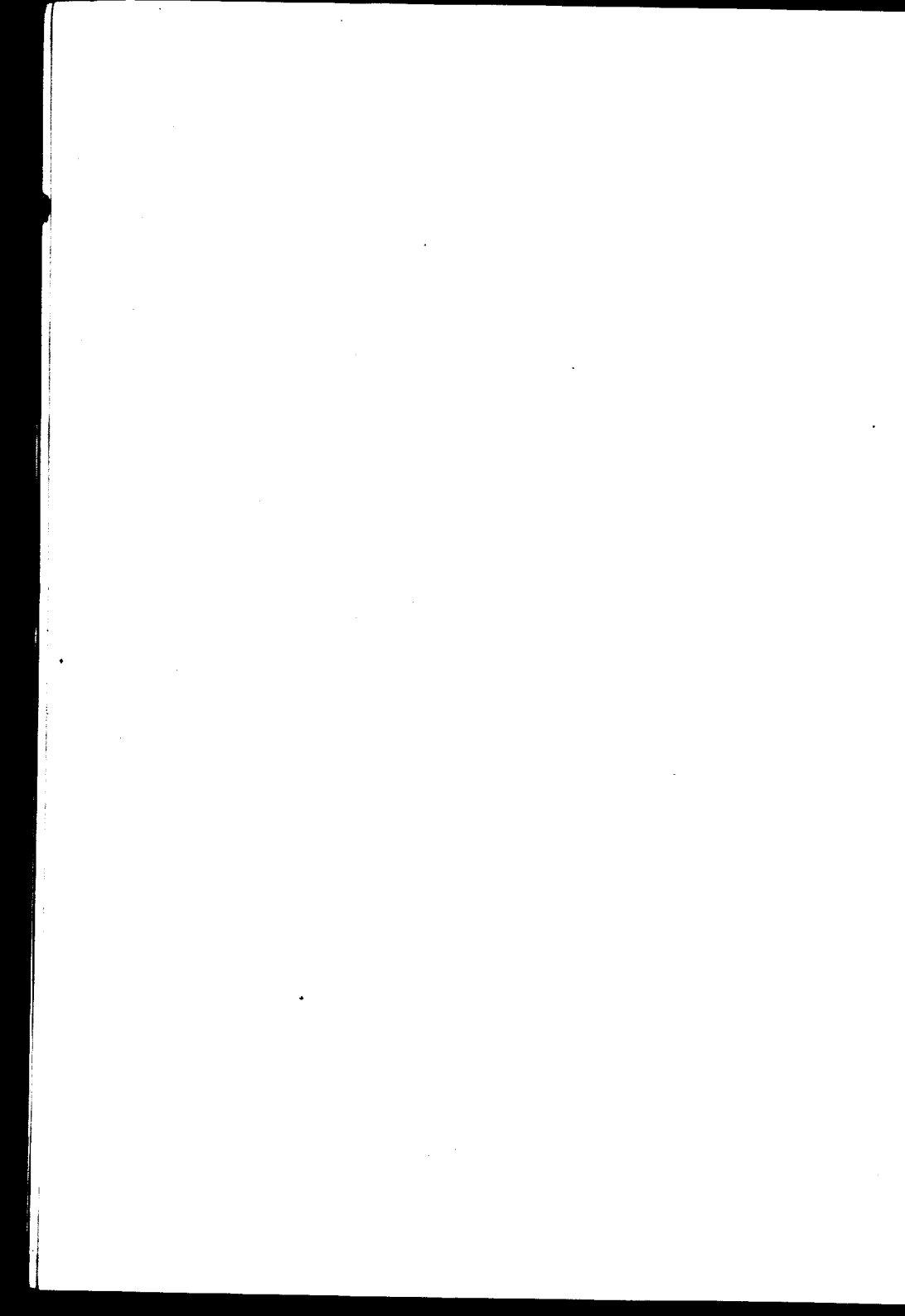
DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Miembros titulares

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

Secretarios

- DR. D. DANIEL J. CRANWELL .
- » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

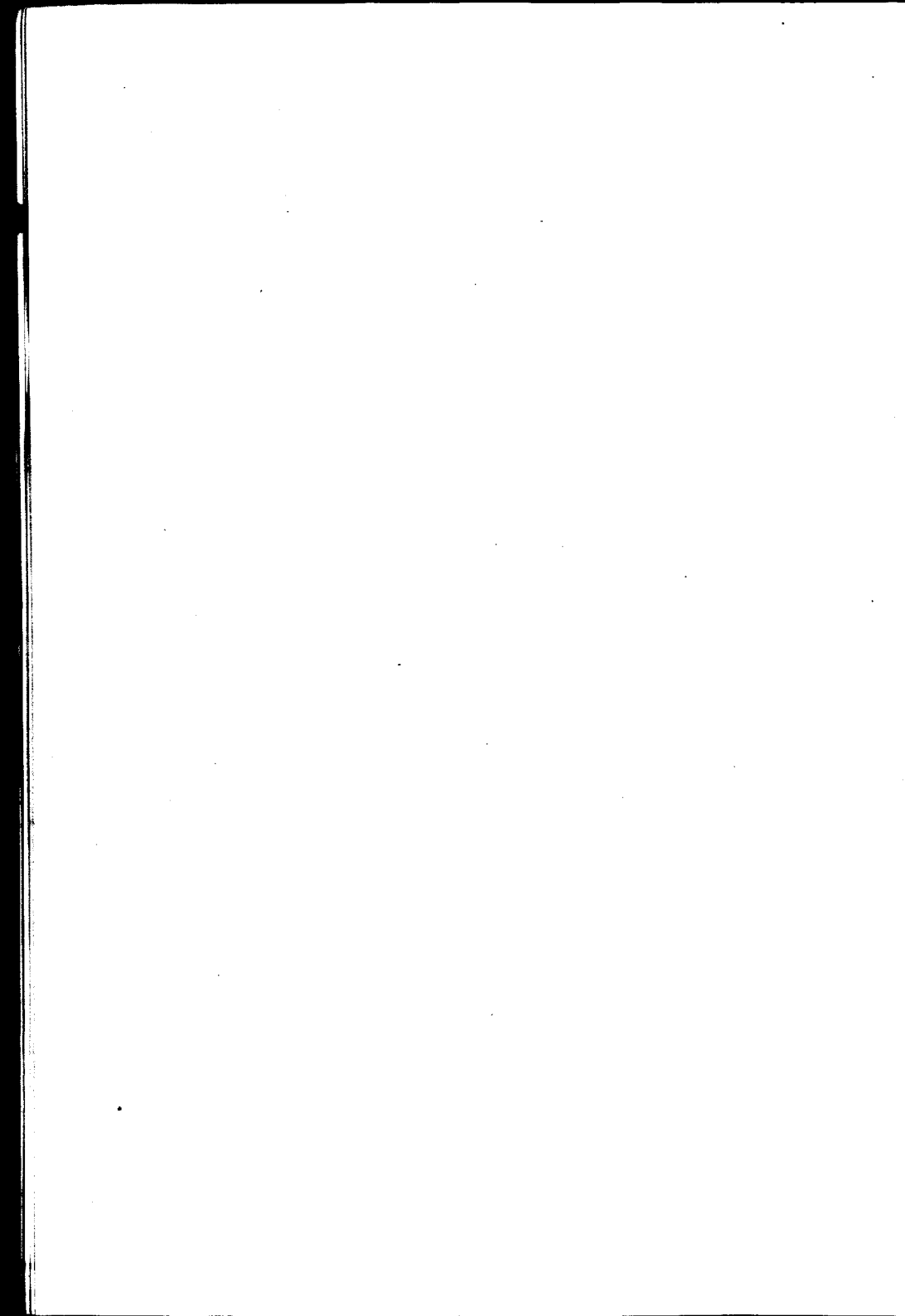


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros honorarios

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



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vice-Decano

DR. PEDRO LACAVERA

Consejeros

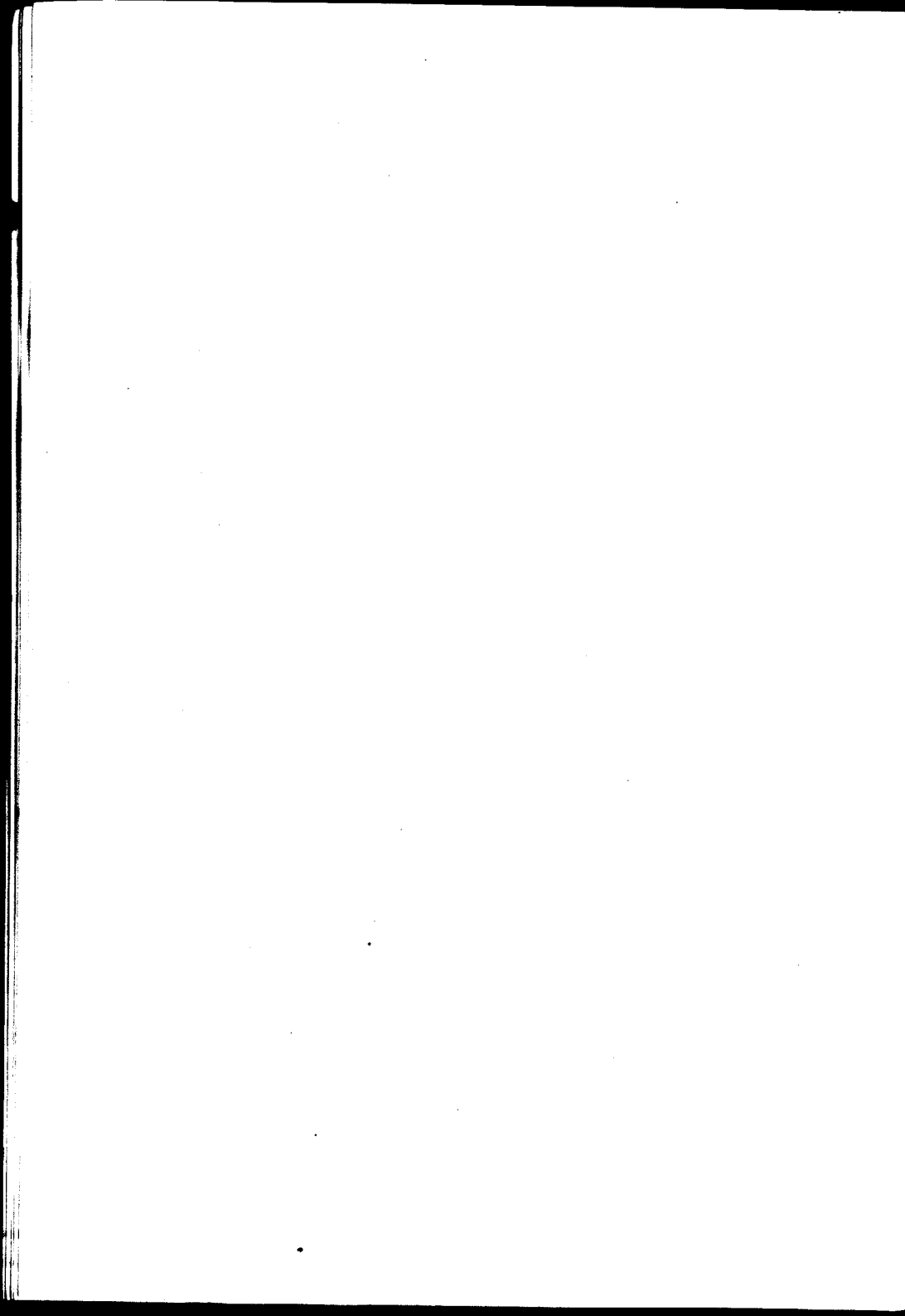
DR. D. ELISEO CANTÓN

- » » LUIS GÜEMES
- » » ENRIQUE BAZTERRICA
- » » DOMINGO CABRED
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » ABEL AYERZA
- » » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
- » » FRANCISCO SICARDI
- » » TELÉMACO SUSINI
- » » NICASIO ETCHEPAREBORDA
- » » EDUARDO OBEJERO
- » » JUAN A. BOERI (Suplente)
- » » ENRIQUE ZÁRATE
- » » PEDRO LACAVERA
- » » JOSÉ ARCE

Secretarios

DR. D. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)

