

Revista Médica de Bogotá

PUBLICACION MENSUAL

DIRECCION

DRS. JOSE M. MONTOYA - JULIO MANRIQUE - GONZALO ESGUERRA GOMEZ
AGUSTIN ARANGO Y DARIO CADENA

Vol. XLIV

Bogotá-Colombia S. A. Abril, 1935

N. 524

ALGUNAS OBSERVACIONES

SOBRE EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL ULCUS GASTRO-DUODENAL EN CLIENTELA HOSPITALARIA

Presentado a la Academia Nacional de Medicina por los doctores Miguel A. Rueda Galvis y Hernando Anzola Cubides.

En nuestra vida hospitalaria; en el servicio del doctor Rueda Galvis del pabellón Ragonesi, y en la consulta externa del hospital San José, hemos seguido un gran número de pacientes atacados de úlcera gastro-duodenal. De entre ellos tomamos los casos clínicos que motivan la presente monografía.

Al presentarla a la consideración de la Academia de Medicina, no pretendemos decir en ella nada nuevo, ni mucho menos que nuestras conclusiones sean tomadas como irrefutables: resumen las ideas que actualmente priman en nuestro ánimo respecto de un problema tan ampliamente tratado, y siempre discutido.

Si hemos escogido un tema tan vasto y estudiado, es justamente movido por el deseo de conocer la opinión que al respecto tengan formada nuestros maestros, cuya larga práctica y cuyas estadísticas infinitamente más numerosas que las nuestras, iniciadas apenas hace pocos años, deben haberles aportado conocimientos que les lleven a conclusiones posiblemente distintas de aquellas que escuchamos en nuestra ya lejana época de estudiantes.

Como entre nosotros las publicaciones son escasas no hemos podido darnos cuenta de la evolución de este asunto en nuestro país, que bien pudiera ser distinta, por las condiciones étnicas, raciales y otras de diversa índole, que colocan la medicina nacional en una situación diferente de aquella en que se encuentra la patología europea.

Consideraríamos bien recompensado este esfuerzo solamente con que determinara el punto de partida de un análisis, de donde pudiéramos beneficiarnos.

En el desarrollo de este tema no hemos podido prescindir de un esbozo histórico del úlcus gastro-duodenal; muestra el interés que ha des-

pertado en el campo científico desde los memorables trabajos de Cruvelhier hasta nuestros días; muestra también de la constante evolución del problema a medida que se perfecciona la experimentación y que se trata de aclarar su patogenia.

De ahí que tampoco olvidemos mencionar las teorías diferentes, todas llenas de interés, respecto a la patogenia, y que dejan siempre interrogantes que son otros tantos puntos abiertos a la investigación. Del estudio de los síntomas hacemos una síntesis que aclara el valor que a cada uno de ellos se le concede, y concluimos, de acuerdo con las ideas que estos estudios nos han dejado en el ánimo, con un análisis del tratamiento y dejamos a la crítica de la honorable Academia los resultados que a manera de conclusiones consignamo en este trabajo.

El *ulcus gástrico* ha tenido diversos nombres: *úlcera simple*, *úlcera redonda*, *úlcera perforante*, *úlcera péptica*, denominación esta última usada hace bastante tiempo pero que no ha prevalecido, y de común acuerdo se ha reservado únicamente a la *úlcera* que se desarrolla sobre una boca de *gastro-enterostomía*. Los médicos alemanes e ingleses, para hacerle un justo homenaje a quien aisló la enfermedad y describió la *úlcera crónica*, han propuesto llamarla enfermedad de Cruvelhier. La historia de la *úlcera del estómago* comienza en efecto con Cruvelhier en 1829. Anteriormente se confundía el *cáncer* con la *úlcera*. Cruvelhier tuvo el gran mérito de diferenciar cada uno de estos procesos gástricos y dar los grandes caracteres clínicos y anatómicos al mismo tiempo que precisar las indicaciones terapéuticas. Rokitsansky, en 1839, confirmó las conclusiones sacadas por Cruvelhier y más tarde dos médicos ingleses, Brinton en 1864, y Fenwick, contribuyeron con sus importantísimos trabajos al esclarecimiento de la enfermedad que nos ocupa.

Los libros clásicos exponen con deleite las numerosas teorías propuestas para explicar la patogenia de la *úlcera*. Cada una de estas teorías se limita sobre todo a indicar algunos de los mecanismos patogénicos que presiden la formación de ulceraciones.

Aparece como verdadero que el *ulcus gástrico* se desarrolla a expensas de una *ulceración aguda* o *sub-aguda* realizada inicialmente por algunos de los procesos morbosos que pueden dar lugar a irritaciones de la mucosa *gastro-duodenal*.

La *neuritis* de los nervios del estómago, sea en sus terminaciones o en sus troncos; las enfermedades orgánicas del sistema nervioso central que atacan los orígenes del aparato nervioso gástrico, han sido invocados como causas posibles de *ulceraciones neurotróficas*, análogas al mal

perforante plantar en los tabéticos. Esta hipótesis parece encontrar sus argumentos en el hecho de haberse observado su presencia en sujetos tabéticos o también por la aparición de trastornos dispépticos con hemorragia gástrica en algunos antiguos tabéticos. Admitiendo que esta patología sea posible, no puede corresponder a todos los casos de úlcus.

Los experimentadores han podido realizar pérdidas de sustancias en la mucosa gástrica, de las cuales algunas tienen el aspecto del úlcus franco, pero hasta el presente, a pesar del número considerable de estudios y averiguaciones dirigidas en este sentido no se ha podido llegar a realizar en definitiva las condiciones de "persistencia de la úlcera simple".

Para estudiar el mecanismo de esta persistencia se han invocado los factores morbosos más diversos:

a) Cruvelhier, más tarde Laveran y Galliard, subordinaban la formación y luego la persistencia del úlcus a una gastritis. Por el contrario, Hayem y Lyon han demostrado por exámenes histológicos sucesivos que la úlcera puede existir sin lesiones de gastritis. En realidad parece demostrado que la gastritis no es una condición *sine qua non* para la producción de la úlcera en todos los casos; representa en algunos un terreno propicio para el desarrollo y para la persistencia de ella; y la inflamación e infección extensiva de la mucosa gástrica producida por la infección que parte de la úlcera (foco séptico), prepara el terreno para el crecimiento de la lesión en superficie.

b) El hecho principal específico, por llamarlo así, que corresponde al jugo gástrico y a la auto-digestión de la mucosa estomacal, no ha sido confirmado hasta el presente de una manera definitiva. Solamente algunas porciones del tubo digestivo en contacto con el jugo gástrico, sea normalmente, sea anormalmente (parte inferior del esófago en los estados dispépticos con regurgitaciones estomacales frecuentes, yeyuno después de gastro-enterostomía), son los sitios exclusivos para la úlcera simple. Es en el antro-pilórico, es decir, en la región donde la mucosa está el mayor tiempo en contacto con la masa alimenticia impregnada al máximo de jugo gástrico donde se sitúan la mayoría de las úlceras. Pero la hiperclorhidria y la hipersecreción del jugo gástrico son hechos muy triviales si se tiene en cuenta el número de úlceras; por otra parte no hay que olvidar que existen numerosos ulcerosos cuyo jugo gástrico es hipoclorhídrico o normoclorhídrico aun en las fases clínicas iniciales de la evolución de la enfermedad. (Enríquez).

c) Para que la ulceración perdure y siga una marcha crónica es indispensable otro factor patogénico que es: la disminución de la resistencia de la pared estomacal a la autodigestión.

Estas causas de "menor resistencia" han sido consideradas bajo diversos puntos de vista: Algunos experimentadores han invocado un déficit en la secreción del mucus por las glándulas correspondientes. (Este mucus desempeña un papel protector contra la acción del jugo gástrico

—Kaufman—); otros han supuesto que, en estado normal, la mucosa del estómago secreta una antipepsina cuya acción se opone a la auto-digestión, y cuya ausencia favorece el ataque de la pared (Katzenstein); y en fin, algunos otros han considerado que los déficit de la resistencia general de los enfermos (sífilis especialmente), son factores principales de la auto-digestión.

d) Las experiencias de Ramond y Popovivi sobre el poder de eliminación de la mucosa del tubo digestivo practicadas en el curso de estos últimos años nos aclaran algunos puntos sobre la fisio-patología del trayecto gastrointestinal, y pueden darnos aclaraciones sobre la etiología del úlcus.