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

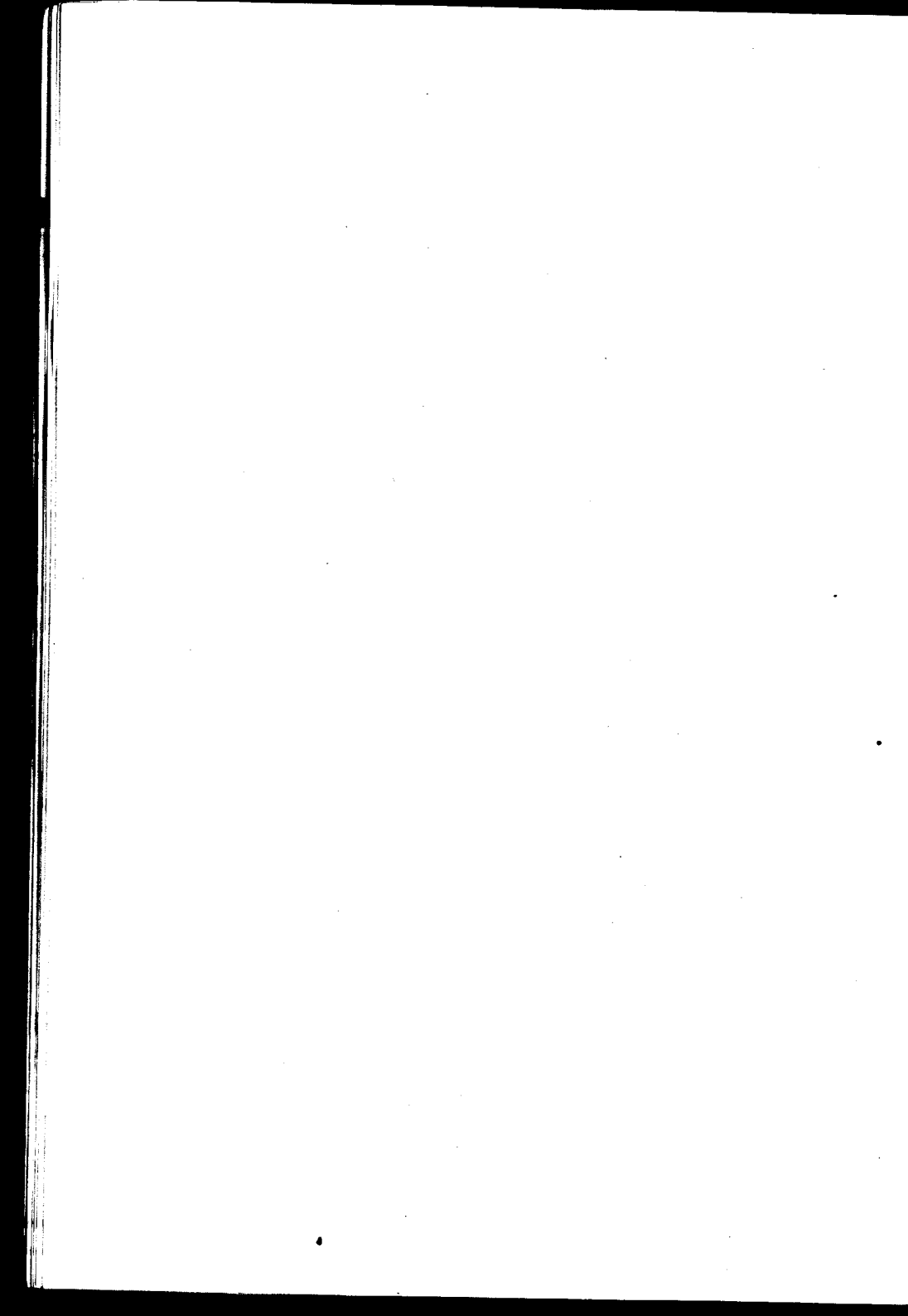


ESCUELA DE MEDICINA

Profesores honorarios

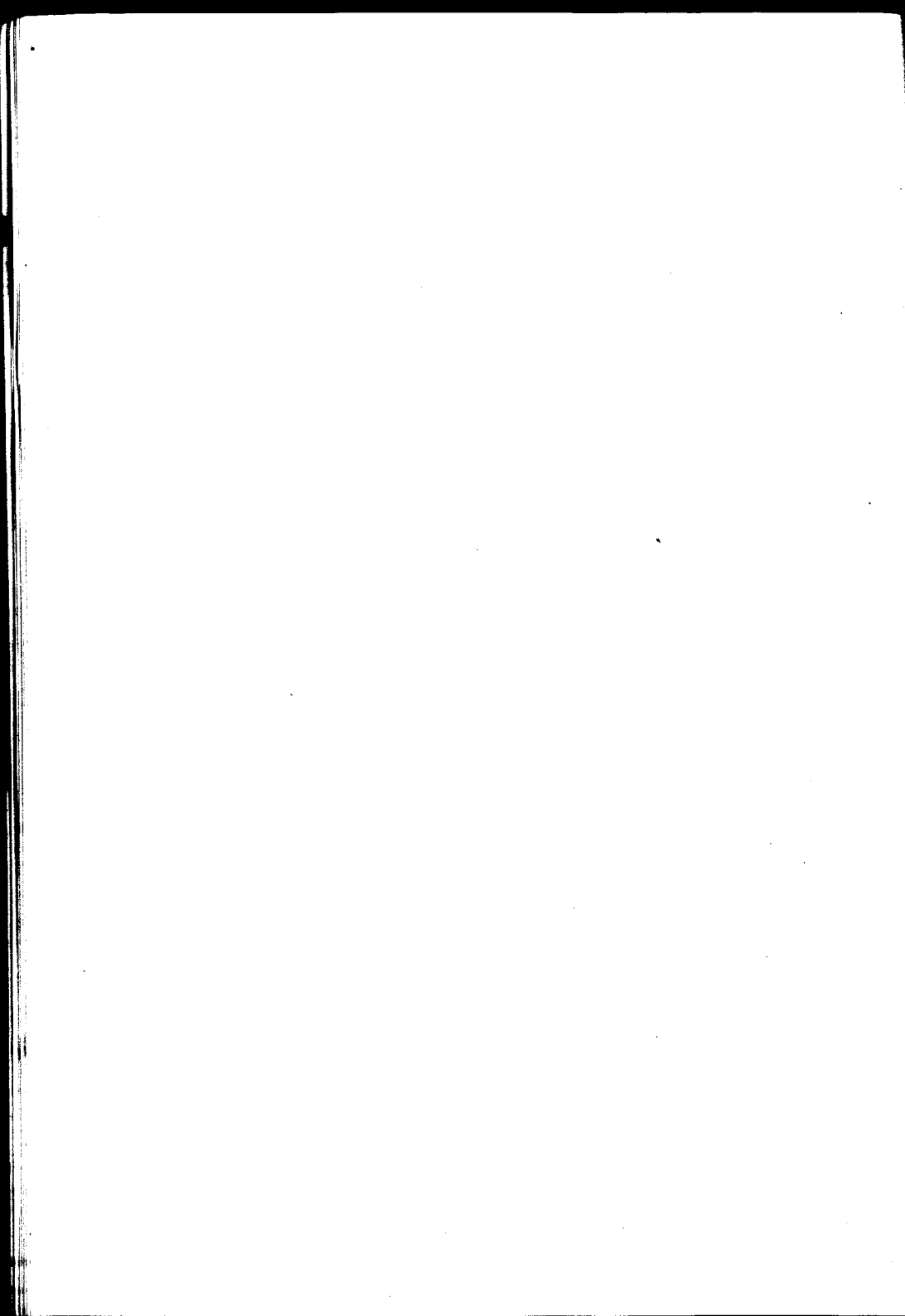
DR. ROBERTO WERNICKE

- JOSÉ T. BACA
- JUVENCIO Z. ARCE
- PEDRO N. ARATA
- FRANCISCO DE VEYGA
- ELISEO CANTÓN
- JUAN A. BOERI



ESCUELA DE MEDICINA

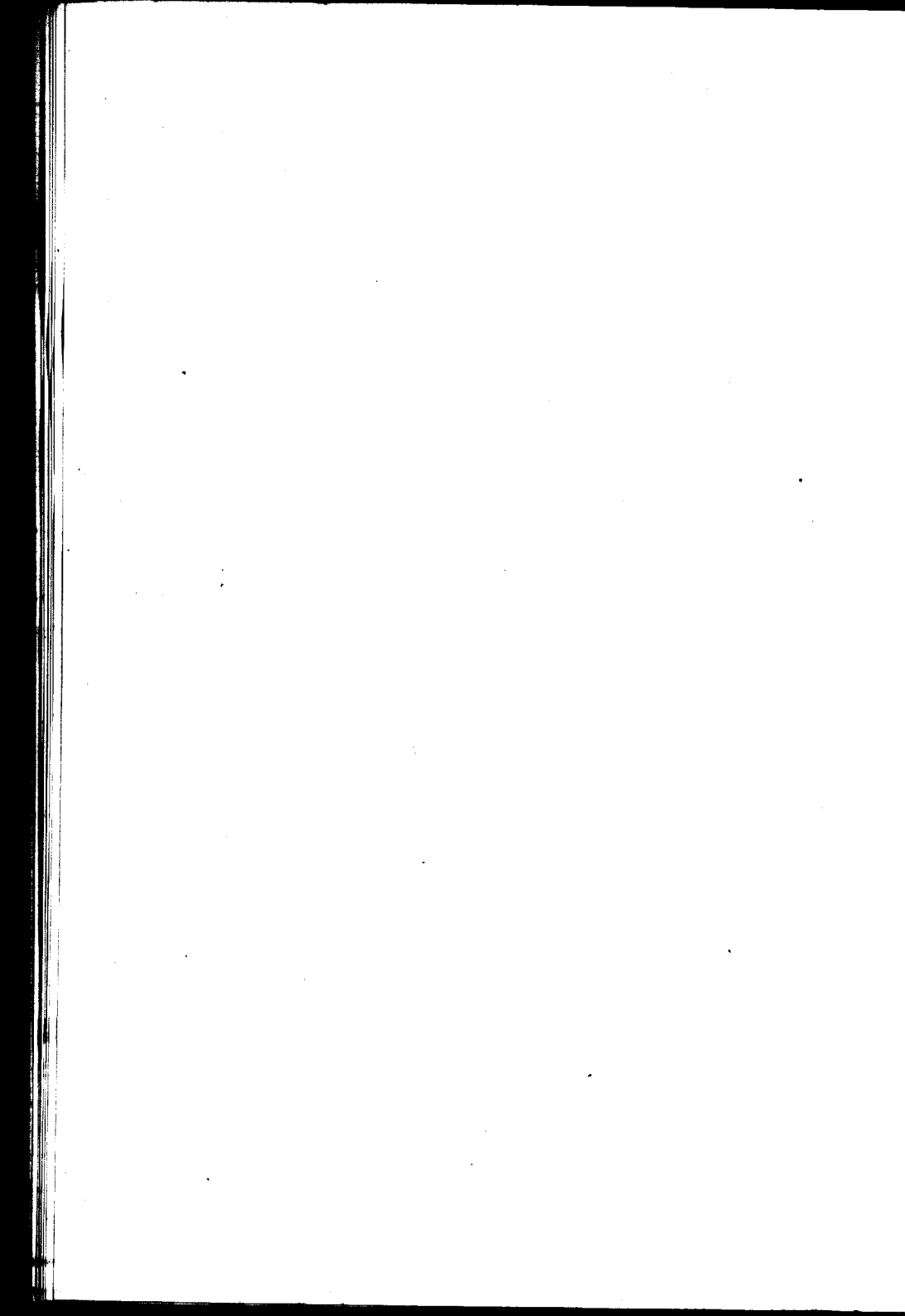
Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica.....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURANONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
	» JOSÉ ARCE
Anatomía Descriptiva.....	» JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO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



ESCUELA DE MEDICINA

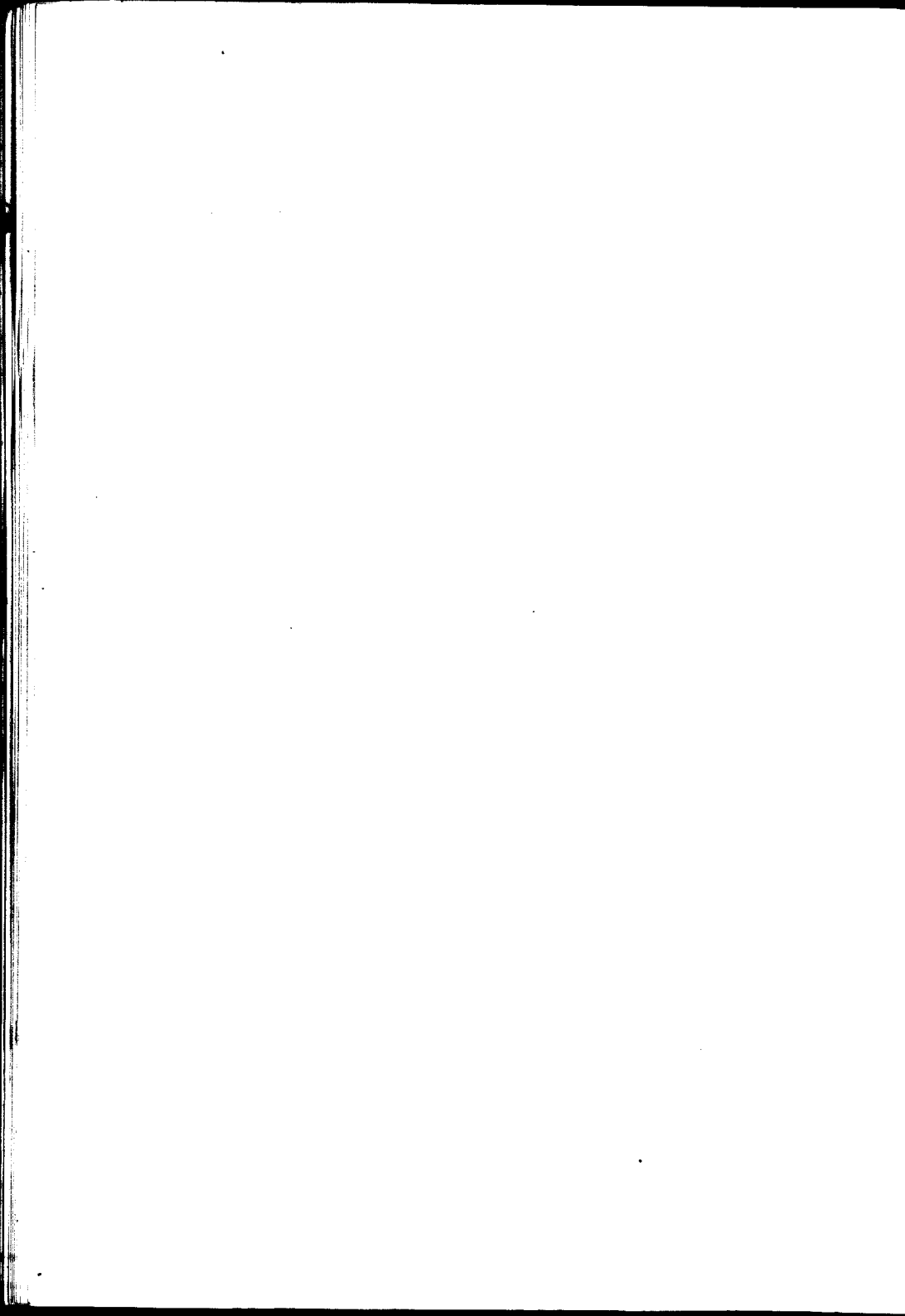
Profesores Extraordinarios

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	Dr. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRÚN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología Interna.....	» RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA



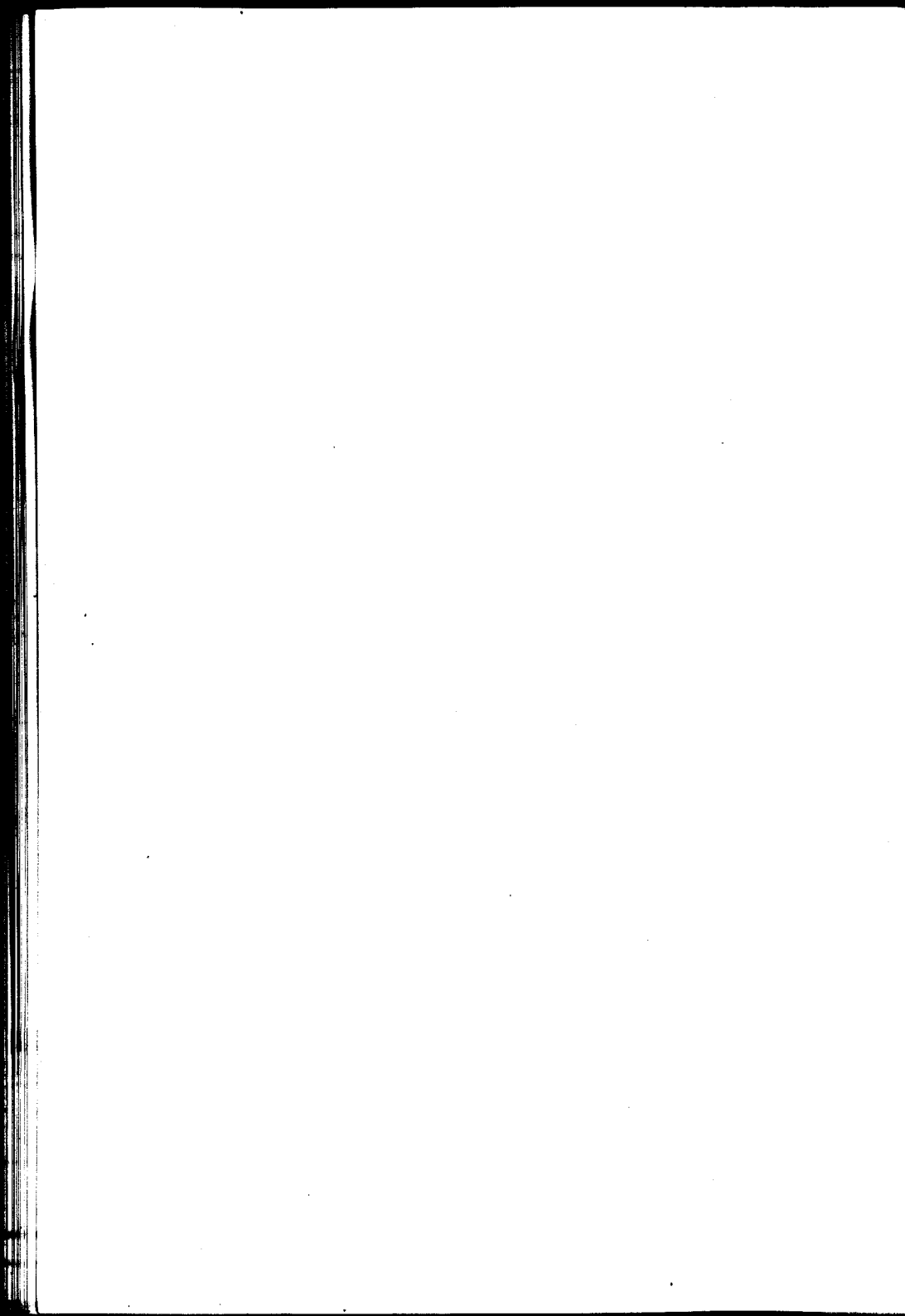
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	» PEDRO BELOU
Botánica Médica.....	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología.....	» FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	» ALOIS BACHMAN
Higiene Médica.....	{ » FELIPE JUSTO
	{ » MANUEL V. CARBONEL
Anatomía Topográfica.....	{ » ROBERTO SOLÉ
	{ » CARLOS R. CIRIO
Anatomía Patológica.....	» JOAQUÍN LLAMBÍAS
Materia Médica y Terapéutica	» JOSÉ MORENO
Medicina Operatoria.....	» PEDRO CHUTRO
Patología Externa.....	» CARLOS ROBERTSON
Clinica Dermato-sifilográfica	{ » NICOLÁS V. GRECO
	{ » PEDRO L. BALIÑA
Clinica Génito-urinaria.....	{ » BERNARDINO MARAÍNI
	{ » JOAQUÍN NIN POSADAS
Clinica Epidemiológica.....	» FERNANDO R. TORRES
Patología Interna.....	{ » PEDRO LABAQUI
	{ » JORGE L. FACIO
Clinica Oftalmológica.....	{ » ENRIQUE B. DEMARÍA
	{ » ADOLFO NOCETI
	{ » MARCELINO HERRERA VEGAS
	{ » JOSÉ ARCE
Clinica Quirúrgica.....	{ » ARMANDO R. MAROTTA
	{ » LUIS A. TAMINI
	{ » JOSÉ M. ^a JORGE (hijo)
	{ » MIGUEL SUSINI
	{ » LUIS AGOTE
	{ » JUAN JOSÉ VITON
	{ » PABLO MORSALINE
Clinica Médica.....	{ » RAFAEL BULLRICH
	{ » IGNACIO IMAZ
	{ » PEDRO ESCUDERO
	{ » MARIANO B. CASTEX
	{ » PEDRO J. GARCÍA
	{ » MANUEL A. SANTAS
Clinica Pediátrica.....	{ » MAMERTO ACUÑA
	{ » GENARO SISTO
	{ » PEDRO DE ELIZALDE
Clinica Ginecológica.....	{ » JAIME SALVADOR
	{ » TORIBIO J. PICCARDO
	{ » OSVALDO L. BOTTARO
	{ » ARTURO ENRIQUEZ (en ejercicio)
	{ » ALBERTO PERALTA RAMOS (en ejerc.)
Clinica Obstétrica.....	{ » FAUSTINO J. TRONGÉ
	{ » JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	{ » JUAN B. GONZÁLEZ
Medicina Legal.....	» JOAQUÍN V. GNECCO



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	• ADOLFO MUJICA
Química Inorgánica aplicada	• MIGUEL PUIGGARI
Química Orgánica aplicada..	• FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	• JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica.....	• JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	• FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	• J. MANUEL IRIZAR
Química Analítica y Toxicológica (segundo curso) ensayo y determinación de drogas... ..	• FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	• RICARDO SCHATZ
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	• PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas	• OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química Orgánica.....	SR. PEDRO J. MÉSIGOS
Química Analítica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química Inorgánica aplicada	• ANGEL SABATINI



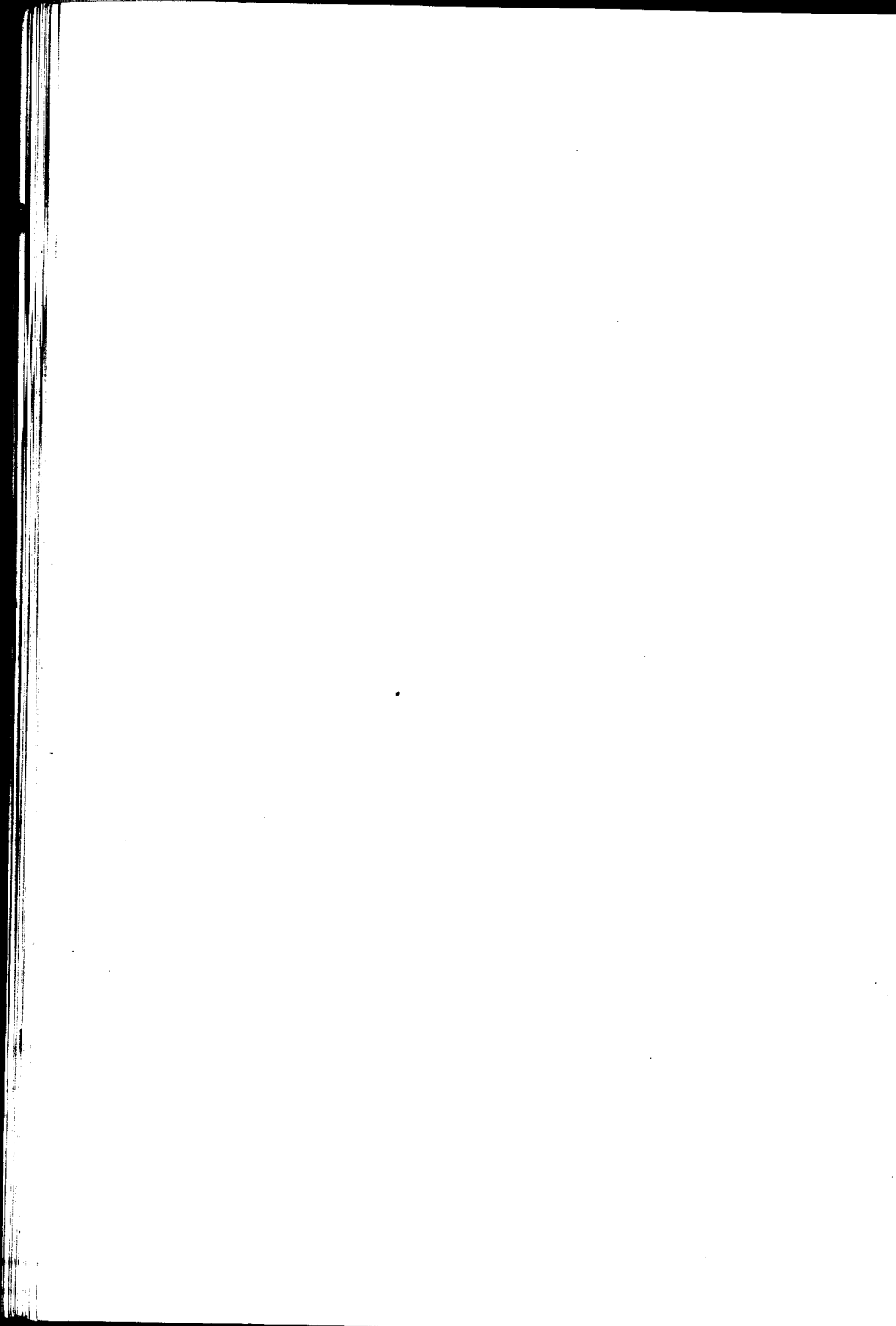
ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. MIGUEL Z. O'FARREL
Parto distócico y Clínica Obs- tétrica	» FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	DR. UBALDO FERNÁNDEZ
Parto distócico y Clínica Obs- tétrica	» J. C. LLAMES MASSINI

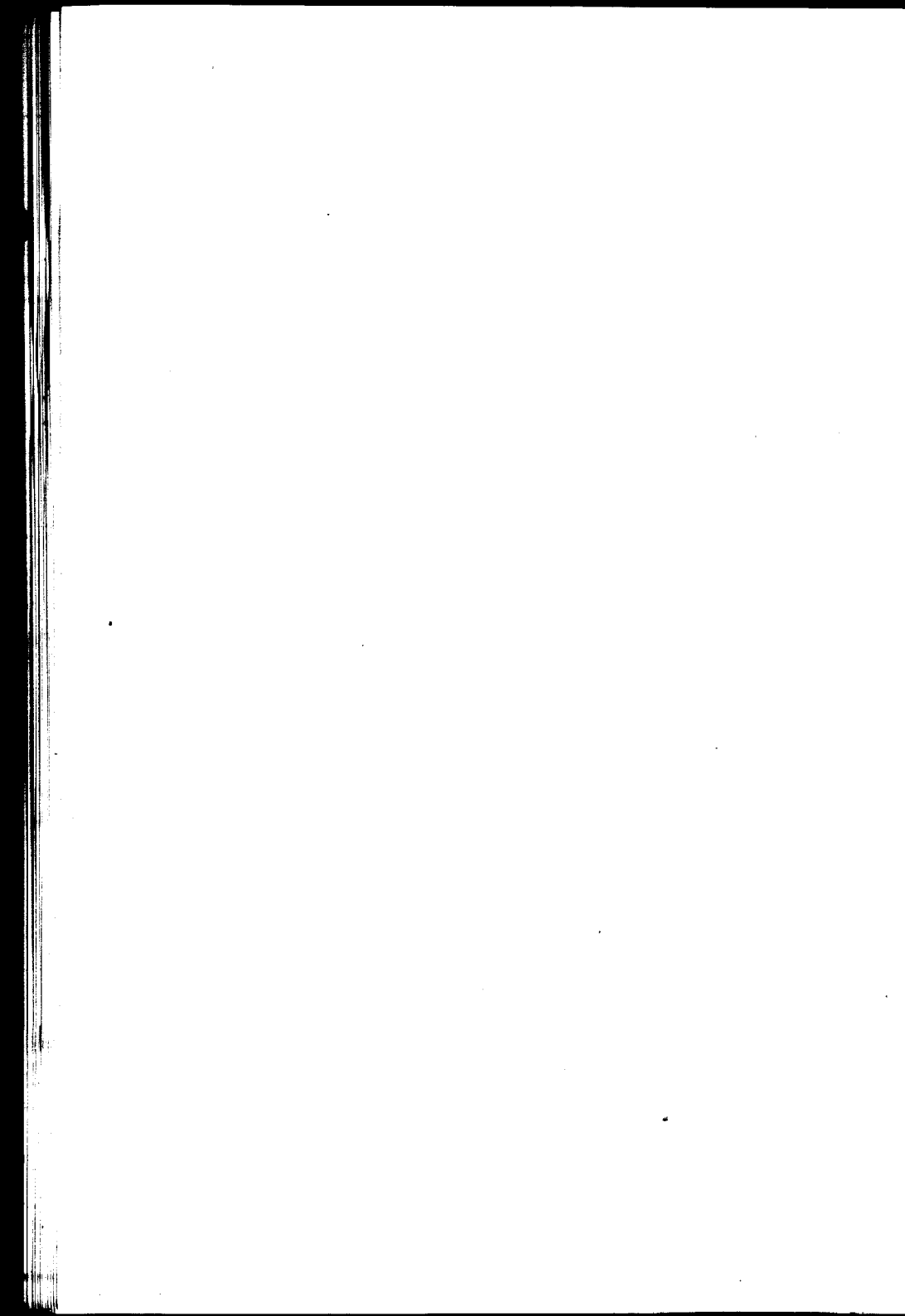
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Primer año	DR. RODOLFO ERAUSQUIN
Segundo año.....	» LEÓN PEREYRA
Tercer año.....	» NICASIO ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO GUARDO
Profesor suplente.....	DR. ALEJANDRO CABANNE



PADRINO DE TESIS:

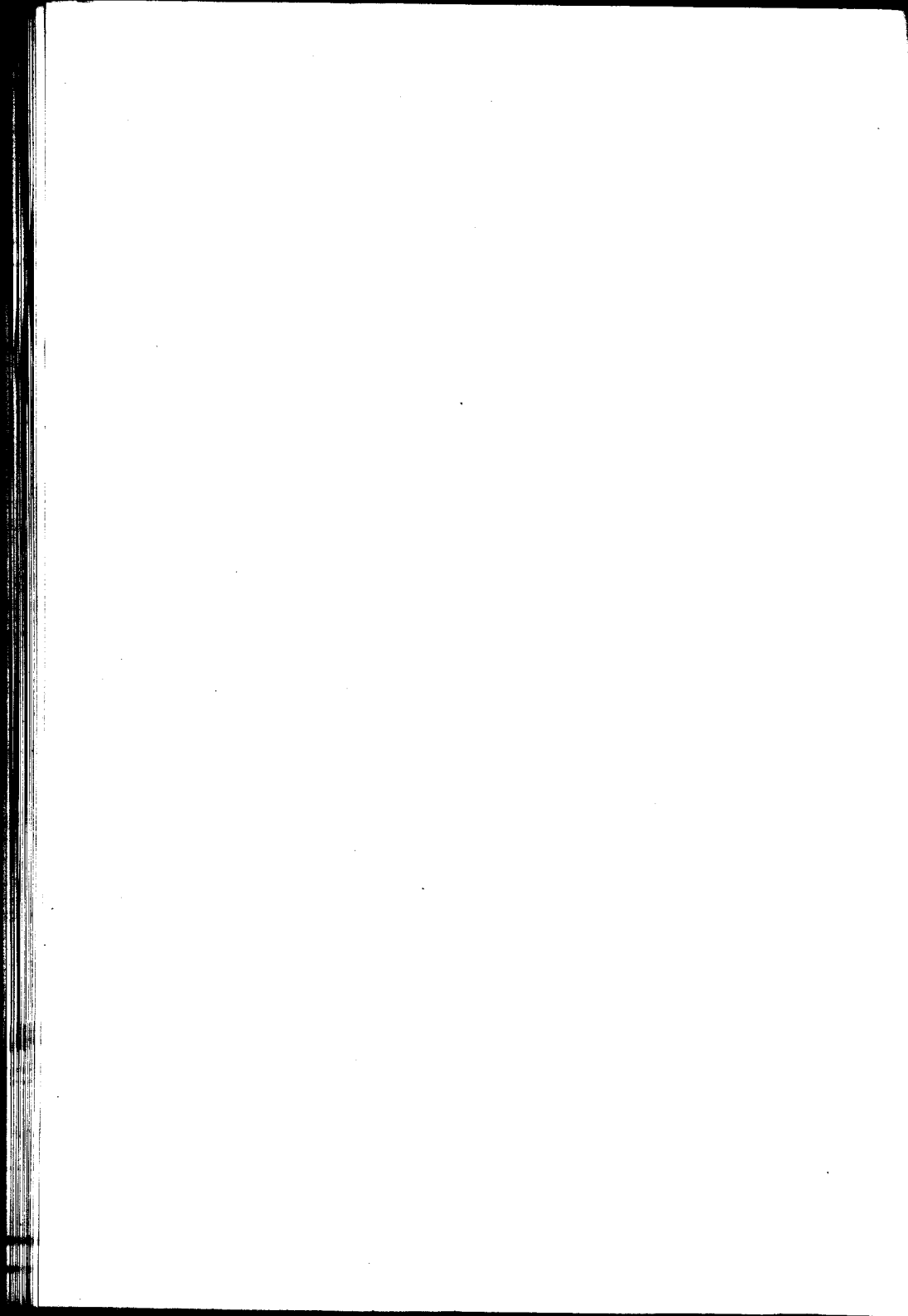
Dr. Juan B. Emina



A LA MEMORIA DE MIS QUERIDOS PADRE
Y ABUELO



A MIS QUERIDAS MADRE
Y ABUELA



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Someto á vuestro elevado criterio, la aprobación de este modesto trabajo, que no tiene otro objeto que el de cumplir con las prescripciones reglamentarias de nuestra Facultad.

Quiero, además, dejar constancia de mi agradecimiento hacia vosotros, por los consejos y enseñanzas que de vuestra parte he recibido, y que, a no dudarlo, serán los que me guiarán en el ejercicio de mi profesión.

Al tomar como tema de mi tesis la Pílorectomía, lo hago con el fin de justificar esta intervención, siempre que se base en el diagnóstico precoz del carcinoma pílorico, por lo cual insisto en la primera parte de este trabajo en reunir el mayor número de síntomas que á él puedan llevarnos.

Una aclaración se impone, y es que al denominar

a esta intervención Pílorectomía, obedece más bien a conservar una antigua nomenclatura, pues sabemos que la extirpación del píloro pura y exclusiva es imposible, porque la afección pasa siempre más allá de sus límites invadiendo parte del estómago e intestinos, obligando por lo tanto a resecaer parte de estos órganos.

Al Dr. Juan B. Enima, mi primer maestro, que me dispensa la alta distinción de acompañarme como padrino en este acto, y al que debo la deferencia de poder adjuntar a este trabajo las historias que al final publico, mi más profundo agradecimiento.

A mi viejo y buen amigo el Dr. Juan G. Allende, gratitud eterna.

A los Dres. Felipe Luchinetti, Mariano Mason y Francisco L. Barraza, mi sincero reconocimiento.

Al Dr. Salvador Maciá, mi amistad y cariño.

A los médicos y practicantes compañeros de internado y guardias, mi sincero aprecio.

CAPÍTULO PRIMERO

CONSIDERACIONES GENERALES

Tiempo hace que los cirujanos reclaman a los clínicos el diagnóstico precoz de las afecciones de localización pilórica. Desgraciadamente, en la mayoría de los casos los enfermos son tratados como simples dispepticos, y ellos no vienen a reclamar tratamientos más serios sino ya en un período muy avanzado de su dolencia.

Hay que tener en cuenta, evidentemente, la insidiosidad verdaderamente sorprendente en ciertos casos, en los cuales se han podido constatar tumores voluminosos en enfermos que no acusan haber padecido los primeros síntomas de su afección, y sufrir solamente de dos semanas o un mes antes de la visita al médico, pero estos casos no son los más, por lo cual, con un examen metódico, particularmente con la ayuda de la sonda y en ayunas, podrá permitir casi siempre y de una manera precoz, establecer la naturaleza de la enfermedad.

El cáncer del píloro es, en efecto, la afección que encierra la mayoría de los casos operables, por el obstáculo que él opone a la evacuación de los alimentos del estómago al intestino, él crea un síntoma que permite descubrirlo en buen momento. Es necesario que el médico conozca bien la manera de encontrar este obstáculo, y que el valor de la exploración con ayuda de la sonda por la mañana en ayunas sea aceptada por todos, y que este método de exploración se haga de uso corriente. Es a su localización a lo que debe el cáncer del píloro ser el cáncer quirúrgico por excelencia. Hay cánceres en casos raros, limitados al cuerpo del estómago y que serán los únicos que justificarían una intervención como la gastrectomía; a más, fuera del punto de mira de intervención radical, hay uno de indicación precisa, y es el de sacar un obstáculo al curso de los alimentos.

Por otra parte, la existencia, sitio del neoplasma, el mayor o menos grado de invasión del mal y la extensión de superficie estomacal no invadida, hace que el cirujano pueda practicar su intervención en tejido sano en mayor cantidad, que es lo deseable. En los casos de tumores pequeños y bien limitados, la cuestión es de relativa facilidad, pero en aquellos en que el tumor ya es grande, difuso y adherente, es de resolución más difícil la intervención.

La persistencia de un quimismo todavía elevado puede ser considerada como el índice de la existencia de una superficie considerable de mucosa libre; en su contra, un quimismo débil o nulo implica la extensión considerable del neoplasma, pues como se sabe, invade una región rica en principios activos, productos de elaboración glandular de localización pilórica (pepsina y

quimosina). En estos casos, la insuflación es el procedimiento que dará mejores resultados, pues permitirá conocer el grado de distensión de las paredes gástricas y las dimensiones de las partes distendidas. La radiografía y la radioscopia podrán también suministrarnos útiles conocimientos. Ahora creo deber entrar a estudiar la sintomatología de las afecciones de localización pilórica, sean ellas de naturaleza cancerosa o no, con síntomas por lo tanto distintos, pues su naturaleza lo es, de lo cual resultan síntomas con predominio mecánico y síntomas químicos, los primeros serían englobados en un capítulo ya conocido, como es el de estenosis pilórica, que daría sus síntomas puros en los casos de estrechez por cicatrizaciones con evolución crónica, y como evolución aguda en los casos de espasmo pilórico, sin importancia para el punto de vista nuestro.

En el segundo caso, o sea en el que hay alteraciones químicas y que siendo una neoformación de tejido la que con mayor frecuencia la produce, pues ese tejido neoformado invade los órganos nobles de la mucosa, a los cuales inutiliza por un proceso mecánico o degenerativo, debemos también sumarle los síntomas mecánicos, pues el neoplasma invade casi siempre la luz intestinal. De lo cual deducimos que debemos reunir la mayor cantidad de síntomas de uno u otro orden, que nos lleven a un diagnóstico precoz, para justificar la intervención y asegurar su éxito y evitar de encontrarse con afecciones palpables, voluminosas, inmóviles, que serían sus contra-indicaciones.

Estenosis pilórica, sus síntomas

Se entiende por estenosis pilórica toda lesión de este orificio que produce mecánicamente un obstáculo a la evacuación del contenido gástrico. La dificultad de evacuación puede presentar una modalidad distinta en un mismo enfermo y en ciertas circunstancias dependientes en algunos casos de la clase de alimentos ingeridos, por lo cual para decir o usar la palabra estenosis es necesario un estado continuo y permanente, descartando, por lo tanto, del cuadro de estenosis, las insuficiencias funcionales transitorias más o menos durables, los fenómenos espasmódicos que pueden interrumpir temporariamente o en ciertos momentos la evacuación gástrica. Las causas de estenosis pilórica se pueden dividir en dos clases, que son: causas de orden intrínseco y causas de orden extrínseco, de las cuales las primeras son las que tienen mayor importancia en su estudio; la más frecuente es el cáncer en casi todas sus modalidades histológicas y en casi toda su forma vegetante, infiltrante, limitado y ulceroso; después de esta afección sigue en segundo término la úlcera en evolución o cicatrización produciendo la estrechez pilórica; al costado de la úlcera, como capaz de producir estrecheces cicatriciales, se encuentra la gastritis por venenos, caústicos o corrosivos.

La Sífilis y Tuberculosis en sus formas estenosantes pueden tener en la región pilórica su localización evolutiva.

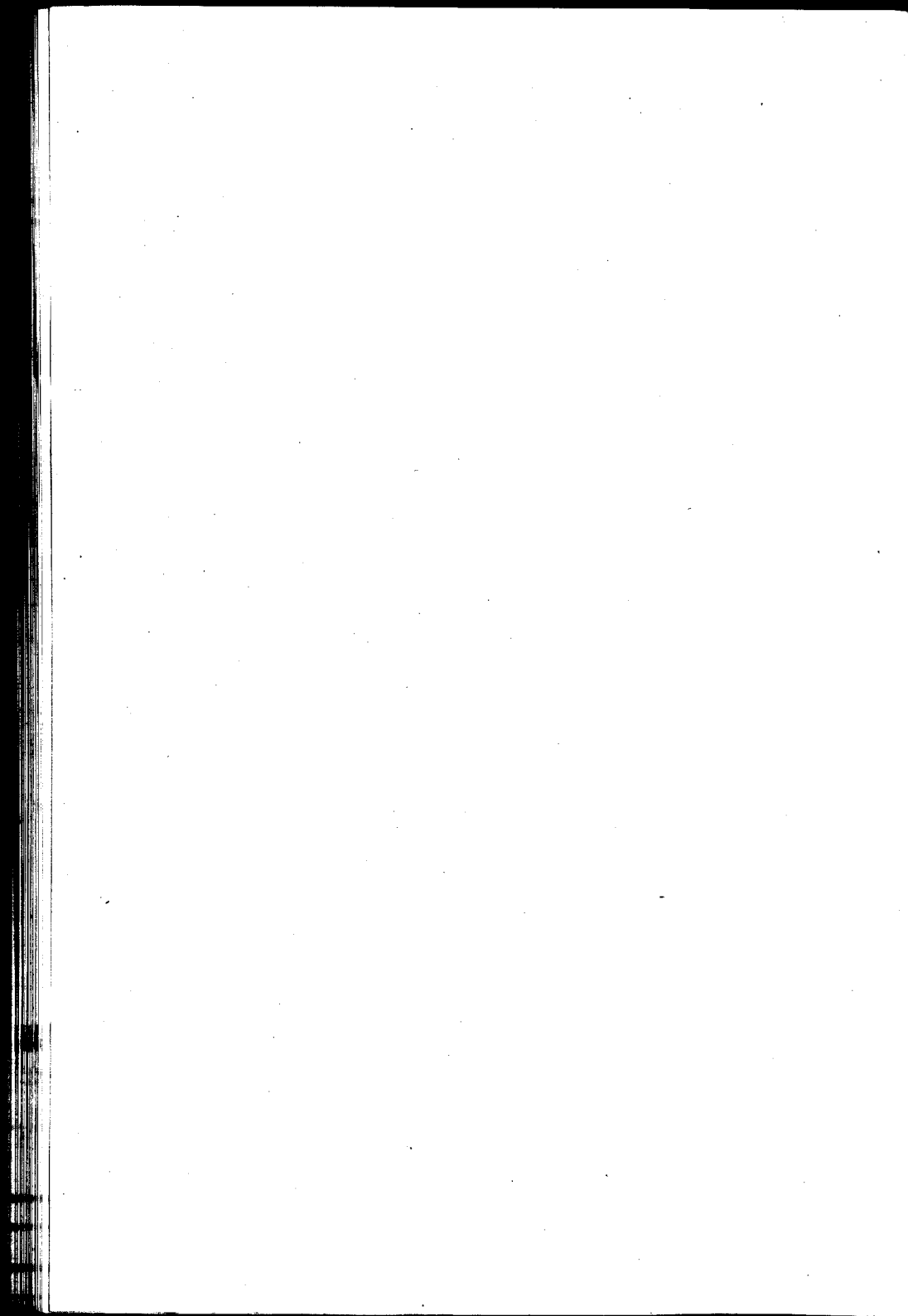
La estenosis congénita del piloro es rara, lo mismo que la hipertrofia de los tejidos que la componen.

La obstrucción del orificio pilórico es relativamente rara, puede ser ella debida al enclaramiento de un cál-

culo biliar, excepcionalmente por un cuerpo extraño o fibroma poliposo.

Puede también ser este orificio estenosado por causas extrínsecas, como anteriormente hemos dicho; las más frecuentes son: afecciones de localización hepática con aumento del volumen de esta glándula, afecciones de la vesícula y vías biliares, de la cabeza del páncreas y ganglios neoplásicos o tuberculosos.

Otra causa, quizá más frecuentes que las anteriores, son las estrecheces producidas por las neomembranas o adherencias provenientes de peritonitis localizadas, consecutivas o inflamaciones gástricas o duodenales y a la colecistitis.



CAPÍTULO II

SÍNTOMAS DE PRINCIPIO **en la estrechez cancerosa**

En la mayoría de los casos, el debut del cáncer pilórico es de los más oscuros. Un individuo que jamás ha padecido trastorno alguno por el lado del estómago, es de pronto sorprendido por trastornos dispépticos, análogos a los que caracterizan la gastritis crónica. Él acusa una sensación de plenitud y tensión epigástrica después de una comida, una lentitud y una dificultad más o menos grande en sus digestiones con regurgitaciones ácidas, pirosis y una tendencia a la náusea que raramente llega al vómito, fenómenos todos ellos debidos a la disminución en motilidad del estómago, que trae como consecuencia la retención de su contenido, favoreciendo por esta razón la producción de fermentaciones secundarias.

Todos estos trastornos dispépticos que acabo de enumerar se acompañan invariablemente de una extraña sensación de cansancio, de abatimiento, de somnolencia,

palpitaciones, etc., que ponen al enfermo en descanso exagerado.

Las náuseas es uno de los trastornos más penosos, porque casi siempre son muy exageradas, existiendo al contrario de casi todos los otros, no solamente durante los períodos digestivos, sino que también fuera de ellos, en ayunas, de manera que el enfermo se encuentra casi constantemente en un estado nauseoso muy molesto.

El apetito está muy alterado, es irregular, disminuído o abolido. Se nota una repulsión especial para ciertos alimentos, la carne en particular es rechazada. La mayoría de estos enfermos en este periodo no sufren todavía, otros sienten un dolor más o menos vivo en el epigastrio.

Los trastornos del gusto es otro de los signos que aparecen bastante precozmente y con relativa frecuencia: casi todos los enfermos acusan al levantarse un mal gusto en la boca, un gusto amargo; la lengua suministra algunos datos, aunque de escasa importancia: es amplia, sus bordes son pálidos, como la mayor parte de las mucosas, su cara superior está cubierta de una capa saburral de algún espesor, de coloración blanca amarillenta que se deja impregnar muy fácilmente y conserva durante algún tiempo la coloración de los alimentos o bebidas ingeridas, especialmente la del vino.

Aunque en raras ocasiones, este conjunto de fenómenos digestivos puede faltar por completo, y el único signo apreciable es durante mucho tiempo una anemia creciente, a tal punto que la idea de una enfermedad primitiva de la sangre parece más verosímil que la de una afección pilórica.

Anorexia

En medio de este conjunto de síntomas de comienzo y como una de las primeras manifestaciones de la enfermedad, surge un signo de verdadera importancia, y es la anorexia, muy rebelde, que pone al médico en la imposibilidad casi absoluta de devolver al enfermo un apetito que ha perdido y que ya no recuperará; la frecuencia de este signo es, según Brinton y Robin, de un 85 %, ella es a la vez electiva, sobre todo para la carne y substancias grasas. Como puede verse por la estadística antedicha, hay casos, aunque son los menos, un 15 %, en los cuales la anorexia falta, y falta no solo en los primeros tiempos, sino que el apetito persiste durante meses, y aún aumenta; sin embargo, a pesar de conservar estos enfermos el apetito, el adelgazamiento se manifiesta precozmente y se vá acentuando de una manera visible. Según algunos autores, esta conservación del apetito se produce solamente en los casos en que se establece la degeneración cancerosa en una úlcera primitiva de la región. La causa de la anorexia reside, según Mathieu, en la alteración del jugo gástrico, que es insuficiente para digerir los alimentos y en especial algunos.

Dolor

Este síntoma es muy precoz y constante, pues según Brinton, se encuentra en un 92 % de los casos; puede ser localizado o difuso, carácter que lo diferencia de la úlcera, que es siempre local; es, según Brinton, un dolor lacerante; sin embargo, este carácter es menos frecuente que lo que piensa Grisolle; puede ser, según los casos, continuo o intermitente, periódico o susceptible de revestir el aspecto de verdaderas crisis gástricas.