Las resumiremos a fin de justificar algunas conclusiones que hemos obtenido de su estudio detallado:

Sustancias colorantes inyectadas en la circulación venosa de un animal de laboratorio, en dosis suficientes pero no tóxicas, como el azul de metileno; de cuerpos solubles como el salicilato de soda, algunos yoduros, bromuros, o sales de hierro, de mercurio, de cobre, de bismuto, etc., son eliminadas de manera precoz, 5 a 10 minutos más o menos, por la mucosa gástrica, bulbo-duodenal y ceco-apendicular. Las otras regiones restantes no eliminan, o lo hacen en una forma insignificante: mucosa del resto del duodeno, del intestino delgado, y sobre todo del intestino grueso y del recto.

La experimentación prueba, además, que en el curso de la eliminación y sobre todo al fin de ella, la mucosa del trayecto intestinal que no elimina, comienza a ejercer al cabo de unos 15 minutos, un poder de absorción que llega al máximo a los 40 o 50 minutos. Esta absorción se efectúa, pues, en particular, por la mucosa del intestino delgado y del intestino grueso.

A dosis débiles estas sustancias atraviesan el intestino sin perjuicio para la mucosa, pero a dosis fuertes, y sobre todo para algunas de ellas, como el mercurio o el cobre, las lesiones son notorias y pueden ir de la simple congestión a la ulceración más o menos profunda.

La eliminación de algunos compuestos químicos que se encuentran normalmente en la circulación: la urea, el ácido úrico, el ácido oxálico, etc., inyectadas a dosis fuertes, se hace rápidamente por las mucosas eliminadoras digestivas.

Estas sustancias no son excretadas sino cuando han llegado a una "concentración suficiente" dentro del torrente circulatorio. La eliminación de las sustancias químicas se hace más rápida, puesto que inmediatamente después de inyectadas se encuentran en estado de concentración suficiente para ser eliminadas; por el contrario, una sustancia creada por la economía como la urea, gastará un mayor tiempo para llegar a ese estado.

La eliminación de microbios varía por tratarse de organismos provistos de vitalidad y potencial propio que hacen que su excreción no sea

tan simple como la de los productos químicos, aunque en general estén sometidos a las mismas leyes. Por ejemplo, la inyección intravenosa de bacilo pyociánico en la vena marginal del conejo provoca una eliminación casi inmediata del bacilo a través de la mucosa gástrica, bulbo-duodenal y ceco-apendicular. Al poco tiempo la eliminación se detiene y quedan algunos microbios inmóviles en el organismo: en el bazo, ganglios, etc., donde continúan su desarrollo. A un momento dado pasan numerosos de nuevo a la circulación y vuelven otra vez a ser excretados por la mucosa digestiva. El ciclo se reproduce hasta tanto que el organismo haya adquirido un poder de bactericididad suficiente para dominar la infección.

La eliminación de elementos extraños al organismo en pequeñas dosis, como el hierro, el mercurio, el cobre, etc., o a dosis normales como la urea, el ácido úrico, etc., se efectúa sin lesión clínica ni anatómica de la mucosa. Es lo que pasa al estado normal, pero no sucede lo mismo cuando estas dosis han sido introducidas y eliminadas en exceso. En este momento la eliminación a través de la mucosa será más o menos nociva e irritante: de donde resulta reacción anatómica por una parte y manifestaciones dolorosas por otra. Así pueden crearse procesos anatómicos diferentes: en el estómago las diversas gastritis, luego la ulceración aguda, sub-aguda y crónica; en el duodeno, las duodenitis, la úlcera del bulbo, la peri-duodenitis; en el apéndice y en el ciego la apendicitis, la tiflitis y la colitis derecha.