El paciente acusa su dolor en el epigastrio, sobre los costados, en las regiones lumbar y dorsal con irradiaciones constantes hacia los espacios intercostales, el esternón y las espaldas. Es independiente de la ingestión de los alimentos, pues cuando él es intermitente aparece generalmente después de pasado algún tiempo de las comidas, dato no despreciable en el diagnóstico diferencial con la úlcera.

La palpación de la región epigástrica despierta al dolor cuando éste no existe, y lo exagera cuando es espontáneo, casi siempre su localización para la palpación es la misma.

Además, hay una sensación de calambre doloroso, explicable por la lucha que tiene el estómago para vaciar su contenido, si le es todavía posible, en el intestino, aumentando en poder y frecuencia sus contracciones peristálticas, por auto-exitación, haciéndose por lo tanto éstas visibles a través de la pared abdominal; se suma a esta causa la irritación de los nervios del décimo par.

El dolor puede faltar si el grado de estenosis pilórica es ligero.

Vómitos

El vómito es un fenómeno que nunca falta en las afecciones pilóricas; en el comienzo de la afección ellos se presentan de una manera irregular y en relación con la clase de alimentación; muy raros o nulos cuando se observa un régimen severo; más o menos frecuentes cuando él no se observa. Después, a medida que la estrechez del orificio aumenta, ellos se hacen habituales y se producen regularmente cada veinticuatro a cuarenta y ocho horas.

En un período todavía más lejano y cuando el estómago está dilatado, ellos pueden producirse más tardíamente; en fin, cuando el organo está atónico y es incapaz de vaciarse, proyecta o arroja su exceso (vómito por regurgitación). En otros casos, el estómago es intolerable, los vómitos son repetidos y este organo no sufre dilatación. La cantidad de materias expulsadas es variable: cuando los vómitos son frecuentes el volumen de ellos es poco considerable; en cambio, cuando los vómitos son más tardíos, la cantidad de alimentos expulsada es abundante.

El producto del vómito se presenta en forma semilíquida rica en residuos alimenticios, encontrándose entre ellos algunos pertenecientes a substancias varios días antes o semanas ingeridas.

Estas materias estancadas en el estómago producen fermentaciones que dan el fuerte olor butírico o acético, y en algunos casos hasta el de putrefacción; a esta causa es también debida la fuerte acidez del medio, que está en este caso producido por ácidos orgánicos. El examen microscópico de las materias expulsadas puede tener su importancia, sobre todo en las afecciones de naturaleza cancerosa del píloro, pues según Boas y Rosenheim, aparece en ellos un bacillus filiforme característico; pero que, según otros autores, aparece en otras afecciones.

El vómito por causa pilórica es tardío.

Dilatación gástrica

Debiendo el estómago vaciar su contenido alimenticio en el intestino y no pudiendo hacerlo por encontrarse obstruido su orificio duodenal, favoreciendo el estancamiento de substancias, acaba por dejarse dilatar,

dándonos signos especiales que nos permiten diagnosticar este estado patológico del organo: ellos son de orden físico y funcionales.

A la inspección epigástrica se nota esta región abombada y en ella se observan los movimientos peristálticos, a la percusión se halla aumentada su área que asciende al hipocondrio izquierdo y desciende en dirección púbrica. La succión es otro signo importante, sobre todo observada en ayunas.

Este límite inferior es a veces difícil de encontrarlo por percusión, pues la sonoridad estomacal es fácilmente confundible con la intestinal; este inconveniente se subsana insuflando el estómago con la sonda, o haciendo ingerir al enfermo la mezcla bicarbonato sodio y ácido tártrico, que produciendo la distensión del organo nos sirve también para constatar el grado de dilatación gástrica.

El cateterismo practicado a este organo en ayunas, extrae líquidos con residuos alimenticios, lo que indica que existe retención; la prueba del salol indica el retardo de motilidad gástrica.

La radioscopia nos dá, con ayuda de ciertos artificios, datos preciosos que estudiaremos más adelante.

Los trastornos funcionales son los vómitos ya estudiados, los trastornos de la digestión que pronto estudiaremos, como también los trastornos concernientes a la orina.

Hematemesis

La hematemesis en la afección que nos ocupa tiene una frecuencia relativa, calculada por Brinton en un 42 por ciento de los casos, es un signo diagnóstico de gran valor; los vómitos se presentan entonces con un color

borra de café, y esto es debido a la impregnación que sufren por la materia colorante de la sangre más o menos modificada por el jugo gástrico.

Las hemorragias son casi siempre poco abundantes, a veces a tal punto que por su sola influencia son incapaces de provocar el vómito y pueden pasar desapercibidas, siendo necesario entonces hacer la investigación de la sangre por procedimientos químicos en las deyecciones, signo que actualmente tiene gran valor y que trataré más adelante.

Las grandes hemorragias son excepcionales, sin embargo se han visto, aunque pocas veces. Bouveret cita un caso de un enfermo que tuvo dos grandes hematemesis, la primera lo dejó en un estado de anemia profunda, la segunda le produjo la muerte. Hecha la autopsia de este caso, se comprobó la invasión de la afección pilórica a la pequeña curvatura del estómago y la ulceración de la arteria coronaria. Hanot cita otro caso igual.

Trastornos intestinales

Los trastornos intestinales no faltan casi nunca; la diarrea es excesivamente rara y aparece casi únicamente en los periodos muy avanzados de la enfermedad; la constipación es la regla, ella es muy pertinaz y de una aparición precoz, no falta casi nunca. Según Edwald solo en un 4 o 5 por ciento de los casos ha podido comprobar regularidades en las deposiciones.

A la constipación sucede después de un tiempo más o menos largo, la diarrea, que según Brinton es una consecuencia de la ulceración del tumor pilórico, el pús, la sangre o la materia cancerosa arrastrada al intestino. Esta aseveración está en absoluta contradic-

ción con las ideas de Tripier, quien ha comprobado en más de 16 casos su existencia, sin que existieran ulceraciones al nivel del neoplasma; según dicho autor, la diarrea sería más bien debida a la insuficiencia en la digestión gástrica, de manera que el jugo intestinal y pancreático tendrían que obrar sobre un quimo en malas condiciones; para que esta segunda digestión se lleve a cabo en las condiciones que debiera.

Ebstein ha descrito trastornos intestinales consecutivos a la incontinencia del píloro; cuando la afección localizada en dicho punto se ulcera en tal forma que produce la insuficiencia de este orificio, aparece lo que se conoce con el nombre de lienteria y meteorismo intestinal.

Los derrames sanguíneos producidos a veces en el intestino y que son también producidos por ulceraciones del tumor al eliminarse conjuntamente con las materias fecales, suministran a éstas un color negruzco producido por impregnación de la sustancia colorante de la sangre. Este fenómeno, que se conoce en clínica con el nombre de melena, es relativamente frecuente y un signo que no debe nunca dejar de buscarse.

Trastornos de la secreción urinaria

Se puede decir de una manera general, que en la mayoría de los casos de carcinoma pilórico, la orina está disminuida de cantidad; se explica esto por el hecho de la deshidratación que sufren estos enfermos a causa de los vómitos y de la menor ingestión de alimentos líquidos.

La reacción es casi siempre debilmente ácida, neutra o alcalina.

En el año 1883, Rommelaeve hacía notar ya en una

publicación, la disminución manifiesta de la úrea en los tumores pilóricos; él lo consideró como patognomónico; decía que en un caso de afección gástrica crónica si la excreción cotidiana de úrea era menor de 12 gramos se puede casi asegurar que se trata de degeneración cancerosa; por el contrario, cuando ella se mantenía por encima de esta cifra, había que eliminar el diagnóstico.

La hipoazoturia con bastante frecuencia existe, pero no es absolutamente constante; Robin cita 40 dosajes hechos a 10 enfermos de carcinoma pilórico y en los cuales encontró la úrea en una proporción de 22 grs. 30 por término medio, lo cual da la cifra normal o casi de esta substancia en la orina.

La causa que explica esta disminución de úrea no reside en la clase de afección, sino en la denutrición que sufre el paciente por la mala alimentación.

Según autores como Klemperer y Müller, la eliminación diaria de los principios urinarios en los cancerosos del píloro es relativa a la cantidad de alimentos azoados ingeridos, más elevada que al estado normal.

Según Boas, los fosfatos se hallan aumentados en proporción a lo normal; según Rommelaere, se hallan disminuídos; esta hiper o hipofosfatúria no tiene valor alguno, pues puede hallarse una u otra cosa.

Los cloruros están, según el parecer de la mayoría de los autores, disminuídos; la causa de esta disminución es la misma que produce la de úrea.

Jaccoud, sin embargo, acuerda más importancia a la disminución de cloruros que a la de úrea; pero dependiendo esto de una misma causa, no veo el porqué conceder mayor importancia a un fenómeno que al otro, máxime cuando esto se observa en casi todas las afecciones que producen denutrición manifiesta.

Es sobre todo en la localización pilórica, que esta afección, por la cantidad mayor de vómitos que produce, donde hallamos el máximo de hipercloruria, que alcanza algunas veces a la cifra de un gramo por mil.

La albuminuria no es un fenómeno común en los cancerosos del píloro, pues se observa en una proporción de 1 a 5 de los casos estudiados.

El Indican, cuando se encuentra, tendría para algunos autores, entre ellos Senator, mayor importancia semiológica; no así para otros que dicen hallarse esta substancia en otras afecciones de localización intestinal.

La Urobilina, no tiene su presencia un valor diagnóstico, sino de pronóstico, pues ella marca la participación del hígado por las metatasis producidas.

El azufre en la orina de los cancerosos de píloro ha sido demostrada por Bondzynsky y Gottlieb, en un producto de oxidación de los albuminoideos, que se llamó ácido oxiproteico.

Saxl y Salomón se propusieron tomar de esta oxiproteína por oxidación una parte del azufre que precipitaría, para llegar a obtener de esta manera una reacción que fuera específica en esta afección.

La estadística que han presentado es muy halagadora, pues de 81 análisis hechos en orinas de enfermos de esta naturaleza 61 fueron positivos. Ahora su fin no llegó a feliz término, pues se comprobó la existencia de este producto en análisis hechos a mujeres gravidas y en la cirrosis hepática, por lo cual se dedujo que su presencia era debida a trastornos graves en el intercambio nutritivo, posibles en muchas otras afecciones no cancerosas.

Todos los síntomas estudiados no nos sirven por sí solos para sentar un diagnóstico precoz del cáncer del

píloro, por lo cual pasaremos a tratar en detalle otros que pudieran llevarnos a dicho fin y aplicar con éxito positivo nuestra intervención.

Cuando puede considerarse como precoz un diagnóstico en este género de afección? Casi todos los autores están perfectamente de acuerdo en afirmar que será cuando el tumor no se descubra en el abdómen por la palpación, cuando no existen metastasis a distancia y cuando no hayan entrado en escenas grandes síntomas, como lo son las hematemesis y melenas.

Enunciado lo cual, se comprende con cuantas dificultades diarias hay que luchar para llegar a él, pero gracias a que ya disponemos de algunos métodos de fácil ejecución que contribuyen en la medida de lo posible a que esas dificultades desaparezcan.

Conocidos los progresos efectuados por la cirugía durante los últimos años, que nos permiten las extirpaciones totales de algunas lesiones, por ser ya menos peligrosas y más radicales, se deduce la necesidad del diagnóstico precoz.

Esto no podía ser suplido antes que por la laparotomía exploratriz, que para su aceptación tiene en su contra a muchos cirujanos, la resistencia general y legítima de los enfermos y la sabia prudencia de algunos médicos, que se opondrán durante mucho tiempo todavía a la práctica de semejante procedimiento.

Es, pues, indudable que el perfeccionamiento en el diagnóstico de las afecciones pilóricas es de alto interés.

Gracias a las investigaciones de varios autores, entre los que se encuentran Edwald, Weber, Meyer, Salomon y muchos otros, se ha adelantado mucho en la semiología de esta región por medio de nuevos méto-

dos de exploración que están llamados a prestar grandes servicios.

Por una parte, son los que tienden a probarnos las modificaciones que sufre la secreción gástrica, en sus componentes normales; por otra parte, los que sufre la sangre; además, por las reacciones de la hematina, que tienden a descubrir las hemorragias ocultas del tubo intestinal, que son frecuentes y comunes en las afecciones pilóricas, y por fin, la presencia de albúmina que todo tumor canceroso deja trasudar de su superficie ulcerada.

Modificaciones de la secreción gástrica

El examen del contenido gástrico tiene gran importancia bajo dos puntos de vista distintos, y son: 1.º, los trastornos de orden motor que aparecen; 2.º, por las modificaciones que sufre el quimismo gástrico.

Estando la afección localizada en el píloro, se comprende el primer fenómeno anteriormente nombrado, aparece con bastante precocidad y que por lo tanto la retención del contenido gástrico es debida a una causa mecánica, que lo imposibilita de seguir su libre circulación. Esta moderación precoz en la modalidad del estómago es un signo de valor para el diagnóstico.

Dos rasgos culminantes se encuentran en las variaciones del quimismo, y son, por una parte, la ausencia del ácido clorhídrico, y por la otra, la presencia del ácido láctico en gran cantidad.

Van den Velden había señalado ya, en el año 1879, la ausencia del ácido clorhídrico en los cancerosos del píloro. En Alemania, Riegel, en el año 1886, comprobó y afirmó las investigaciones de su antecesor; después esto fué motivo de ocupación é interés por parte de.

muchos autores, entre los que se encuentran Edwald, Von Noorden y Dujardin.

Las controversias que se han producido sobre este signo han sido innumerables, pues si para unos era cierto en los cánceres, para otros no, pues lo encontraban en otras afecciones, como ser en la leucemia, tuberculosis y gastritis crónica, etc., lo que, como se comprende, tendió a hacer perder algo la importancia de este signo.

Sin embargo, Boas parece estuvo más feliz en los resultados de su estudio, pues de ellos dedujo que si el cáncer tenía localización casi pilórica pura, la hipoclorhidria faltaba; habiendo en cambio mucho ácido clorhídrico libre e hiperclorhidria, aunque el cáncer no hubiera sido precedido por una úlcera de esa región.

Ahora los tumores de esa naturaleza que tienen otra localización que no sea puramente pilórica, se comprende que produzcan hipoclorhidria, pues su desarrollo no encuentra obstáculo ninguno, como sucede en el otro caso, y se extienden por lo tanto en una gran superficie, produciendo por esta circunstancia la destrucción de mayor número de glándulas encargadas de producirlo.

Edwald y Wolf han encontrado la disminución de la secreción clorhídrico-péptica en individuos de cierta edad, con ausencia absoluta de afección gástrica, y sin trastornos de ninguna especie.

Otros autores, entre los que se encuentran Cahon, Mering y Bouveret, citan casos de carcinomas a distinta localización gástrica con una hiperclorhidria permanente.

Dada como se vé esta diversidad de opiniones sobre la cuestión, es difícil formarse una idea exacta sobre ella, por lo cual me parece que tanto la hipo como la

anaclorhidria, es un signo que, sin ser patognomónico, tiene, como muchos otros, su valor, pero puede contribuir, unido a otros, en la aclaración de un diagnóstico.

Puede decirse a este respecto, como lo hacen autores como Bouveret, Robin y Boas, que la presencia del ácido clorhídrico libre no excluye de ninguna manera el diagnóstico de cáncer del estómago, sinó en caso que no haya ningún otro síntoma de importancia capaz de apoyarlo; por el contrario, su ausencia, acompañada de otros síntomas, es un elemento de gran valor.

Hasta aquí me he ocupado del síntoma anteriormente tratado del punto de vista del diagnóstico relativamente tardío, pues según el parecer de la mayoría de autores, su aparición se hace únicamente en los momentos ya avanzados de la afección, y cuando la caquexia ya es bastante manifiesta; en los primeros tiempos, a juzgar por las opiniones vertidas, se encuentra bastante a menudo una hiperclorhidria pronunciada.

De manera que si del punto de vista del diagnóstico en general, existen dudas respecto a la importancia que se le puede conceder, con mucha más razón existirán cuando se le quiera utilizar para sentar un diagnóstico precoz, dado que no se conoce el momento de su aparición.

La causa por la cual disminuye o desaparece el ácido clorhídrico en los cancerosos del estómago, ha tenido innumerables interpretaciones.

La de Edwald, que cree que esto se debe al marasmo o a la decadencia en la nutrición; Boas es de parecer que ello obedezca al catarro secundario que se establece, y que tiene por consecuencia fatal la atrofia de las glándulas secretoras.

Para Riejel la causa residiría en el hecho de la

acción neutralizante del jugo canceroso, que tiene reacción alcalina, sobre la secreción ácida de las glándulas gástricas; esta interpretación del fenómeno no es aceptada sino hasta cierto límite y únicamente para los tumores ya ulcerados, y a pesar de que la mayoría de ellos lo están con bastante precocidad, sin embargo hay anaclorhidria con tumores no ulcerados.

Parece natural atribuir esta hipoacidez a la ausencia del ácido clorhídrico libre; pero según Bouveret sería imputable también a la acción neutralizante del suero sanguíneo y del jugo canceroso.

La pepsina y la propepsina son también substancias que sufren disminución, pero no de una manera tan marcada como el ácido clorhídrico.

El fermento Lab no falta, según Robin, casi nunca; según Bouveret puede desaparecer, pero solo en los períodos muy avanzados de la afección, parece, según este autor, que la coagulación de la leche se hace mucho menos completa y rápida que con un jugo gástrico normal.

Las peptonas se hallan disminuídas, pero no faltan por completo. Según Robin, las ha encontrado disminuídas en 35 casos sobre 39, y que faltaban en 7 de ellos, por completo.

El ácido láctico es un principio que se encuentra aumentado con frecuencia en el jugo gástrico de los cancerosos. Boas, por el año 1892, llamaba ya la atención sobre este hecho, y atribuía a él gran importancia. Este es un ácido que puede proceder en parte de los alimentos ingeridos, por lo cual hay que diferenciar el que se forma en el estómago, que es lo útil en este caso.

Este último, según Boas, aparece en los procesos patológicos de la mucosa gástrica, por lo cual, para ponerse

al abrigo de todo error, conviene practicar la investigación previo lavaje del estómago, y dando una comida de prueba, que conste solo de harina de Knorr (sin leche ni manteca).

De los ácidos de fermentación, el láctico es el que con mayor frecuencia se encuentra, luego sigue el ácido butírico, y más raramente el ácido acético; para Robin la proporción estaría en una relación de 74 por ciento de los casos; para Croner y Rutimeyer en un 78 por ciento, y para Hammerslag y Strauss la proporción sería todavía mayor, para él es de un 84 por ciento.

Graham y Guthrie han encontrado la presencia del ácido láctico en el jugo gástrico, en 64 de los 150 enfermos de esta naturaleza estudiados por ellos.

Sin embargo, la presencia del ácido láctico ha sido constatada en un número grande de otras enfermedades del estómago, la cual hace disminuir la importancia o valor de este signo en el diagnóstico.

Para Boas, la existencia del ácido láctico en el jugo gástrico de los cancerosos sería debida a dos causas para él de importancia, que son: 1.º, el estancamiento del contenido, y 2.º, la ausencia del ácido clorhídrico.

Bouveret dice no poder opinar a este respecto como el autor antedicho, por que le faltan elementos para ello, pero cree que las dos causas invocadas por Boas como productoras del ácido láctico en el jugo gástrico de los cancerosos, se encuentran en otras enfermedades, como ser en el catarro crónico y en las formas graves de la dispepsia crónica.

Por lo tanto, la reacción del ácido láctico no es de una importancia decisiva; sin embargo, fundándose en la relativa frecuencia del ácido láctico en el estómago de los cancerosos, y sumándole otros síntomas que

pueden sernos útiles, se puede llegar a un diagnóstico, aún antes que el tumor se pueda palpar en la región epigástrica, siendo un signo de relativa precocidad, por consecuencia.

En resultado, podemos decir, que las distintas variaciones de los elementos normales componentes del jugo gástrico en los cancerosos del estómago, no tienen la importancia que generalmente se le quiere conceder; pero, sin embargo, en todo enfermo sospechoso de padecer la afección en cuestión, debe procederse siempre al análisis de su jugo gástrico, después de una comida de prueba y previo lavaje del estómago, si es posible, para que su resultado pueda contribuir, en la medida de lo posible, a la edificación de un diagnóstico.

Debe estudiarse en este capítulo el método por el cual se dosa la albúmina, de las secreciones provenientes de la ulceración de las neoplasias pilóricas.