La eliminación microbiana por las mucosas digestivas eliminadoras es causa de manifestaciones clínicas análogas. Dieulafoy da una importancia capital al papel que desempeña la infección en algunos casos de úlcera gastro-duodenal. Jalaguier considera que la apendicitis está precedida la mayor parte de las veces de una infección general. Pauchet insiste en la frecuencia con que se presentan la apendicitis y las úlceras gastro-duodenales, y atribuye a la mayoría de los casos una etiología infecciosa.

De lo anteriormente expuesto deducimos que en la etiología del úlcus debe considerarse como base un terreno (diátesis ulcerosa), cuyas causas pueden ser en unos individuos un desequilibrio neuro-vegetativo, en otros un mal funcionamiento glandular, y en fin, en otros, variaciones en el equilibrio ácido básico. Cada uno de estos factores o la agrupación de ellos pueden ser causas determinantes para que pasen al torrente circulatorio substancias tóxicas, químicas o microbianas que al ser eliminadas por las mucosas digestivas produzcan irritaciones más o menos profundas.

En resumen: un terreno especial insuficiente glandular, o con variaciones patológicas en su equilibrio ácido-básico, o que presente un desequilibrio neuro-vegetativo, es en donde, por procesos más o menos diferentes, según los casos y según las causas, se crea la irritación primera de la mucosa gastro-duodenal, la cual, agravada por la disminu-

ción de resistencia de las paredes y por exceso de secreción gástrica (período reaccional de toda irritación), va a desarrollarse con todos sus caracteres clínicos y radiológicos la úlcera de Cruvelhier.

Considerando desde este punto de vista la enfermedad ulcerosa, su sintomatología clínica debe comenzar con la irritación simple de la mucosa, de preferencia de la del antro y bulbo-duodenal (gastritis, duodenitis), que se traduce por accidentes dispépticos variados que tienen los caracteres que corresponden al cuadro clínico de las dispepsias hiperesténicas. Este estado corresponde al primero de la enfermedad.

La úlcera, una vez constituida, se revela netamente por su evolución en periodos dolorosos seguidos de intervalos de calma. Estos periodos tienen caracteres propios que merecen ser considerados como el síntoma esencial.

Estudiaremos esos caracteres: el período doloroso de la úlcera es en la mayoría de las veces de 15 días a un mes; raras veces de 8 días, y más raro aún, de más de 2 meses. Durante ese tiempo el enfermo sufre permanentemente sin un día libre, sin un día de descanso, y sus dolores son notoriamente post-prandiales y más o menos tardíos, según los casos. Durante uno de estos períodos el estado general del enfermo está claramente atacado.

El comienzo de un período de crisis es bastante brusco: un día el enfermo es sorprendido por un dolor vivo que sigue presentándose después de las comidas, por un tiempo indeterminado. El final es igualmente brusco, y el enfermo sigue aliviado de ahí en adelante. Comienza entonces una fase de calma que puede ser de varios meses y hasta de algunos años. Luego recomienza un nuevo ciclo evolutivo. Los periodos dolorosos pueden repetirse con un intervalo totalmente irregular; dependen de factores aleatorios que debiliten o que influyan sobre el estado general del enfermo.

En un período doloroso el enfermo sufre por crisis de dolor: más o menos violentos de carácter tardío, cuyo horario depende de causas diversas, pero que están siempre separadas de las comidas por un intervalo libre sin dolores.

Evolución por períodos dolorosos de varias semanas en el año, evolución por crisis de dolores tardíos en el día, son los dos caracteres que constituyen la fisonomía clínica de la úlcera. Ninguna otra enfermedad con manifestaciones dolorosas epigástricas evoluciona de esta manera.

En efecto, la úlcera aparece como una enfermedad que evoluciona por épocas; cada una se acompaña localmente de congestión, edema, irritación, etc., causas que producen los espasmos y los dolores. Durante estos períodos evolutivos es cuando la lesión sangra y se perfora,

es cuando hay que evitar en cuanto sea posible la intervención, que se haría "en caliente".

Si durante las épocas de calma se controla bajo la pantalla o en la radiografía, único control científico con que se cuenta hoy día, se verá que las deformaciones no han cambiado: la úlcera está presente dispuesta a producir un nuevo período doloroso.

En cuanto a la forma de los dolores: sensación de quemadura, de distensión, de calambre, etc., puede en algunos casos estar reemplazada por sencillos malestares epigástricos acompañados de salivación, náuseas, etc.

Estos signos no constituyen un síntoma sobre el cual pueda basarse una seguridad. Es sin embargo el dolor "calambre" la forma dolorosa más frecuente. En los casos en que ésta es muy fuerte el enfermo trata de comprimir su abdomen con las manos, y acostado se encurva para tratar de comprimir su vientre con las rodillas. Algunas veces con esta compresión obtiene un alivio.

Las irradiaciones dolorosas varían extraordinariamente y guardan íntima relación con la antigüedad y complicaciones inflamatorias de la úlcera y son influenciadas la mayoría de las veces por la localización de la lesión ulcerosa y la extensión de las adherencias. Infiuye de manera decisiva en la interpretación de los dolores el estado psíquico del enfermo.

El horario de los dolores es un signo ínfinitamente más importante; el ulceroso sufre de un dolor tardío separado de las comidas por un tiempo variable, una hora a cuatro horas por término medio, tiempo durante el cual el enfermo se siente bien o al menos mejor que en otros momentos del día. En la mayoría de los casos el enfermo come y se alivia. El carácter de "tardío" no es un signo patognomónico del úlcus; traduce únicamente una reacción de la región pilórica motivada por una irritación cualquiera, local, vecina o lejana.

En resumen: la fisonomía clínica de la úlcera se traduce por su evolución en períodos dolorosos seguidos de épocas de calma largas y netas. Esta manera de sufrir es especial a la úlcera duodenal o gástrica. Es la más importante, la más constante y la más precisa de sus características.

El valor de estos caracteres ha sido durante mucho tiempo ignorado o por lo menos no ha sido considerado en su justo valor: Cruveilhier no habla de él; Bucquoy (1837) en su estudio sobre la úlcera duodenal señala la evolución de esta enfermedad, por períodos de signos gástricos y de enterorragias, pero no le ha llamado la atención al carácter evolutivo en períodos para utilizarlos como elemento de diagnóstico entre la úlcera y las otras enfermedades gástricas. Dieulafoy no habla de la evolución periódica en su tratado de patología interna (1894); Hayem y Lyon (enfermedades del estómago), las señalan de paso: "En la mayoría de los casos la afección está constituida por una

serie de fases de calma y de actividad. Las fases de calma pueden ser bastante largas y tan completas como para dar durante ellas la ilusión de la curación”. Soupault (Tratado sobre enfermedades del estómago y del duodeno, 1913), dice que a pesar de no llevarse régimen alguno “en el intervalo (de los períodos dolorosos), todo trastorno dispéptico desaparece y la salud es tan completa que no hay necesidad de tener ninguna precaución dietética”; pero Soupault no le da a este carácter el valor diagnóstico primordial que nosotros creemos se le debe atribuir.

En la descripción de Mathieu (estudios de patología gastro-intestinal, 1918), la periodicidad en la evolución no cuenta para él entre los signos característicos de la úlcera, y agrega que los signos de la úlcera son los mismos de una dispepsia dolorosa con crisis gástricas intensas y períodos paroxífticos con vómitos de hipersecreción”.

En la última edición del tratado de Mathieu y J. G. Roux (edición 1923), bajo el título “la forma común de úlcera gástrica”, el *ulcus* es caracterizado por una dispepsia dolorosa, con vómitos, hemorragias, hipersecreción, y espasmo pilórico. La periodicidad no es mencionada como elemento diagnóstico sino que única y muy justamente está anotada como un dato capital de pronóstico, que es necesario conocer para juzgar de la curación de la úlcera.

El primero que llamó netamente la atención y dió el valor semiológico que corresponde al carácter exclusivo de la úlcera fue Moynihan, en su tratado de la úlcera gástrica y duodenal (traducción Pauchet, 1924). Dice: “La úlcera gastro-duodenal se revela por síntomas cuyo carácter esencial son las alternativas de enfermedad y de salud; mejor dicho, el síndrome de *ulcus* es constituido por períodos de crisis dolorosas separados por intervalos de calma y de curación aparente.