Este método se debe a Salomon, y es un procedimiento al cual los autores no dan la importancia semiológica que a los anteriormente tratados. Sin embargo, encuentro útil conocerlo, pues apesar de su valor poco pronunciado, coadyuva y controla las conclusiones de los otros procedimientos.

Ciertos autores han tratado de comprobar las conclusiones del autor, entre éstos figuran Siegel, Guttmann y otros, que de sus investigaciones concuerdan en dar cierto valor al método, pero no tanto como se pretendió.

La técnica que generalmente se aconseja es la siguiente:

La víspera del día de la prueba, el enfermo es sometido a un régimen, del que se excluyen por completo los albuminoideos, y que consisten principalmente

en café, té o vino. En la noche se hace un lavaje repetido del estómago, con una solución de cloruro de sodio al 7 por mil, hasta que el agua de lavaje salga bien transparente.

A la mañana siguiente se mantiene al enfermo en ayunas, y se le hace un lavaje con 500 gramos de suero fisiológico.

Se recoge luego este líquido, que encierra los productos de secreción del estómago, y en él se investiga y se dosa la albúmina por cualquiera de los procedimientos conocidos, ya sea por el albuminómetro de Esbach, ya sea por el procedimiento de Gerard.

Este procedimiento basta generalmente en la práctica, pero algunos autores aconsejan completar las investigaciones, determinando la cantidad de ázoe que pueda contener el líquido de lavaje.

Cuando el precipitado de albúmina es claramente apreciable en el fondo del albuminómetro, y que la cantidad de ázoe no pasa de 20 miligramos por mil, Salomon no duda en afirmar la existencia de un cáncer ulcerado del estómago.

La presencia de albúmina en el líquido de lavaje, aunque en muy poca cantidad, apenas vestigios, se produce también en muchas afecciones del estómago, como en la hiperclorhidria, la dispepsia, la gastritis crónica y en la enfermedad de Reichmann.

En resumen, se puede decir que cuando el precipitado de albúmina es bastante abundante o claramente característico, se puede, con los datos suministrados por el exámen clínico u otras clases de investigaciones de laboratorio, casi con certeza, afirmar la presencia de un cáncer ulcerado.

Por el contrario, cuando la reacción no deposita

sino huellas, o es negativa, es dado presumir, en el primer caso, la presencia de un proceso ulceroso benigno; pero en el segundo, no se puede, por esa sola razón, negar que existe un cáncer, pues puede existir y no estar ulcerado; aunque esto es muy raro, puede sin embargo suceder.

Quita mucho de su importancia para el diagnóstico a este método, el haber encontrado reacción positiva Romano; en todos los procesos ulcerativos de la mucosa gástrica cuya naturaleza no era cancerosa.

Paso a la descripción de un método, que puede ser útil para el diagnóstico, llamado de Livierato, de relativa actualidad y de importancia también relativa, que se basa en la toxicidad del jugo gástrico extraído de enfermos cancerosos e inyectado a animales de laboratorio.

El jugo gástrico es extraído después de una comida de prueba, y filtrado dos veces bajo presión, neutralízase o alcalinizase ligeramente.

El jugo así preparado inyértase a un cobayo por la vía sub-dural. El jugo gástrico de un sujeto sano no ejerce ninguna acción tóxica, aún en la dosis de un centímetro cúbico. Al contrario, el jugo gástrico de sujetos atacados de cáncer se muestra muy tóxico, determinando una parexia general, temblores, sacudidas y aún llega a producir la muerte, a la dosis mínima de 1/10 de centímetro cúbico. Para que la inyección resulte inofensiva, hay que inyectar una cantidad no mayor de 1/20 de centímetro cúbico.

Ahora, si los animales de laboratorio son anteriormente preparados, por inyecciones de extracto acuoso filtrado, de carcinoma mamario, la inyección sub-dural de jugo gástrico, proveniente de sujetos normales, de

sujetos afectados de úlcera de estómago, o de otras infecciones diversas, no determina ningún fenómeno anafiláctico, aún a la dosis de 1/2 centímetro cúbico. Al contrario, con jugo gástrico de sujetos padeciendo cáncer del píloro, se producen inmediatamente los fenómenos de anafilaxia (parexias, disnea, temblores generales, convulsiones, descenso de la temperatura y por fin la muerte).

Concluiré este capítulo, referente a las modificaciones sufridas por la secreción estomacal, con el estudio de la reacción de Graefe y Röhmer, que tiene por base demostrar la presencia de substancias hemolisantes que se encuentran en el jugo gástrico de los enfermos afectados de cáncer de píloro.

Previo lavaje completo del estómago, hecho la víspera, la noche, o la mañana misma de la operación, damos la comida de prueba, que extraeremos tres o cuatro horas después, (cuando el estómago parece vacío, se le lava con 100 centímetros cúbicos de agua destilada), filtramos, y sobre algunos centímetros cúbicos del filtrado, buscamos tripsina; todo jugo gástrico que contenga tripsina debe dejarse de lado, para evitar toda causa de error, pues esto resulta de un reflujo del contenido duodenal del estómago.

El líquido es ahora alcalinizado ligeramente con soda y después agitado con un volumen igual de éter. Luego se deja reposar, se decanta este extracto etéreo, y lo evaporamos, el residuo seco se disuelve en suero fisiológico, de manera que un centímetro cúbico de la solución encierra la cantidad de residuo seco correspondiente a 10 centímetros cúbicos de jugo gástrico. Esta solución, que contiene los principios hemolisantes del cáncer, se pone en contacto con una suspensión al

5 por ciento, de glóbulos rojos humanos o de animales previamente lavados. Dejamos la mezcla durante tres horas en la estufa, agitándola de tiempo en tiempo, después se lleva a la heladera, y se hace la observación del fenómeno al cabo de doce o veinte horas.

La mayoría de los autores que han ensayado esta reacción la encuentran con algunos defectos; otros le niegan todo valor, lo cual no creo que deba hacerse, pues ella puede ser de utilidad en ciertos casos.

Hematología

En los cánceres del píloro, demuestra la mayoría de los enfermos una anemia profunda; ahora es lógico preguntarse si en la fórmula hematología no se producirán cambios o existirán caracteres especiales, ya positivos o negativos, que sean capaces de contribuir, conjuntamente con otros síntomas, a formular un diagnóstico de la afección objeto de nuestro estudio.

El carcinoma del píloro es una afección anemiante, a no dudarlo en grado sumo, y que dicha anemia aumenta progresivamente a medida que la enfermedad avanza en su curso; para que esto se produzca, influyen varias causas, entre las que figuran en primera línea: 1.^a, las hemorragias, que existen siempre, aunque no se traduzcan al exterior, por hematemesis o melenas; 2.^a, la ulceración del tumor, que se produce con bastante precocidad y frecuencia; 3.^a, la denutrición que, por hechos mecánicos o de quimismo, sufren estos enfermos, y que es un fenómeno constante y progresivo, a medida que adelanta más la afección, y la produce la mala alimentación, y, por último, la absorción de las toxinas cancerosas.

Muchos autores se han ocupado con predilección

del estudio referente a la hematología del cáncer gástrico; otros se han ocupado de la hematología del cáncer en general. Las conclusiones de sus investigaciones fueron, que no tenían nada de característico; pero con los progresos efectuados en estos últimos años a ese respecto, hacen posible dar una fórmula hematológica, más o menos precisa y constante, en los tumores gástricos de esta naturaleza.

He aquí alguno de los caracteres especiales que en la fórmula hematológica de la afección antedicha se han encontrado.

La coagulación de la sangre, según pruebas de Robin, Hayen y Boas, no está alterada en forma alguna.

Los glóbulos rojos se encuentran muy disminuidos en número, disminución que es muy precoz, y que aumenta de una manera progresiva, llegando en algunos casos bien observados a cifras menores de 1.500.000.

Según el parecer de autores como Monisset y Tolot, la disminución de los glóbulos rojos se debe a las condiciones generales de los enfermos. Este es un hecho que se explica con bastante frecuencia, por la pérdida constante de peso y la denutrición, que aparece con bastante precocidad en estos enfermos.

Otro caracter que aparece con bastante frecuencia es la deformación de los glóbulos rojos, encontrándose por lo tanto poikilocitos en bastante cantidad, macro y microcitos; algunos autores citan como un hecho bastante común la aparición en la sangre de glóbulos rojos nucleados.

La hemoglobina, substancia primordial del glóbulo rojo, se encuentra también disminuída, en una proporción mayor que la de los glóbulos rojos, pues con una cantidad de 3.000.000 de glóbulos rojos, se han encontra-

do con hemoglobina, en una proporción de 20 a 25 por ciento, lo que dá una idea de su ausencia en ellos.

Como vemos, la disminución de la hemoglobina es mayor que la de los glóbulos rojos, por lo cual se explica fácilmente que el valor globular esté también muy descendido.

La mayoría de los autores están de acuerdo en que este valor globular es menos que la unidad, lo que constituye un caracter de real importancia para el diagnóstico diferencial en algunas formas de carcinoma gástrico, sobre todo en la forma anémica, con la anemia perniciosa, en la cual el valor globular es mayor que la unidad.

Este descenso en el valor globular se debe a la deshidratación excesiva que sufre la sangre en el cáncer del píloro, por los incesantes vómitos que siempre padecen los enfermos atacados de esa afección, y también como resultado de la menor ingestión de alimentos líquidos.

Los leucocitos se encuentran casi siempre en un número mayor que el que normalmente existe; es un dato de importancia, pero es necesario ser un poco moderado con respecto a la interpretación de este signo.

Según autores como Albert y Robin, lo encuentran a este aumento leucocitario en una proporción del 60 por ciento de los casos por ellos estudiados, mientras que otros creen que esa proporción es excesiva, pues solo lo hallan en 5 casos de 12 examinados; entre estos últimos se encuentra apoyando este parecer Mathieu.

Para Monisset y Tolot, esta leucocitosis es un hecho que aparece solamente bien positivo en el período de caquexia.

Entre los que se han ocupado más en resolver una fórmula hematológica, para el cáncer en general, encon-

tramos a Bezançon y Lable, los cuales creen que hay diversas causas que influyen en esta leucocitosis, una de las cuales sería el asiento del tumor, y dicen a este respecto, que el que la produce con mayor frecuencia es el carcinoma de píloro, contribuyendo en ello la mayor frecuencia en éstos de la ulceración, el desarrollo y su generalización.

Un hecho importante a dilucidar en los carcinomas de esta localización, es saber qué clase de leucocitos son los que se hallan en aumento; para algunos los que aumentan son los mononucleados; para otros los polinucleares.

De las observaciones llevadas a cabo con este fin dan por resultado, según el parecer de Tuffier y Millian, una mononucleosis al principio de la enfermedad, para luego dar una polinucleosis en un principio más avanzado; para otros, entre los que encontramos a Bezançon y Lable, la mononucleosis aparecería solo en un período avanzado, lo cual obedecería a la reacción de los ganglios linfáticos.

La variedad de leucocitos llamada eosinófilos, en la mayoría de los casos, no sufre variante alguna.

De todo lo anteriormente expuesto, se deduce que la fórmula leucocitaria no tiene en el carcinoma del píloro caracteres propios; pero a este respecto, como vemos, existe una gran diversidad de opiniones.

En cuanto a la fórmula hematológica, nos dá en esta afección algunas variantes, casi siempre constantes, y que deben, cuando se encuentran, tenerse en cuenta, ellas son:

1.^a La disminución en número de glóbulos rojos, que, como hemos dicho en un caso anteriormente descrito, puede llegar a ser muy marcada.

2.ª La disminución de la hemoglobina, que casi siempre es más precoz y de mayor importancia que la de los glóbulos rojos.

3.ª La desigualdad entre los glóbulos rojos y su deformación, que frecuentemente se encuentra.

4.ª La leucocitosis que hemos hallado, y que puede ser con predominio de polinucleares o con predominio de mononucleares.

Por lo expuesto más arriba, vemos que la fórmula hematológica del cáncer del píloro y estómago tiene ciertos puntos que la caracterizan, y que sin ser concluyentes, pues en constancia deja todavía mucho que desear, puede, en algunos casos de duda en el diagnóstico, contribuir indudablemente en su aclaración, de lo cual se deduce que, siempre que sea posible, debe hacerse el examen de sangre, que aislado carecería de importancia, pero que los datos por él suministrados, en unión de otros síntomas, puede ser en ciertos casos de suma utilidad.

Para completar el estudio hematológico del cáncer, se han ensayado métodos tendientes a aclarar la leucocitosis digestiva en el curso de las afecciones malignas del píloro. En el año 1890, fué Müller el primero que emprendió este estudio; luego le siguieron Schmeyer en 1895 y Jez en 1898, llegando a la conclusión de que, en individuos atacados de la afección en estudio, esta leucocitosis digestiva podía faltar, mientras que existía en otros enfermos que padecían dolencia muy distinta, siendo las más frecuentes en poseerla, la úlcera y la gastritis crónica. De lo cual deducimos que no es posible tomar en cuenta los resultados obtenidos por este método, puesto que existen para él tantas excepciones.

Sin embargo, Schmeyer pretende dar a este sintoma una importancia grande en el diagnóstico; pero marcando este fenómeno la insuficiencia de la digestión estomacal, observable con frecuencia en otras enfermedades de este organo, no es posible aceptar sin reservas el parecer de Schmeyer.

Ahora pasará a estudiar en una breve reseña el otro componente de la sangre, el suero, en el cual se han hallado propiedades especiales en los enfermos afectados de cáncer, como ser la de que tomando suero de un enfermo de esta naturaleza, y puesto éste en contacto con productos cancerosos lo más frescos posibles, tomados como substractum (extraídos del mismo organo en el cual suponemos se halla el tumor localizado, en el enfermo del cual sacamos el tumor a estudiar) tiene la propiedad de desdoblarlos.

Esta reacción lleva por nombre el de su descubridor, que fué Abderhalden, que la estudió en 42 casos, donde una prueba anatómica fué posible, y en otros 9 casos clínicamente diagnosticados, obteniendo con una sola excepción un resultado completamente positivo.

Asegura su autor que en varias ocasiones descubrió la reacción, la presencia de un carcinoma donde clínicamente no hubiera sido posible, de lo que se deduce su importancia de observarla cuando se quiera sentar un diagnóstico precoz de esta afección.

Hoy, sin embargo, existen algunos autores que no aceptan del todo como específica esta reacción, pues parece les ha dado resultado positivo en mujeres gravidas.

Investigación de las hemorragias ocultas. Hemocropología.

En estos últimos años la semiología del carcinoma digestivo se ha enriquecido con este nuevo procedimiento, nuevo relativamente en su aplicación, para descubrir las hemorragias ocultas del tubo digestivo, pero no así nuevo en su origen, pues no es sino un perfeccionamiento del antiguo proceder de Van Deen.

El primero que lo aplicó para el descubrimiento de sangre en las materias fecales, fué Weber en el año 1893, posteriormente lo practicaron con éxito Boas, Edwald y Küttner.

Del estudio efectuado por estos observadores se desprendió la etiología de las hemorragias ocultas del tubo digestivo, las cuales podían producirse por cualquier erosión de la mucosa gástrica, por insignificante que ella fuera, y que podía durante mucho tiempo dar lugar a derrames sanguíneos, antes de que aparecieran las hematemesis y melenas, y que por esta razón, un contenido gástrico o una deposición en apariencia normal, podía tener cierta cantidad de sangre, sin sufrir modificación alguna en su aspecto microscópico.

No hay duda ninguna, después de los hechos con frecuencia observados en la práctica, lo común y precoz de la ulceración en los carcinomas de los órganos digestivos, y de lo útil que será para su diagnóstico, el descubrir en el contenido gástrico o en las materias fecales esas hemorragias ocultas, y que ello tendrá además una importancia manifiesta cuando esto logre hallarse en una época cercana a la iniciación de la enfermedad, cuando, por lo tanto, no han entrado en escena síntomas como las hematemesis, melenas, vómitos, y que la palpación del tumor en la región epigástrica no es todavía posible, y en que el cortejo sintomático se re-

duce al de una dispepsia común con catarro secundario.

La conclusión que de esto se saca, es la utilidad que reportará el descubrir la presencia de hemorragias ocultas, y sobre todo de hemorragias persistentes en las materias fecales o en el contenido gástrico, para el diagnóstico de cáncer digestivo, pues ya se ha hablado de la frecuencia y precocidad con que ellas se observan en el cáncer y lo raras que son en otras afecciones, salvo en la úlcera; pero en esta enfermedad es menos constante y con una intermitencia característica en su producción, además esta enfermedad posee otros síntomas diferenciales importantes. Cetinguer dice: «un enfermo que enflaquece, que padece trastornos dispépticos acompañados de vómitos o no, y donde la investigación de las hemorragias ocultas ha dado resultado positivo, está afectado de carcinoma digestivo», afirmación que encierra muchas probabilidades de éxito. Los procedimientos que se practican para descubrir estas hemorragias son varios, pero antes de pasar a su descripción, es conveniente descartar, en una explicación previa, todas las causas que pudieran llevarnos a un error, que sería muy sensible en casos de esta naturaleza en que el pronóstico es serio, punto que debe hacernos muy reservados.

Entre las causas de error a citarse, están en primera línea las enfermedades de localización en la región anal, que son capaces de producir derrames sanguíneos, que pueden mezclarse con las materias fecales a su salida, tales son las hemorroides y la fisura del ano.

Ahora, cuando la investigación se hace sobre el contenido gástrico que ha salido por un vómito, o ha sido extraído por la sonda, debe uno ponerse al abrigo de la epitaxis ó hemorragias bucales de cualquier género,

lo mismo que de las exofágicas, que podrían hacer llegar sangre hasta él.

Además, debe el experimentador, al hacer la observación, someter al enfermo a una alimentación especial, sobre todo a base de vegetales y farináceos, pues si ésta fuera hecha con carne, este producto podía ser ingerido crudo o mal cocido y mezclar su sangre en el contenido gástrico, pudiendo, como se comprende, darnos la reacción positiva en este caso, aún cuando la sangre no proviene de las paredes digestivas.

Otra causa que puede ser frecuente en el error de un diagnóstico, es la existencia en el tubo digestivo de *Tenias Oxuiros Tricocéphalus*, productores en ocasiones de hemorragias ocultas, que nos darían una reacción positiva, por lo cual se aconseja, al mismo tiempo que se hace el exámen coprológico, hacer también el microscópico de las materias fecales, que comprobará la presencia de huevos o parásitos.

No es indiferente el practicar las observaciones en las materias fecales o en el contenido gástrico, pues en el segundo no podemos estar seguros del resultado del análisis, desde que sabemos que es muy posible, al introducir la sonda o con el esfuerzo de un vómito, que se produzcan extravasaciones sanguíneas, que darían un resultado erróneo, pues en este caso no serían esas hemorragias sintomáticas de afección alguna.

La investigación de los elementos sanguíneos en las materias fecales, se hace por varios métodos: 1.º Los hemoespectroscopios, que están basados en utilizar la propiedad de la hematina, que cambia el aspecto espectroscópico cuando al haz luminoso se le hace atravesar una solución de dicha substancia. 2.º Los hemomicroscópicos, que tienen por objeto descubrir en las mate-

rias fecales los componentes normales de la sangre, como serían los glóbulos rojos y los cristales de Teichman; y, por último, los métodos hemoquímicos, que son los que más se usan, porque su ejecución es más fácil en la práctica corriente; y de entre ellos, el que más partidarios tiene es la conocida con el nombre de reacción de Weber, de la que voy a describir su técnica.

Se toma del centro de la materia fecal un fragmento del tamaño de una almendra y se tritura con un poco de ácido acético glacial. Se le añaden luego algunos centímetros cúbicos de éter sulfúrico, que se tiene buen cuidado de mezclarlo bien con la materia fecal.

Reposado el todo, se decanta luego el éter y se agrega tintura de guayaco recientemente preparada, más unas gotas de agua oxigenada o esencia de trementina.

Si la reacción resulta positiva, obtenemos al cabo de unos instantes una hermosa coloración azul, que por agitación invade todo el líquido examinado; por la intensidad de coloración, se deduce si la reacción es intensa o débilmente positiva.

Para dar Schumm mayor exactitud a la reacción de Weber, ha propuesto eliminar, en lo posible, de las materias fecales la urobilina y los cuerpos grasos, que pueden ser un inconveniente para que la coloración se produzca; obtiene su fin haciendo pasar a las sustancias varios contactos con mezclas de alcohol y éter.

Otro modificador de la reacción Weber, es Rossel, que practica la operación operando con esencia de trementina vieja y una solución de aloina al 3 % recientemente preparada.

Operando como Rossel, hay que tener cuidado de que las materias fecales no posean clorófila, ni sean ricas en hierro, pues bajo la acción del reactivo, estas

substancias dan una coloración rojo-parda, que entorpece la claridad de la reacción.

Cuando las materias examinadas contienen sangre, se produce una coloración roja muy característica: es una reacción muy sensible, pues aún se produce existiendo muy poca cantidad de sangre, o que se opere en soluciones muy diluidas, lo que con la de Weber no se obtiene.

Sin embargo, existe otra reacción más sensible que las anteriores: es la de Adler, cuyo reactivo está representado por la benzidina pura, que en presencia de mínimas cantidades de sangre da una bella coloración verde.

Un gran número de autores, entre los que se encuentran Edwald, Cettinguer y Küttner, consideran a la reacción de Adler como la más fiel y la más práctica de todas.

Su sensibilidad está demostrada sobre las de Weber y Rossel, con el hecho de ella producirse en soluciones de sangre al 1 por 200.000, mientras que las segundas generalmente dan solo con soluciones al 1 por 25.000; como vemos, la diferencia es grande.

Boas y Van Storck hacen sus investigaciones utilizando como reactivos el agua oxigenada y la parafenildiamina, que en presencia de mínimas cantidades de sangre dan una coloración oliva característica.

Y, por último, poseemos la reacción de Meyer, que se sirve de la fenoltaleina y agua oxigenada, que en presencia de sangre dan una coloración roja.

Todos los métodos antes descriptos han sido llevados a la práctica para descubrir las hemorragias ocultas en las afecciones del tubo digestivo, principalmente en las de naturaleza carcinomatosas, y sus resultados

anotados en estadísticas bien llevadas, de las cuales haré conocer algunos datos.

Cadde y Phillippe han encontrado, por estos procedimientos, hemorragias ocultas, en 85 enfermos por ellos observados, y en más de la tercera parte de ellos se controló el diagnóstico por el exámen necrópsico, o en la operación.

Para sentar la veracidad de estas reacciones, autores como Mathieux y Roux las han verificado en individuos enfermos y sanos, llegando a la conclusión de que en los primeros eran positivas, mientras que en los segundos eran negativas.

Aún han llevado su experimentación más allá, verificándolas en cancerosos y ulcerosos, para establecer una diferencia, y encontraron que en los primeros, la sangre aparece de una manera más constante, mientras que en los segundos es menor esta constancia y su aparición más intermitente.

Joachim, en 19 casos observados, encontró reacciones de Weber positivas en 18; además, este autor deduce de sus resultados un porcentaje de 83 por ciento de reacciones positivas, lo cual es para tenerse en cuenta.

Varios autores han estudiado la cuestión bajo otro punto de vista, y es el de la precocidad con que aparecen estas gastrorragias en las materias fecales, y llegan a la conclusión de que es un síntoma que aparece con relativa precocidad.

Para terminar con este capítulo, diremos que la hemocoprología es un procedimiento de investigación de gran valor semiológico, superior a otros muchos y de una ejecución fácil.

Sin embargo, sería ridículo querer sentar un diagnóstico con él sólo, haciéndolo acompañado de otros

síntomas suministrados por la clínica y el laboratorio.

Citodiagnóstico

Este es un punto que trataré ligeramente, por ser de escasa importancia, pues sus resultados son contradictorios.

El examen citológico debe de hacerse en el líquido de lavaje del estómago, y no en su contenido, pues posee residuos alimenticios que molestan la observación.

El estómago es evacuado luego por la sonda; se echan 100 centímetros cúbicos de suero fisiológico; se extrae éste después de 5 minutos y se centrifuga; se toma una gota del residuo; que se extiende sobre un porta-objetos, y se colorea por los procedimientos habituales.

Según Blanchet, en una preparación hecha con productos provenientes de un estómago canceroso, debemos encontrar una mononucleosis manifiesta, y algunos eosinófilos; sin embargo, estos resultados de Blanchet, por ahora, no son concluyentes, salvo que la sanción de la práctica lo imponga, pues ha sido un método poco empleado.

Otros métodos empleados en el examen de las afecciones de localización pilórica, son la radioscopia, la gastroscopia y la diafanoscopia, que estudiaremos más adelante en el capítulo diagnóstico.

En el presente escrito, se vé una tendencia marcada, en la descripción de los síntomas pertenecientes al cáncer del píloro, lo cual no encuentro fuera de lugar, pues es el motivo de estrechez más frecuente que en él se halla, de lo cual se deduce la importancia de un estudio, pues posee síntomas que le son particulares.

Las estrecheces de otras naturalezas se caracterizan por no atacar tan en general el organismo del paciente, sino que localizan sus efectos sobre todo por el lado del estómago, produciendo su dilatación, con retención, que a su vez dá los vómitos previa fermentación del contenido alimenticio, acompañados de otros síntomas, ya estudiados en el curso de este trabajo.

CAPÍTULO III

DIAGNÓSTICO

Existiendo tantas afecciones del mismo organo, en las cuales, por lo menos en su principio, presentan síntomas iguales, y no contando con ninguno patognomónico, y en que la diferencia entre ellos es de simple detalle, no es difícil el error en el diagnóstico.

Sin embargo, un clínico experto y reservado, con ayuda de un buen exámen semiológico, completado con el laboratorio y el de los medios físicos modernos, puede llegar a un diagnóstico precoz, de sumo interés en este caso, y que pudiera llevar a una intervención en un periodo no avanzado de la enfermedad, lo cual aseguraria el éxito.

Los medios que poseemos para llegar a un diagnóstico precoz en las afecciones del píloro, en lo que se refiere a la dilatación del estómago, siempre por ellas producida, son el uso de polvos efervescentes, que por su mezcla dan desprendimiento de ácido carbónico, en-

tre ellos están el ácido tártrico y bicarbonato de soda, que suministrados al paciente dan desprendimiento de dicho gas, y distienden, por lo tanto, el estómago, que se pone de manifiesto al través de la pared abdominal.

Este procedimiento tiene un inconveniente, y es el de no poder medir la cantidad de gas desprendido, y no poder llegar a conocer indirectamente el grado de dilatación estomacal, pues puede ésta estar forzada, por lo cual algunos autores prefieren la insuflación.

La insuflación puede hacerse con ayuda de la sonda esofágica y una pera de caouchout, una dilatación mediana admite 1.200 a 1.500 centímetros cúbicos de aire; las grandes, con flacidez de las paredes estomacales, pueden llegar a soportar 2, 3, 4 y hasta 5 litros de aire.

Con este método, puede también llegar a palparse y diseñarse el tumor; se ven, además, las ondas peristálticas, aumentadas, producirse de izquierda a derecha.

El diagnóstico de dilatación estomacal se completa, además, con los otros síntomas ya estudiados.

Otros métodos que no deben olvidarse en la práctica, son la radioscopia y la gastroscopia.

Por medio de la primera pueden llegar a verse estados especiales del estómago, como ser su dilatación, cambio de forma, ectosis y el grado de permeabilidad pilórica, de mucho interés para nosotros.

Para observar estos fenómenos, debe suministrarse, como se comprenderá, al enfermo, un cuerpo que sea impermeable a los rayos X: el que se utiliza es el bismuto.

En la práctica creo no debe olvidarse este medio tan precioso de observación.

La gastroscopia ha suministrado grandes servicios y datos, que para ser interpretados solo necesitan el

conocimiento del estado de la mucosa gástrica en el estado normal, para de esta manera poder establecer diferencia con su estado patológico.

En el hombre sano, el píloro, visto con el gastroscopio, se presenta bajo la forma de una hendidura lineal, cuyos labios se encuentran un poco separados, de suerte que se percibe una abertura oval o redondeada. Sus bordes están tapizados por una mucosa plegada y de color rosado.

Los pliegues de la mucosa son muy importantes de examinar, pues en el estómago sano ellos cambian constantemente de forma y de lugar, a causa de la fuerte musculatura sub-mucosa, de donde resulta que el aspecto de la región pilórica sana, vista con el gastroscopio, varía de un instante a otro, por las contracciones de su túnica muscular y de sus movimientos vermiciformes.

En el píloro enfermo, el pliego de los músculos es defectuoso; de suerte que el aspecto de la región es muy diferente: se presenta lisa y unida, los pliegues faltan completamente y su coloración es pálida como anemiada.

Suministrando este método datos preciosos, no se ha vulgarizado sin embargo lo suficiente.

La diafanoscopia es un procedimiento poco generalizado, pues no dá datos precisos.

Luego tenemos, para completar el diagnóstico, los exámenes del laboratorio sobre el jugo gástrico, orinas, y la sangre en las modificaciones que ella sufre, y en su presencia en determinados productos orgánicos.

Otros datos suministrados por la palpación, como serían tamaño y localización del tumor, luego las metastasis por el infarto ganglionar, y lo que denota el estado caquético del enfermo, no deben, a mi parecer,

tenerse en cuenta, pues ellos se presentan al médico en un grado muy avanzado de la dolencia; no son de una constancia absoluta, porque de hecho si ellos existieran quedaría descartado el tratamiento quirúrgico.

El diagnóstico debe encerrar cierto criterio diferencial, pues hay estados gástricos, catarrales o crónicos de hipersecreción y ulcerativos, que pueden en su desarrollo producir síntomas semejantes a los de la afección en estudio, pero gracias a que poseen otros distintos de los por ella producidos, es que llegamos a diferenciarlos.

Existen también otras enfermedades anemiantes, y otras productoras de hemorragias ocultas, que se prestan a confusión.

Debe hacerse también diferenciación sobre el grado de estenosis: conocer si ésta es ligera, mediana o cerrada; conocer su sitio y causa productora, datos todos de capital importancia.

CAPITULO IV

TRATAMIENTO

El tratamiento debe ser quirúrgico y radical, es decir, tendiente a la curación completa del enfermo.

Para que el cirujano pueda llevar a la práctica este modo de pensar, debe haberse formulado el diagnóstico precoz, basado en la reunión del mayor número posible de síntomas de la afección neoplásica.

Por lo que, en la primera parte de este trabajo trato de reunir la mayoría de ellos, y de los distintos procedimientos a nuestro alcance, que pueden llevarnos al diagnóstico con precocidad, y evitar con esto, de encontrarnos en el momento de intervención con un proceso a gran extensión y tamaño, y con grandes adherencias en los órganos vecinos.

Si esto nos pasara, como se comprende, la idea primitiva de ser radical en el tratamiento estaría de hecho descartada, y ella cambiada por la de abstención o de ser paliativo, practicando entonces una gastroenteroanasto-

mosis, procedimiento que no encuadra en mi trabajo, puesto que tiendo en él a apoyar la extirpación completa y precoz del tumor.

Pasaré revista a algunas estadísticas publicadas sobre casos de pilorectomía.

La mortalidad en esta operación en el año 1882, era de un 75 a un 80 por ciento, en 1892 disminuye a un 58 por ciento.

Según Guinard, Haberkant y Wlofler, la mortalidad varía entre un 31 y un 65 por ciento; Kocher sobre 52 casos de pilorectomía tomados en block, ha tenido 18 defunciones, o sea una proporción de 34 por ciento.

Para Terrier y Hartmann, la proporción es menor, alcanzando apenas a un 26 por ciento de mortalidad.

Guillot, condensando estadísticas recientes, dice que puede alcanzar hasta un 29 por ciento.

Con respecto a la supervivencia de los operados, dice Woffler que de sus estadísticas deduce que ella llega a los 4 años, como término medio, y que puede, sin embargo, ser mayor en algunos casos.

Según el parecer de Mardl, la estadística anterior, en sus resultados, es exagerada, pues él en las suyas encuentra para los pilorectomizados una supervivencia no mayor de 2 años.

En lo que se refiere a la curación completa, dice Paterson que, en 86 casos observados, obtiene curación completa en 17, incompleta en 14 y parcial en 55.

Para Kocher, Kroenlein, Michuliez y Kumel, la proporción de curados está en un 20 por ciento

De lo cual se deduce que la pilorectomía queda de hecho incorporada como medio terapéutico, en los casos de cáncer del estómago, practicada precozmente.

Lo que nos lleva a ser en parte del parecer de Leri-

che, el cual dice que todo individuo de 50 años o más, hasta entonces sano de su aparato digestivo, que sufre sin razón, que adelgaza a pesar de su sobrealimentación, en el que la curación médica fracasa, está justificada la laparotomía exploradora; tal es el interés de que la intervención sea precoz; pues de esto depende el éxito.

Antes de entrar de lleno en la técnica operatoria, diré dos palabras sobre la preparación del enfermo.

Aquellos enfermos que están acostumbrados a lavajes de estómago, es siempre más conveniente hacerles uno la noche antes de la operación, pero aquellos que no estén acostumbrados a ellos, será siempre más prudente no hacerlo, en contra del parecer de Billroth Schwartz y Terrier, que declaran a estos lavajes indispensables, lo cual creo les dará como única utilidad poder anotar en sus estadísticas casos desgraciados como el del servicio de Poncet, en Lyon, contribuyendo también al choc.

Ahora bien, la preparación del enfermo no deja de tener su importancia, sobre todo en lo que se refiere a la tonificación de él, y a hacerse de preferencia en los enfermos extenuados, en cuyo caso creo que lo más conveniente son las inyecciones de suero fisiológico, pudiendo administrarle también inyecciones de aceite alcanforado o de cafeína y enemas alimenticios.

De lo que se deduce que no somos tan estrictos en lo que se refiere a la preparación del enfermo como lo son los cirujanos alemanes; pero no dejamos de ver el error en que están otros cirujanos, llamando a éstos cuidados innecesarios.

En cuanto al uso de los purgantes, no hay dos opiniones, pues ellos no harían más que disminuir la resistencia de enfermos que ya de por sí están debilitados.

El aseo bucal en el enfermo es muy conveniente, de preferencia con agua oxigenada o soluciones alcalinas, para disminuir las complicaciones pulmonares.

Llegada la hora de la intervención, el paciente debe entrar a la sala de operación, estando ésta a una temperatura tal que el enfermo no experimente enfriamiento alguno, a lo que son ellos tan propensos.

En lo que se refiere al anestésico a usar, debe ser el cloroformo suministrado con el aparato Roth-Drager, en el cual se hace la mezcla de este anestésico con oxígeno, con todas las ventajas que ello reporta, pues además de encontrarse en la mezcla oxígeno, el gasto de cloroformo es en menor cantidad, lo cual no es de descuidar en estos enfermos.

Además, no veo inconveniente en el uso del cloroformo, pues con el aparato antedicho, está bien graduado, y en el segundo tiempo de la intervención el gasto del anestésico se hace en mucha menor cantidad, pues la manipulación visceral es menos dolorosa, no tanto, sin embargo, que haya hecho pensar y practicar a Reclus la anestesia solo local de pared, por medio de la cocaína o estovania, en esta operación.

El instrumental debe ser numeroso, pues el cirujano usará gran cantidad, por los cambios que de él tendrá que hacer en los distintos tiempos de la intervención.

Además, tendrá separados ya los guantes que usará, las soluciones antisépticas, lo mismo que las agujas que haya elegido para las suturas, las cuales enhebrará en cantidad; todo esto tiene por objeto no perder tiempo en el momento de la operación, pues aunque parecen cosas sin importancia, en una intervención de esta índole, tiene mucha.

Una vez el enfermo colocado en la mesa de opera-

ción, la posición que él ocupe no es indiferente, pues ella debe ser el decúbito dorsal, produciendo cierto estado de lordosis al nivel dorso lumbar, con la colocación de un rodillo a esta altura por debajo de la columna, salvo que se use una mesa ad-hoc.

Esta posición es útil, pues con ella se consigue que el contacto de la pared abdominal y las vísceras sobre las que vamos a intervenir, sea más íntimo.

Una vez colocado el enfermo, desinfectado el campo sobre el que se va a actuar, se coloca la compresa de campo operatorio y se procede al primer tiempo de la intervención, que es la incisión de la pared.

La incisión debe ser vertical, empezando en el apéndice xifoides y llegando hasta el ombligo; esta incisión puede ampliarse en caso de necesidad, ayudándose con una transversal.

Wolfler y Billroth apoyaron en otro tiempo las incisiones transversales, las que han sido en la actualidad abandonadas.

La ampliación de la incisión no debe hacerse hacia arriba, pues en un descuido podrían herirse los haces esternales del músculo diafragma, y penetrar en el torax.

Una vez practicada la incisión, es defendida la piel, al llegar al peritóneo; éste es tomado y a su vez aislado por compresas de todo contacto.

Una vez hecho esto, viene un tiempo importante, y es la exploración de los órganos sobre los cuales se va a intervenir, con lo cual puede el cirujano darse cuenta de la extensión del mal, su invasión ganglionar, y las adherencias que él tenga con los órganos vecinos (colon mesocolon, páncreas), así como sus metastasis a otros órganos, por lo que no debe limitarse la exploración

solo al estómago, pues esto podría hacernos cambiar la naturaleza de la intervención.

Las maniobras de exploración son las siguientes: para la cara anterior del estómago no se requiere ninguna especial, pues esta parte del organo, con una buena separación de los bordes de la herida parietal, se presenta inmediatamente a la inspección y palpación del operador.

No sucede lo mismo con su cara posterior, que para su exploración requiere que se incida el ligamento gastrocólico, para penetrar en la retro-cavidad de los epiplones, sin lo cual no nos sería posible ese examen, y formarnos un juicio sobre la movilidad del estómago.

Es bueno en este tiempo herir al pequeño epiplón en un punto avascular, para poder examinar al píloro, pasando dedos por estas dos aberturas.

Decidida la intervención, debemos hacer hemostasia, para esto se incide el pequeño epiplón en un punto avascular; un separador colocado en la pequeña curvatura del estómago tira de él hacia abajo y afuera, de manera de hacer sobresalir, en la retro-cavidad de los epiplones, la hoz de la arteria coronaria estomática, que será aislada y ligada antes de dar sus ramas.

La incisión del pequeño epiplón debe ser amplia, en el concepto de que debe de ir del futuro corte duodenal al gástrico; además, en la parte a extirparse deben ir comprendidos todos los ganglios sospechosos.

Por la parte del gran epiplón debe hacerse la misma operación, y ligaduras de sus vasos, comprendida la gastro-epiploica izquierda.

Estas incisiones epiploicas nos permiten hacer la coprostasia visceral, impidiendo, como se comprende, con ello, la salida de los contenidos al exterior, una vez abiertas las vísceras.

Debe hacerse esta coprostasia por medio de pinzas Doyen, pues son de tamaño suficientemente grande, y tienen sus ramas elásticas y curvas.

La pinza superior, a colocarse por el lado estomacal, penetra por la abertura hecha al pequeño epiploon; la inferior por la hecha al gran epiploon; además, deben estar separadas del tumor, es decir, colocadas en tejido sano.

Su dirección no debe ser vertical, sino oblicua, de arriba a abajo y de derecha a izquierda, de tal suerte que el corte tome casi toda la curvatura menor, o gran parte de ella, pues aquí es donde el proceso se propaga con mayor frecuencia; debe dar en la curvatura mayor a una distancia de tres centímetros más o menos del límite del tumor.

A distancia de estas primeras pinzas y hacia la izquierda, son colocadas otras dos iguales y en la misma orientación.

Como vemos, el número de pinzas colocadas es de cuatro, pero puede disminuirse a dos, siempre que sean lo suficientemente grandes que puedan llegar a tomar el estómago en toda su altura, es decir, de la gran curvatura a la pequeña.

Sección del estómago

Luego se colocan las compresas para defender la retro-cavidad, peritóneo, etc., de los líquidos que el corte pudiera dar; éste se hace con ayuda de tijera o bisturí, y a una distancia suficiente de las pinzas de la derecha, que da por resultado el dejar en este extremo una cantidad de tejido que permita hacer la sutura oclusiva, sin mover ni sacar las pinzas que hacen la coprostaxis.

Este detalle debe tenerse en cuenta sobre todo al seccionarse el cabo duodenal.

Hecha la sección del estómago, se separa hacia la derecha el cabo duodenal, envuelto en compresas momentáneamente; se limpia el borde de ella; se pasa un toque de iodo liviano y se procede a su cierre; éste se hace por medio de un surget perforante y total de ida, y vuelta; por si algún punto del mismo fuera muy separado o flojo, se pasa nuevamente iodo.

El cirujano, una vez hecho esto, lava sus manos cambia de aguja y seda, saca el clamps que hacía la comprostaxia y hace una sutura sero-serosa, comprendiendo la túnica muscular en ella; en este extremo pueden hacerse dos suturas de esta naturaleza, después se envuelve en compresas y se deja momentáneamente.