Guttman (Los síndromes de la región epigástrica, 1930), es categórico: “No solamente la evolución por períodos de crisis dolorosas es característica del *ulcus*, sino que, estudiando profundamente los caracteres de estos períodos, se deduce que éstos tienen una fisonomía clínica tal como no la presenta otra enfermedad. De donde se desprende que es la evolución por períodos de crisis el signo característico y específico de la úlcera.

Después del síntoma que acabamos de analizar en detalle y que constituye para nosotros la base del diagnóstico clínico, estudiaremos el síntoma vómito, que aunque no constante, es considerado por los clásicos como el segundo de la triada sintomática de Cruvelhier: dolor, vómitos, hemorragias.

La frecuencia de los vómitos es variable de un enfermo a otro, y tiene más íntima relación con la susceptibilidad neuropática del enfermo que con la naturaleza de la lesión.

Los vómitos precoces están bajo la dependencia de una hiperestesia común del estómago; por el contrario, los vómitos tardíos presentan con la úlcera conexiones más íntimas: estos vómitos fáciles o difi-

ciles, alimenticios o nó, abundantes o escasos, calman en general el dolor tardío que los precede. Numerosos enfermos los provocan para librarse más pronto del dolor.

El síntoma vómito no es patognomónico de la úlcera. Se presenta en todos los estados irritativos de la mucosa y varía de una manera notable con la constitución psíquica del paciente.

La hemorragia gástrica (hematemesis o melena) completa la triada sintomática de la úlcera. Actualmente la hemorragia gástrica o duodenal es considerada como una complicación más que como un síntoma. Dice Guttman: "La hemorragia no hace parte del síndrome ulceroso. Si insistimos sobre esta noción, es porque a cada instante se ven médicos que dudan o se asombran de que se haga un diagnóstico de úlcera en un enfermo que no ha tenido hemorragia". Es imposible fijar la proporción exacta de las hemorragias en la úlcera. Los porcentajes en las diversas estadísticas muestran diferencias muy grandes debido a que unas son hechas sobre casos no operados, y otras son basadas sobre casos en los cuales la intervención ha confirmado el diagnóstico clínico.

Otras afecciones de sintomatología análoga a la de la úlcera pueden dar lugar a gastrorragias; el diagnóstico basado sobre la presencia de hematemesis o melena puede estar sujeto a equivocaciones.

En cuanto al valor diagnóstico del análisis del jugo gástrico en el síndrome ulceroso, debemos anotar que la mayoría de los especialistas han renunciado a contar sobre su estudio para precisar el diagnóstico de las enfermedades del estómago y especialmente del de la úlcera.

En el síndrome ulceroso la hiperclorhidria es frecuente, pero lo es igualmente en las dispepsias hiperesténicas; en ambos casos puede ser igualmente alta.

La ausencia de hiperclorhidria no es tampoco un síntoma que permita eliminar el diagnóstico de *ulcus*. La estadística de Friedenwald dá 230 casos sobre 1.000 estudiados; Moynihan (*Las úlceras gástricas y sus tratamientos*, 1921), dá un 20%. La aclorhidria tampoco es excepcional: Numerosas estadísticas dan cifras más o menos análogas.

No podemos negar el valor del estudio del quimismo gástrico en relación con el tratamiento: sabido es que la hiperclorhidria aumenta los dolores y necesita tratamiento especial. También su importancia bajo el punto de vista científico y patogénico es importante, pero no presenta mayor interés diagnóstico.

Tales son en líneas generales las características del síndrome ulceroso que corresponden a la primera etapa del diagnóstico: En realidad es necesario resolver dos puntos: ¿existe una úlcera?; ¿cuál es su localización? A la primera pregunta se puede responder clínicamente, como acabamos de verlo por el estudio somero de sus síntomas: a la segunda, es muy difícil de responder clínicamente, y en la inmensa mayoría de los casos sólo por medio de la radiografía se puede hacer el diagnóstico de la localización.

Como en los tratados didácticos existen capítulos extensos dedicados al diagnóstico clínico de la localización, no podemos dejar de mencionar en este estudio, aunque sea de una manera muy superficial, algunos síntomas diferenciales de importancia entre el *ulcus gástrico* y el *ulcus duodenal*, advirtiendo de paso que estos síntomas no son suficientes para llevar al espíritu una seguridad, y que para obtenerla es necesario recurrir a la radiografía.

El dolor, en la úlcera del duodeno, tiene la evolución típica que hemos estudiado anteriormente: se revela por períodos de dolores tardíos, con intervalos de calma. El horario de éstos es más o menos fijo para un mismo enfermo: se presentan aproximadamente a las mismas horas después de las comidas. El horario absoluto, es decir, el momento del dolor comparado entre diversos enfermos atacados de úlcera duodenal de análoga situación es menos fijo, lo que no puede decirse en los enfermos atacados de úlcera del estómago.

Las estadísticas indican, en la mayoría de los casos, que el momento de aparición del dolor en el *ulcus duodenal* varía de 2 a 5 horas después de las comidas. Enríquez y Durand llaman al dolor que aparece después de la quinta hora "dolor ultra-tardío". No se puede obtener de este signo ninguna precisión; sin embargo, un dolor precoz (primera hora) está más bien en contra del diagnóstico de úlcera duodenal; y es raro observar un dolor ultra-tardío (quinta hora) en una localización alta.

La duración del dolor es un carácter quizá más especial: persiste en la localización duodenal hasta una nueva comida; si no es absorbido ningún alimento antes de ella, el dolor de la tarde dura hasta por la noche. Es justamente lo que constituye el "ritmo a 3 tiempos": comida, calma, dolor (y así sucesivamente); diferente del *ulcus gástrico*, donde el dolor realiza un "ritmo a 4 tiempos": comida, calma, dolor, calma; (y así sucesivamente).

Este esquema de Moynihan no es absoluto, como no lo es en medicina ningún postulado; sin embargo se dá gran utilidad, porque corresponde a la mayoría de los casos.

Los vómitos no son muy frecuentes en la úlcera del duodeno; en todo caso lo son mucho menos que en los *ulcus gastro-pélicas* o de la pequeña curva. En general cuando se presenta no es alimenticio; es ácido, abundante y fácil.

El examen del jugo gástrico después de comida de prueba dá, en el *ulcus duodenal*, una fuerte hiperclorhidria sobre la acidez total y sobre el ácido clorhídrico libre, en la mayoría de los casos. Pauchet atribuye a este signo un gran valor diagnóstico. Es un signo interesante, pero, como lo hemos dicho más arriba, una acidez elevada no es específica de la úlcera duodenal ni de ninguna otra; la acidez puede estar normal o aún disminuída, cualquiera que sea la localización (Godard).

Referente al examen radiológico, debemos insistir en que éste es necesario para el diagnóstico de la localización. Y al respecto solamente

diremos que la radioscopia es indispensable para el examen del funcionamiento pilórico, de la evacuación del estómago, etc., pero en cuanto a la localización propiamente dicha, que es en suma el hecho capital, la radiografía es irremplazable: son numerosísimos los casos de úlceras, especialmente duodenales, que pasan inadvertidas en exámenes radioescópicos hechos aún repetidas veces y que un buen clisé los indica inmediatamente. Y solamente diremos estas pocas palabras referentes a un tema tan dilatado y apasionante. Lo hemos mencionado expresamente con el objeto de dejar definida esta noción: para el diagnóstico de la localización de la úlcera es necesaria una buena radiografía.

La úlcera puede evolucionar de diversas maneras:

Primero: Hacia la peri-viceritis.

La peri-gastritis, que puede ser más o menos extensa y terminar por la verdadera sínfisis de la pared del estómago a los órganos vecinos, engendra un síndrome doloroso permanente dentro del cual aparecen períodos más agudos correspondientes a la evolución propia de la úlcera. Las irradiaciones dolorosas en estos casos dependen de la extensión del proceso adhesivo. La radioscopia del estómago muestra deformaciones de la imagen gástrica producidas por este proceso.

La peri-duodentitis puede predominar y crear el síndrome clásico, también estudiado por Kadrnka y Bardet. (*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif y des Maladies de la Nutrition*, Abril de 1934).