Sección duodenal

El tumor es tomado y librado de las adherencias que existan, que son las que pueden impedir su extirpación; las de mayor importancia suelen ser las que toma en el páncreas, pues a su desprendimiento suelen producirse hemorragias molestas, de éstas luchamos por medio de la sutura del tejido pancreático, ligadura, termocauterización o compresión.

Una vez hecho esto, vamos en busca de la arteria gastro-duodenal y de la pilórica, las cuales ligamos.

Hecho lo cual, colocamos nuestra pinza de coprostaxis en lugar ó distancia conveniente del tumor, colocamos, además, compresas de defensa y cortamos, dejando aquí también, como indiqué anteriormente, una superficie que nos permita hacer la sutura de unión gastro-duodenal sin retirar la pinza.

Este último corte es el que permite la sacada del

tumor al exterior, pues deja a éste completamente libre.

Llegamos al tiempo más importante de la intervención, como es el de restablecer la continuidad del tubo digestivo.

Los procedimientos para ello son muchos; pues tenemos las anastomosis término-terminales, tanto superior como inferior; las latero-laterales, métodos abandonados, y la latero-terminal, método de Kocher, que creo es el mejor y que describiré.

Cerrado ya el extremo gástrico, vamos a abocar el extremo duodenal, a la parte postero-inferior del estómago, que queda.

Pueden aquí presentarse dos inconvenientes: uno es el de no poder llegar a poner en contacto las superficies a suturar, por existir adherencias; esto se subsana con el previo decolamiento del extremo duodenal, importante, pues este proceder evita además los tiramientos.

Otro inconveniente será el que se presentaría si la extensión del tumor fuera grande por el lado duodenal, lo que obligaría a una resección más amplia, acortándose, como se comprende, con este proceder, sus dimensiones, no dejándolo acercar al extremo estomacal; esto solo se subsana cambiando la índole de intervención.

Vencido el primer inconveniente, cambiamos compresas y exponemos la cara posterior del estómago; esto se consigue volviendo hacia la izquierda el muñón estomacal; hecho esto, se acerca, valiéndonos de la pinza elástica colocada en el duodeno, este cabo al estómago.

Sutura duodeno-estomacal

Puestas en contacto las dos superficies, empezamos por practicar un surget sero-seroso, que reúne la cara posterior del duodeno a la parte posterior del estómago;

este surget es hecho a un centimetro por detrás de la sección duodenal, hecho lo cual se deja colocada la aguja y largos ambos extremos de la hebia de seda; luego procedemos a la abertura del estómago.

No es indiferente el sitio que esta abertura deba ocupar, pues debe, con su posición, favorecer el curso de los alimentos, lo que se consigue practicándola en la parte inferior y lo suficientemente grande, es decir, no menor que la del duodeno.

Además, hay que procurar hacerla cerca del extremo estomacal, para de esta manera asegurar a los alimentos contacto con mayor superficie gástrica, lo que nos daría mayor quimismo, cosa a tenerse muy en cuenta en estos enfermos.

Hecha la abertura en el estómago, se reune ésta a la duodenal por un surget perforante y total, que da por resultado la unión y cierre de las dos vísceras; luego de sacar las pinzas que hacen coprostaxis, se pasa un poco de iodo; el cirujano saca sus guantes, si con ellos ha operado y lava sus manos, pues toda la parte sucia de la intervención ha pasado, y no queda más que continuar el surget sero-seroso en la circunferencia anterior del duodeno para terminar; momento limpio, como se comprende, de la operación.

Para terminar, se colocan los órganos en su sitio, se peritoniza para cubrir las superficies cruentas de los órganos, y se suturan los epiplones, evitándose con esto el que queden fondos de sacos, en los que podría estrangularse el intestino; resta retirar las compresas y suturar la pared abdominal, lo que debe hacerse en tres planos.

Puede drenarse o no, según se crea conveniente.

Si después de practicada la pilorectomia, nos fuera

imposible el acercamiento del cabo duodenal al estómago, porque la resección hubiese sido muy extensa por este lado, debemos renunciar al procedimiento de Kocher y hacer o practicar una gastro-entero-anastomosis.

Esta operación consiste en crear un orificio que haga comunicar directamente el estómago y el yeyuno; este orificio puede estar colocado en la pared anterior o en la posterior; siempre que sea posible debe optarse por la segunda forma.

Esta forma de anastomosis posterior, se hará siempre que la parte de estómago lo permita; de lo contrario, si hubiera dificultad para ello, lo mejor será abocar el yeyuno a la cara anterior del estómago que ha quedado, es decir, una trans-mesocólica con abocamiento anterior.

Ahora bien, puede resultar que una vez hecho este abocamiento, el intestino forme demasiado ángulo, en cuyo caso será preferible agregar una entero-yeyunos-tomia, lo que debe en lo posible evitarse al hacer el abocamiento, para no alargar demasiado la operación.

Empezamos ésta tomando el gran epiplón y el colon transverso y elevándolos hacia arriba, los colocamos sobre compresas; practicando esta maniobra se nos presenta el mesocolon transverso, sobre el que vamos a operar.

En él practicamos una abertura, que nos permitirá tomar a través de ella el estómago por su cara posterior, y poner ésta en contacto con el asa yeyunal tomada, ésta es además fijada por un punto al borde de la abertura del mesocolon.

Colocamos en el campo compresas, y puestas en contacto las paredes estomacal e intestinal, cuyos extremos han sido previamente cerrados, serán mante-

nidas en esta posición con ayuda de unas pinzas, la coprostaxis intestinal debe haber sido hecha.

El trozo yeyunal debe ser lo suficientemente largo para impedir tiramientos posteriores; a la línea de sutura debe dársele, siempre que sea posible, una inclinación de derecha a izquierda y de arriba a abajo, para que una vez que se haga recuperar a las vísceras su posición normal, tome la nueva abertura la posición útil, que será, como se comprende, la de izquierda a derecha y de arriba a abajo.

Además, debe el intestino colocarse en posición tal, que no se altere la dirección de su peristaltismo; debe también procurarse suturar una superficie más bien grande por ambos órganos, evitando con esto acodamientos que pueden producirse.

Comenzado a suturar, debe hacerse una sutura serosa que confronte las caras posteriores; colocada a un centímetro más o menos de las futuras aberturas viscerales, la aguja usada para hacer este surget, debe dejarse, lo mismo que su hebra, con cabos largos, por ambos extremos, sobre compresas; la longitud de este surget es la mayor posible.

Hecho esto, se procede a la abertura de los órganos; ésta debe estar colocada a medio centímetro de la sutura posterior; para ello se toma con una pinza la pared intestinal, lo cual da por resultado un pequeño pliegue, el cual es cortado en su base por una pequeña tijera; por este orificio que resulta de la maniobra anterior, se introduce la rama de la tijera y se agranda la abertura al tamaño conveniente, hecho lo cual, se tapa temporariamente con una compresa para pasar a trabajar por el lado del estómago.

El estómago debe ser abierto valiéndonos de las mis-

mas maniobras que para abrir el intestino; el cuidado a tener es que la abertura esté colocada a la misma distancia que la intestinal del surget posterior, que confronten y tengan la misma longitud.

Practicadas las aberturas, son sus extremidades tomadas con pinzas y hecho su cierre por medio de un surget perforante y total; terminado éste, el cirujano retira las pinzas y lava sus manos.

Después, toma la aguja dejada anteriormente al hacer el surget sero-seroso en la parte posterior y lo continúa en la anterior, de derecha a izquierda, terminando por anudar con el otro cabo de la seda; se sacan las compresas, se peritoniza y suturan los epiploones, para evitar inconvenientes en otro capítulo descritos.

Por último, se cierra la pared; sin drenaje, lo más frecuente.

Cuidados post-operatorios

El enfermo al que se le ha practicado una intervención de esta naturaleza, debe, después de operado, ser objeto de cuidados especiales.

Al ser transportado de la sala de operación a la habitación que él ocupará, debe hacérsele cuidando de que vaya sumamente abrigado, y que su cuarto tenga la calefacción necesaria, para que el enfermo no sufra cambios de temperatura, que le serían muy perjudiciales, sobre todo para su aparato respiratorio.

Durante las cuarenta y ocho primeras horas después de la intervención, el operado debe guardar dieta; lo más, dársele unos trocitos de hielo; se siguen dándole las inyecciones de suero fisiológico y aceite alcanforado.

Después del segundo día, se le dan enemas alimenticios, infusiones (té, café), a los que se le puede agregar una cierta cantidad de alcohol.

Al tercer o cuarto día se empieza a alimentar más al paciente, dándole consomé, al que se le puede agregar un poco de gelatina, luego se sigue con los cocimientos de cereales.

Si persistieran los vómitos después del segundo día de operado, puede hacerse un lavaje de su estómago.

Si la intolerancia gástrica fuera manifiesta, se insiste con los enemas alimenticios.

Un punto a no descuidar en estos enfermos, es el de hacer que abandonen la cama lo más pronto posible, a los doce días más o menos, pues la permanencia larga en ella puede acarrear serios perjuicios a estos operados.

Pasaré ahora a transcribir solo algunas historias que he recogido en uno de los servicios de cirugía que he frecuentado; historias que, unidas a otras publicadas por diversos cirujanos de nuestro país como del extranjero, contribuyen a demostrar lo conveniente del método operatorio, que, como he manifestado más arriba, creo el más indicado.

HISTORIAS CLÍNICAS

HOSPITAL PIROVANO

SERVICIO DE CIRUJÍA DR. J. B. EMINA

Primer caso

Mercedes Pérez Herrera, 38 años, casada. Ingresó al Hospital el 4 de Abril de 1914.

Diagnóstico.—Cáncer del píloro.

Pilorectomía con anastomosis.

Antecedentes personales.—Sin importancia. Enfermedad actual: En Junio de 1913 empezó a sentir mucho apetito, con dolor de estómago una hora después de comer; este dolor se le calmaba con la ingestión de alimentos; si tomaba agua le provocaba vómitos; tuvo pirosis; notando un peso en el estómago; teniendo algunas veces vómitos de mañana al levantarse y algunas veces también durante el día después de las comidas. Este estado se prolonga hasta que el médico que la asiste nota un tumor en el epigastrio y le aconseja una operación, por lo cual se resuelve a ingresar al Hospital.

Estado actual.—Muy demacrada, piel seca. Tiene vómitos frecuentes, una o dos horas después de tomar alimentos.

Aparato circulatorio y respiratorio normal. A la inspección de su vientre no se nota nada; la palpación permite notar un tumor como un huevo, al nivel de la línea media y algo a la derecha, tres traveses de dedos por debajo del reborde costal.

Tumor que no es doloroso, movable sobre todo de arriba hacia abajo. Hay clapotemen, y la percusión da un estómago hasta el ombligo.

Después de una comida de prueba, se hace un análisis.

Operación.—Posición lordosis pronunciada, con miembros inferiores en flexión.

Incisión supra-umbilical; abierto el vientre, se nota el estómago distendido y un tumor al nivel del píloro, curvatura menor.

Se incinden los epiplones y se explora poniendo la mano en la cavidad recto-epiploica, y como el estómago es movable, se liga la coronaria, los vasos del epiplón con la gastro epiploica; se colocan cuatro clamps, dos arriba y dos abajo, dejando un espacio entre ellos lo suficiente para poder hacer la primer sutura; se incinde el estómago; se envuelve en una compresa fijada por pinzas al extremo izquierdo, que se saca afuera; se limpia con una gasa el borde de la herida estomacal; se hace una doble sutura completa con seda gruesa; se sacan los clamps y se hace una sutura sero-serosa con seda mediana.

Se toma el muñón envuelto en la compresa, separándolo de las adherencias que lo unen al páncreas; como sangra bastante, se hace una compresión, se se-

para el duodeno y se colocan dos clamps, separados lo suficiente para que una vez incidido, permita hacer la primer sutura sin sacar el clamps, que queda aplicado al duodeno, se corta, y mientras uno de los ayudantes mantiene el estómago, el otro aplica el duodeno con sus pinzas a la cara postero-inferior del estómago que ha quedado.

Se hace la sutura sero-serosa posterior con seda mediana, se pasa un poco de iodo por la sutura, se abre el estómago proporcionalmente al duodeno, se saca el clamps del duodeno, y se hace una doble sutura completa con seda gruesa, se pasa iodo y se continúa la sutura sero-serosa. Se fija el epiplón.

Se sutura la pared en tres planos, dejando un pequeño drenaje.

Marcha post-operatoria. — Tiene vómitos el primer día, más raros el segundo, pulso bueno. No hay temperatura. Se le hacen inyecciones de suero durante cuatro días, cafeína y aceite alcanforado y enemas alimenticios. El tercer día toma pequeñas cantidades de líquidos, que no vomita. Se le saca el drenaje, que no se renueva por estar su vientre bien.

Se hace el cuarto día un enema y provoca movimiento de vientre. Poco a poco sigue alimentándose y es dada de alta completamente curada, comiendo de todo, habiendo aumentado mucho de peso.

Examen de la pieza. — Tumor globuloso como una mandarina, revestido por serosa lisa, en la parte posterior rugosa, y con restos de adherencias que había con páncreas; con un tumor en extremidad del duodeno, separado del resto del tumor por un cuello contractil. En la parte superior, curvatura menor, así como en la parte inferior (curvatura mayor) restos de epiplón y ganglios.

Hecho un corte transversal, deja ver su parte interna fungosa y obstruyendo casi completamente el píloro. Mucosa espesada, capa muscular muy espesada, lo mismo que la serosa, en el resto del corte en la extremidad estomacal, como del duodeno, en extensión de seis centímetros del primero y cuatro del segundo normal.

Comprende dos terceras partes del estómago.

Anestesia clorofórmica.

Segundo caso

Raquel Raggio, 43 años, casada. Ingresó el 24 de Abril de 1907.

Antecedentes. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Hace un año y medio que empezó a sentir los primeros trastornos de su enfermedad, teniendo pirosis y dolores en la región epigástrica.

Consultó un médico, que la sometió a régimen y una bebida alcalina; a pesar de esto, sus molestias fueron en aumento, disminuyendo de peso y obligándola a tomar una alimentación liviana. De vez en cuando, tenía vómitos, que le aparecían media hora después de comer, algunas veces más tarde; así siguió hasta que hace cuatro meses aumentaron los dolores, y siendo muy sensible a la palpación la región epigástrica.

Los vómitos se hicieron más frecuentes, algunas veces a la mañana, hasta hace un mes, que tuvo uno con sangre, y notando que las deposiciones eran negras. Por consejo de los médicos decide operarse.

Estado actual. — Sumamente delgada, muy poco tejido adiposo, piel seca. Aparato circulatorio y respiratorio normal. El examen de orina arroja un poco de albúmina. A la inspección del abdomen no se nota nada; la pal-

pación es dolorosa, con defensa muscular, que no permite apreciar nada en la región epigástrica.

La percusión permite notar un estómago que llega por debajo del ombligo.

Operación. — Es operada en su domicilio en compañía de los Dres. F. Canevari y R. Romani.

Colocada en la posición clásica, se hace una incisión supra-umbilical, y abierto el vientre, se nota un estómago muy distendido. A la palpación se nota un tumor al nivel del píloro adherido a la cara inferior del hígado.

Se liga la coronaria, se separa el epiplón gástrico cólico ligando los vasos, se colocan los clamps en la forma habitual, se incide entre ellos, se separa hacia afuera el muñón de la izquierda envuelto en gasas y fijado por pinzas, se hace la doble sutura completa del estómago, se pasa iodo, se sacan los clamps, se hace la sutura sero-serosa. Se toma el muñón envuelto en las compresas, se le separan las adherencias con el hígado, que dá un poco de sangre, se hace una ligera compresión al hígado, se ligan los vasos, se separa el duodeno y se corta entre los clamps, cuyo extremo se aboca a la extremidad postero-inferior del estómago en la forma habitual.

Marcha post-operatoria. — Durante cinco días tuvo vómitos, se hacen lavajes de estómago, cambio de posición, posición Rivier, y no calma; el quinto día la enferma puede tomar un poco de aceite de oliva y los vómitos se calman. Durante esos días estuvo con suero, inyección de cafeína, aceite alcanforado y enemas alimenticios.

Su vientre marchó bien: después del quinto día comenzó a tomar líquidos y alimentarse. A los quince

días después de la operación, encuéntrase completamente curada.

Durante los seis primeros meses, tenía, de vez en cuando, algunas molestias de estómago, molestias que desaparecieron completamente, comiendo la enferma de todo; habiendo engrosado mucho y no volviendo a sentir ninguna novedad hasta ahora que hace siete años que lleva de operada.

Examen de la pieza. — Tumor grande como una nuez sobre el píloro, y otro nódulo sobre la curvatura menor, en la vecindad del píloro, faltando la serosa en la parte que se encontraba adherido al hígado.

El corte deja ver el canal pilórico estrechado; la mucosa fungosa con un mamelón poliposo obstruyendo el píloro; contra la curvatura menor la mucosa está ulcerada; todas las capas están hipertrofiadas. La pieza comprende tres centímetros de duodeno de aspecto normal y un poco menos de la mitad del estómago, notándose la separación entre la parte infiltrada y la normal que comprende unos cuatro centímetros.

Auestesia clorofórmica.

Tercer caso

Fernando Valle, 55 años, zapatero. Entrada Abril 27 de 1907.

Carcinoma pilórico.

Pilorectomía.

Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Hace próximamente tres años que empezó a sentir las primeras molestias de estómago, que las atribuyó a una indigestión después de una comida abundante; esto

lo obligaba a cuidarse de la alimentación, siendo de preferencia vegetariano.

Desde hace seis meses, a esas molestias, que consistían en dolores en la región epigástrica y pirosis, se han agregado vómitos frecuentes, pues antes solía tener uno de vez en cuando, generalmente con algún pequeño desarreglo del régimen; los vómitos le producen alivio y le aparecen, a veces, después de las comidas (media hora); otras veces a la mañana, arrojando en los vómitos restos de comidas; viendo que, no obstante el tratamiento médico, su enfermedad ha ido avanzando, no siéndole posible retener nada en el estómago, y habiendo disminuido mucho de peso, decide entrar al Hospital.

Estado actual.— Enfermo muy demacrado, piel seca poco elástica. Aparato circulatorio y respiratorio, nada de anormal. En el abdómen, a la inspección no se nota nada. A la palpación se nota un tumor algo irregular, grande como una nuez, en la línea media tres traveses de dedos por debajo del reborde costal, tumor que desciende con la insuflación del estómago. La percusión da un aumento de sonoridad del estómago hasta el ombligo. Después de una comida de prueba, se extrae el jugo gástrico para analizarlo.

Operación.— Se coloca al enfermo con un rollo en la región lumbar, los miembros inferiores ligeramente flexionados; incisión mediana, supra-umbilical. Abierto el vientre, permite ver un estómago dilatado, y a la exploración se nota un tumor en la región pilórica; se liga la arteria coronaria: se separa el gran epiplón ligando los vasos; se colocan cuatro clamps Doyen en el estómago, oblicuamente de la pequeña a la gran curvatura y separados los superiores de los inferiores lo suficiente para poder hacer la primer sutura.

Se corta el estómago entre los clamps, se retira el muñon izquierdo hacia afuera envuelto en una compresa de gasa, fijada con pinzas.

Se limpia con gasa el borde de la incisión, y sin sacar los clamps se hace la primer sutura completa, sutura que es doble y con seda gruesa; se sacan los clamps, se pasa una gasa con iodo y se hace la sutura sero-muscular; hecho esto, se continúa separando el estómago, ligando la arteria gastro duodenal y gastro epiploica derecha; se aísla el duodeno en una extensión de 4 centímetros; se colocan dos clamps separados lo suficiente para poder hacer la primer sutura serosa, sin sacar el que queda en el extremo duodenal; se incide entre los clamps, y se aboca el extremo duodenal a la cara posterior del resto que ha quedado del estómago, mientras un ayudante mantiene el estómago, el otro con la pinza que ha quedado aplicada al duodeno lo arrima a la cara postero-inferior del estómago; se hace la mitad de la sutura sero-serosa; se pasa una gasa con iodo por la sutura; se incide el estómago; se saca el clamps del duodeno y se hace una doble sutura con seda gruesa completa; se vuelve a pasar una gasa con iodo y se continúa la sutura sero-serosa.

Se cierra la pared a tres planos, dejando un pequeño drenaje.

Marcha post-operatoria. — Durante los dos primeros días tuvo vómitos; se le hace suero y tres enemas alimenticios por día; el tercer día comienza a tomar pequeñas cantidades de líquidos, continúa con suero y los enemas alimenticios.

Como no hay novedad de parte del vientre, se deja sin mecha.

Continúa poco a poco alimentándose hasta que se le da de alta.

Examen de la pieza. — Tumor al nivel del piloro, la serosa lisa, ganglios en la pequeña curvatura; se incide transversalmente; la parte interna es mamelonada con fungosidades que obstruyen el piloro; los extremos duodenal y estomacal tienen aspecto normal.

Anestesia clorofórmica.

Cuarto caso

Juan Gallané, 41 años. Entrada Agosto 31 de 1912.

Antecedentes personales. — Hace tres años que fué operado de un riñón móvil.

Enfermedad actual. — Hasta hace seis años fué siempre sano, pero desde esa fecha comenzó a sentir dolores, pírosis y pesadez en la región epigástrica después de las comidas, sus movimientos de vientre no eran regulares, tomando frecuentemente purgante. Se trató como colítico, pero hace tres años y medio, habiendo adelgazado mucho (12 kilos), los médicos que lo examinaron le notaron un riñón móvil y doloroso; atribuyendo a eso su enfermedad, le aconsejaron una faja, y como no mejorara, se decidió hacerse operar. Tampoco mejoró después de esa operación, al contrario, comenzó a tener vómitos y aumentaron los dolores, no obstante el más riguroso régimen alimenticio; desde hace cuatro meses poco puede retener en el estómago, vomitando a veces alimentos que ha tomado dos días antes, vómitos acuosos y muy abundantes, y generalmente de noche o a la mañana; ha tenido vómitos de color oscuro con sangre, las materias fecales varias veces de color negro, siendo imposible continuar en esa forma y habiendo aconsejado el Dr. A. J. Soldini una operación, por notar

un tumor en la región epigástrica, es que decide entrar la Hospital.

Estado actual. — Estado caquético.

Ha perdido 20 kilos de peso; piel seca; en la región lumbar izquierda presenta una cicatriz, rastros de su primera operación. Tiene una ligera bronquitis, su aparato circulatorio normal. A la inspección no se nota nada en el vientre, a la palpación se nota un tumor grande como una pequeña naranja en el lado derecho de la línea media, dos traveses de dedo por debajo del reborde costal, movable sobre todo de arriba hacia abajo y de adelante a atrás, dando la sensación de pelota. Esta palpación molesta al enfermo.

A la percusión, el estómago está al nivel del ombligo.

Después de una comida de prueba, se hace el análisis del jugo gástrico.

La tarde anterior a la operación, se hace un lavaje de estómago, dejando al estómago vacío.

Operación. — Posición, lordosis acentuada.

Incisión supra umbilical, abierto el vientre, estómago muy dilatado, un tumor que ocupa el piloro y la cara anterior del estómago, abierta la cavidad de los epiploes se explora el estómago que es movable, se liga la coronaria, los vasos epiploicos formando paquete, la gastro-epiploica izquierda, se colocan los clamps, se incide entre ellos, se separa hacia afuera el muñón izquierdo en gasa ligado por pinzas, se sutura el estómago en la forma habitual, se separa el tumor del páncreas con el que ha contraído adherencias, se separa la primer porción del duodeno que se corta entre dos pinzas, haciendo una doble sutura y abandonando el muñón.

Se hace una gastro-entero-anastomosis retro-cólica.

suturando el intestino en la parte del resto de estómago que quedó.

Marcha post-operatoria.—Tuvo vómitos los tres primeros días, el 3.º tuvo 39 grados de temperatura y un poco de disurea, se levanta la curación y el vientre está sin novedad. Se saca el drenage poniendo otro más pequeño, se examina el torax y se encuentran síntomas de una neumonía de la base del pulmón derecho, se le hace suero, inyecciones de cafeina y aceite alcanforado. Después del tercer día comienza a tomar líquidos: se le da una poción con digitalina, sigue con temperatura; se le levanta nuevamente la curación al quinto día, encontrando la herida bien, se deja sin drenage, toma alimentos líquidos, teniendo algún vómito; aparece expectoración y muere a los doce días.

Examen de la pieza.—Tumor que comprende el píloro y parte anterior del estómago, ganglios hipertrofiados en la pequeña y gran curvatura.

Comprende dos terceras partes de estómago y la primer parte del duodeno; se hace un corte transversal y se nota una mucosa fungosa y de forma de coliflor al nivel del píloro, que está muy estrechado.

Anestesia clorofórmica.

Se hace la autopsia; en el sitio de la operación, no hay nada de anormal.

Anastomosis está en buenas condiciones; en la base del pulmón derecho se aprecia una neumonía.

Quinto caso

María Sasso. Ingresó 10 de Octubre de 1900.

Antecedentes personales.—Fué operada por el Doctor J. B. Emina, de un fibroma del útero, hace cuatro años, en el mismo Hospital.

Enfermedad actual. — Cuenta que hace muchos años que se siente enferma, pero esos padecimientos primeros se relacionan con su tumor, del que fué operada después de lo cual se sintió muy bien, aumentando el apetito y el peso; de modo que su enfermedad actual dió principio desde hace cuatro meses, en que comenzó a sentir trastornos en sus digestiones, dolores en la región epigástrica, sensaciones de plenitud, y desde hace ocho meses vómitos, vómitos que se han hecho frecuentes los últimos seis meses, no siéndole posible retener nada en el estómago; los Dres. F. Canevari y M. Podestá que la visitan, como le notaran un tumor en la región epigástrica le aconsejan operarse, por lo cual se decide a entrar en el hospital.

Estado actual. — Estado caquético, piel amarillenta un poco elástica, ha disminuido mucho de peso, la orina arroja un poco de albúmina.

En el abdómen se nota a la inspección una cicatriz infra umbilical, resto de su primera operación.

A la palpación, se nota un tumor dos traveses de dedo por debajo del reborde costal en la línea media y algo hacia la derecha, tumor como un huevo, algo doloroso, movable, descendiendo al hacerle tomar una mezcla efervescente. La percusión da la sonoridad del estómago por debajo del ombligo.

Haciendo tomar líquido se nota clapotemen; después de una comida de prueba se hace el análisis del jugo gástrico.

Operación. — Incisión supra-umbilical. El estómago está muy dilatado; al nivel del píloro y curvatura menor se nota un tumor grande como una pequeña naranja, con los ganglios del gran epiplón aumentados de volúmen y adheridos con el epiplon al tumor. Abierta

la cavidad de los epiplones se explora el estómago, que es movable.

Todos los tiempos de la operación son como los anteriores, siendo de notar que había adherencias con el páncreas. Se deja drenage.

Examen de la pieza.— Tumor que comprende la región del píloro y curvatura menor, estando el gran epiplón reflejado y adherido a la cara lateral del tumor, la serosa lisa y su cara anterior faltando en la parte que adhería al páncreas, donde el tejido es muy friable; la pieza extraída comprende más de la mitad del estómago y cuatro centímetros de duodeno. La incisión transversal deja ver una mucosa llena de mamelones, fungosa e irregular, estando el píloro muy estrechado, todas las capas muy hipertrofiadas. La infiltración neoplásica avanza poco en el duodeno, el corte se ha hecho en partes sanas, del lado del estómago se nota también el límite entre la parte normal y la infiltrada. El todo comprende dos terceras partes de estómago y cuatro centímetros de duodeno.

Marcha post-operatoria.— Tuvo vómitos las veinticuatro primeras horas, el segundo día vomita solo una vez. Comenzó a tomar pequeñas cantidades de líquidos.

Suero e inyecciones estimulantes los primeros días; el tercer día no presentando ninguna novedad del lado del abdomen, se saca el drenage definitivamente; poco a poco aumentando la alimentación, sale de alta a los diez y seis días, completamente curada, comiendo de todo.

Anestesis clorofórmica.

Sexto caso

Simón Castellanos, 60 años. Ingresó Agosto 21 de 1906.

Antecedentes sin importancia. — Hace próximamente dos años notó que sus digestiones no se hacían bien; después de las comidas sentía plenitud del estómago, y una sensación de calor que le subía del estómago a la boca; algunas veces tenía vómitos después de comer, pero hace ocho meses que ha comenzado a sentirse peor; tiene dolores en la región epigástrica, que se le calmaban con aplicaciones calientes y ligeros purgantes; los vómitos son frecuentes; solo se alimenta con líquidos; pero en vista de que, como él dice, los medicamentos no le mejoran, por consejo médico decide entrar al Hospital.

Estado actual. — Estado caquético. A la inspección de su abdomen no se aprecia nada, la palpación permite apreciar un tumor en la línea media, extendiéndose más a la derecha que a la izquierda por debajo del reborde costal, movable y que desciende haciéndole tomar una mezcla efervescente.

La percusión da un estómago por debajo del ombligo.

Operación. — Posición lordosis pronunciada, incisión supra umbilical, una vez abierto el abdomen se ve el estómago muy dilatado, y un tumor grande como una pera que comprende el píloro y pequeña curvatura.

Se incinden los epiplones y se explora el estómago que es movable, se liga la coronaria en la vecindad del cardia, se liga en paquetes el epiplón gastro-cólico y la arteria gastro-epiploica izquierda.

Se colocan cuatro clamps, se incinde dejando un muñón suficiente para hacer la primera sutura sin sacar los clamps, se separa hacia la izquierda el muñón que comprende el tumor envuelto en compresas de gasa fijada con pinzas, se abandona un momento este muñón. Se limpia con gasa el borde de la herida, se hace la

primer sutura comprendiendo todas las capas del estómago, se hace una segunda sutura en la misma forma, se pasa un poco de tintura de iodo, se retiran los clamps y se hace una sutura sero-serosa. En la primer sutura completa se usa seda gruesa, y en las serosas mediana.

Se toma nuevamente el muñón que ha quedado envuelto en las compresas, se separan algunas adherencias que tiene con el páncreas, se ligan los vasos (gastro duodenal epiploica derecha), se separa el duodeno, se colocan dos clamps y se incinde entre ellos, se deja un espacio suficiente para poder hacer la primer sutura sin retirar el clamps.

Mientras un ayudante tiene con sus dos manos la parte de estómago que quedó, otro aproxima el duodeno a la cara posterior e inferior del estómago, se hace la parte posterior de la sutura sero-serosa, se pasa un poco de iodo, se incinde el estómago en una extensión proporcional al duodeno, se saca el clamps del duodeno, se hace una doble sutura completa con seda gruesa, se pasa un poco de iodo y se termina la sutura sero-serosa. Se ponen algunos puntos sero-serosos, se fija el epiplón y se sutura la pared en tres planos.

Marcha post-operatoria. — Tiene vómitos los cuatro primeros días; se le hacen inyecciones de suero, 1.500 gramos al día, inyecciones de cafeína y aceite alcanforado y enemas alimenticios; al segundo día se le hace lavaje de estómago, sacando un líquido negruzco; se continúan los lavajes hasta el cuarto día y comienza a tomar pequeñas cantidades de líquidos. El sexto día se le da a tomar extracto de carne, consommé y extracto de carne, y sigue poco a poco aumentándose la alimentación, hasta que es dado de alta un mes después de operado, habiendo aumentado de peso.

Examen de la pieza. — Tumor bilo-bulado sobre el píloro y la curvatura menor, comprendiendo parte del duodeno, cuatro centímetros, y estómago más de la mitad, en corte oblicuo con toda la curvatura menor, epiplón gastro-hepático y ganglios indurado, así como parte del epiplón gastro-cólico. Cortado transversalmente se nota la mucosa anfractuosa y llena de fibrosidades, el píloro está muy estrechado, todas las capas engrosadas, notándose del lado del estómago claramente los límites de la lesión, a cinco centímetros del sitio de que se ha hecho la incisión, del lado del duodeno se nota poca infiltración, limitada a dos centímetros del píloro.

Anestesia clorofórmica.

ARTURO CUEVILLAS.



Buenos Aires. Agosto 19 de 1914.

Nómbrese al señor Académico Dr. Diógenes Decoud, al Profesor titular Dr. Pascual Palma y al Profesor suplente Dr. Carlos Robertson, para que, constituidos en Comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

L. GÜEMES

J. A. Gabaston
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

1.ª Indicación de la pilorectomía en las lesiones cicatriciales estenosantes.

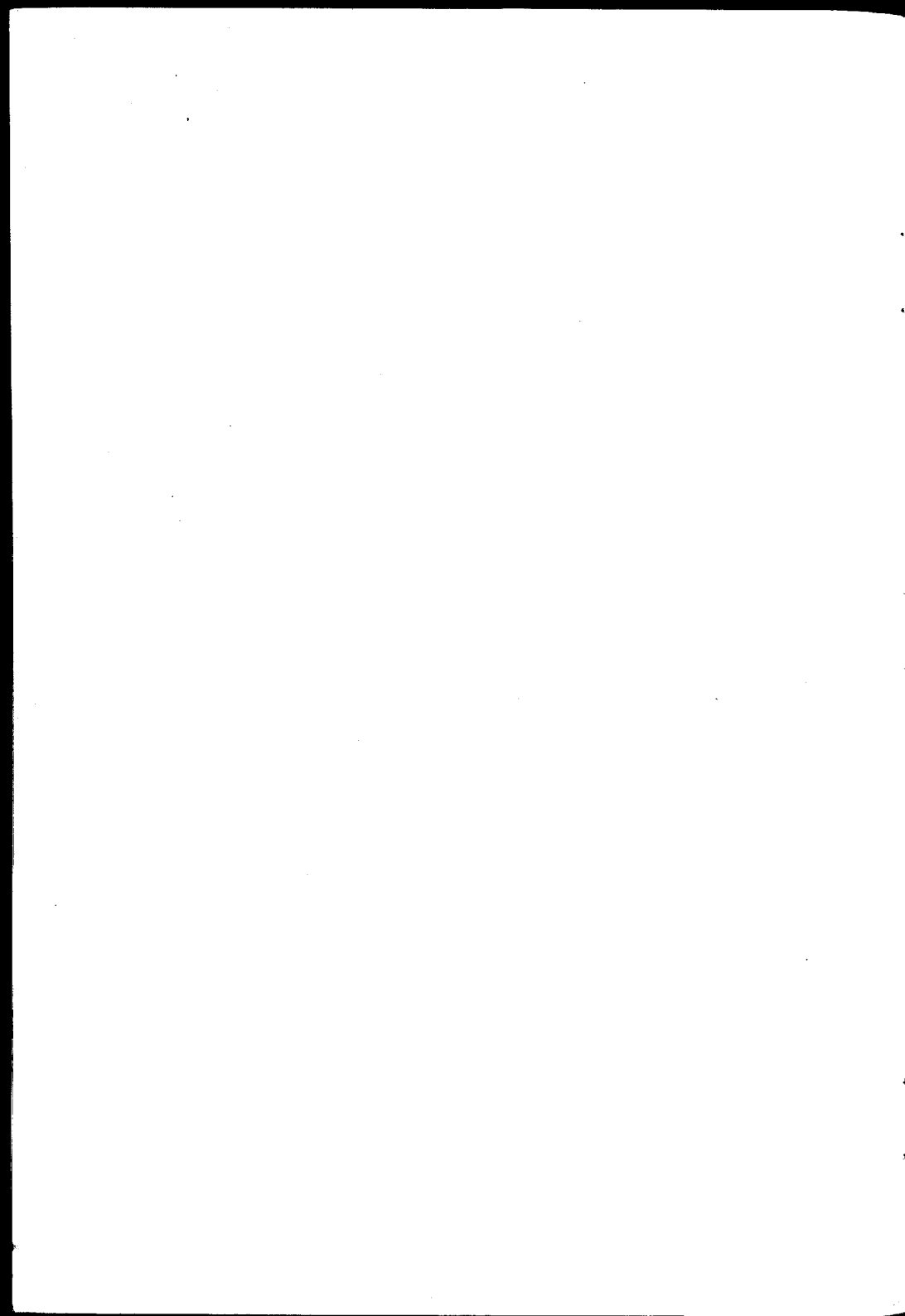
D. DECOUD

2.ª Bibliografía nacional relativa a la pilorectomía.

P. PALMA

3.ª Exámenes radioscópicos en las afecciones gastro duodenales.

ROBERTSON

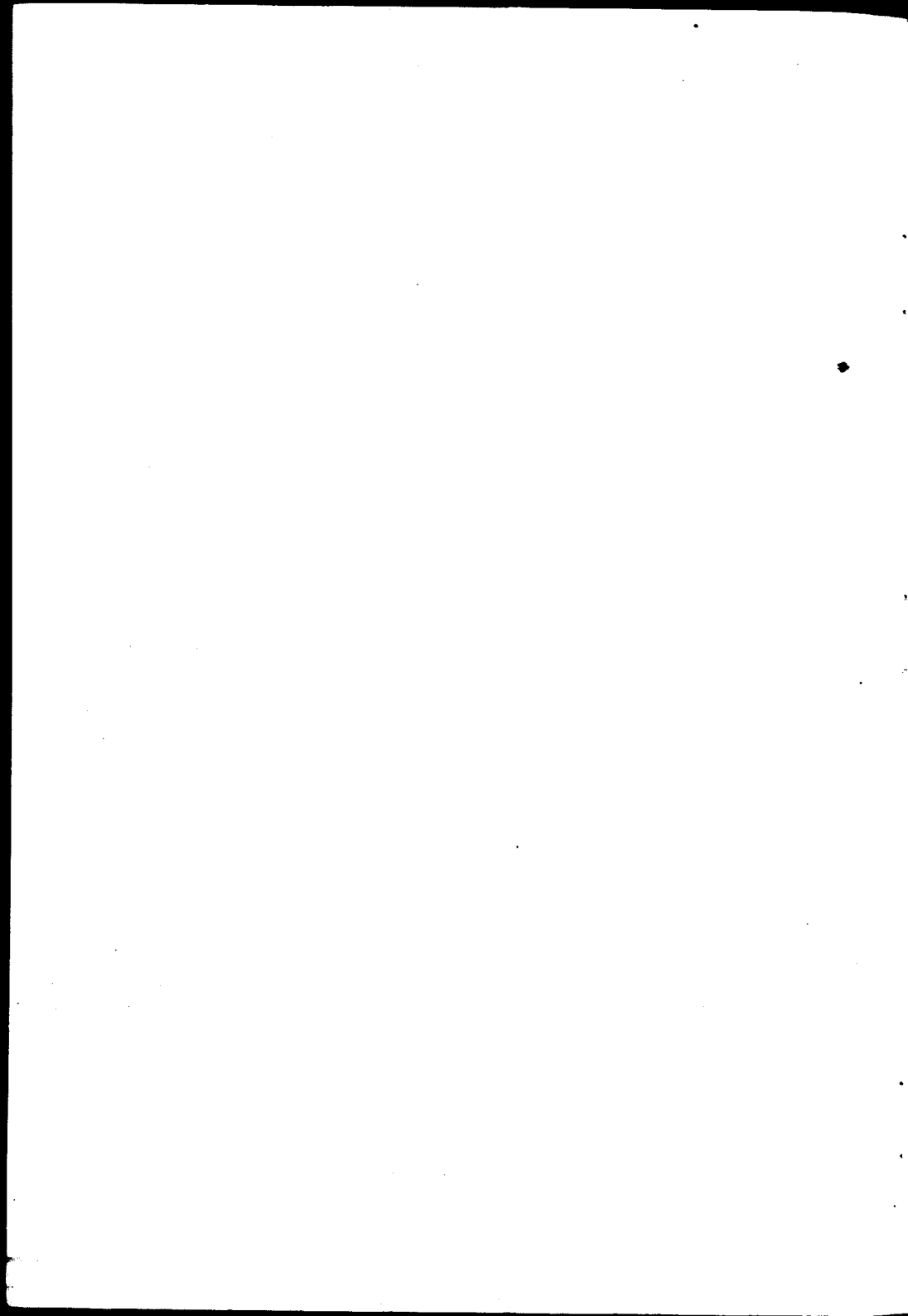


Buenos Aires, Septiembre 1 de 1914

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N° 2875 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES

J. A. Gaboston
Secretario



BIBLIOGRAFÍA

- F. J. Collet.* — Patología interna.
Dieulafoy. — Patología interna.
A. R. Egaña. — Tesis presentada en 1910.
Brouardel, Gilbert y Thoinot. — Cáncer.
Brouardel, Gilbert y Thoinot. — Maladies de L'Estomac.
Le Dentu y Delbet. — Affections chirurgicales de L'Abdomen.
Ch. Monod y J. Vanverts. — Operatoire.
M. Guivé. — Chirurgie de L'Abdomen.
Doyen. — Quirurgies.
Kocher Th. — Manuale de chir operatoire.
Hartmann H. — Chirur gastro-intestinale.
Gutiérrez Av. — Neoplasias del píloro y pilorectomía.
Uballes J. A. — Estrecheces del píloro. Tesis año 1899.



30360