El síndrome peri-visceral puede ser producido por otros factores independientes en absoluto del úlcus; por lo tanto su estudio detallado no cabe en esta monografía.

Segundo: Hacia la estenosis.

La estenosis del píloro puede ser más o menos cerrada y en este caso los signos propios del síndrome pilórico acompañan o se superponen a los del úlcus. Debemos anotar de paso que cualquiera que sea el sitio, sobre el duodeno o sobre el estómago, que esté situada la úlcera, puede acompañarse de signos pilóricos. El hecho de que una úlcera no ejerza acción patológica sobre el funcionamiento del píloro es una noción importante para el diagnóstico clínico de la localización. La causa de esta acción sobre el píloro puede ser directa, es decir, producida por la lesión, que al evolucionar o al ricatrizar se invade o estrecha la región esfinteriana; o puede tratarse de e pasmo únicamente cuando la lesión ulcerosa no se encuentra en su vecindad; o también puede suceder que adherencias venidas del sitio de la úlcera produzcan trastornos de la evacuación pilórica. Todas estas causas pueden agruparse. De donde resulta que todas las úlceras gástricas y duodenales pueden revelarse clínicamente con un aspecto semejante: el síndrome pilórico que ha borrado progresivamente la sintomatología especial a cada úlcus. Aun

radiológicamente, el síndrome de estenosis pilórica es neto y predomina en el cuadro radiológico.

Tercero: La evolución de la úlcera puede ser interrumpida por una complicación:

Las hemorragias constituyen una complicación, no un síntoma. El diagnóstico debe ser precoz antes de que se presente esta complicación. La hemorragia típica de la úlcera duodenal es la "melena", pero la hematemesis no es rara. Su estudio detallado se encuentra en los tratados clásicos.

La perforación de la úlcera es una complicación grave; su frecuencia varía en las estadísticas de los diferentes autores. Se produce por diferentes causas, la mayoría de ellas triviales, por ejemplo: una comida copiosa, un esfuerzo, etc. Sus consecuencias dependen del sitio de la perforación, el tamaño de ésta, el estado general del enfermo, etc.

Kastaign y Doujarrier, en 1908, presentaron al Congreso de Medicina de París un estudio notable sobre las complicaciones de la úlcera del estómago, sobre el cual se han basado los estudios modernos.

Después de haber hecho las anteriores anotaciones, respecto a la etiología, patogenia, diagnóstico y evolución del ulcus, comenzaremos a analizar la parte referente al tratamiento.

Antes de abordar esta cuestión, de importancia suma, nos hemos hecho las siguientes consideraciones:

Hace mucho tiempo que existen innumerables tratamientos para esta enfermedad. En los últimos años, a medida que su estudio patogénico avanza, aumentan los procedimientos, las técnicas, los regímenes y las medicaciones. Deducimos de esto, sin hacer alarde de sagacidad, que ninguno de ellos es, por decirlo así, específico. A pesar de que cada autor presenta estadísticas excelentes para probar la eficacia de su método, ninguno es universalmente considerado como el verdadero tratamiento curativo. Para dar una prueba de nuestra aseveración citamos al azar algunas estadísticas que tenemos a la vista: Glaessner, de Viena, en su trabajo "El tratamiento del ulcus del estómago y del duodeno por las inyecciones hipodérmicas de pepsina, dice: "Un 50% de los enfermos tratados en mi servicio han sido curados". Por estas conclusiones podríamos creer que es un tratamiento muy recomendable. Pero luego, analizando las estadísticas de Leoper y M. Dedebray sobre el mismo asunto (octubre, 1930), dá sobre 110 enfermos tratados un 40% de mejorías, un 24% de fracasos y el porcentaje restante de curaciones aparentes. François Moutier y Louis Camus, en una comunicación presentada a la Sociedad de gastro-enterología de París, en su sesión de 8 de junio de 1931, sobre: "Investigaciones nuevas sobre el tratamiento de la úlcera gastro-duodenal por el extracto paratiroideo", dicen:

“.....sobre 45 casos tratados, los resultados se reparten en tres categorías: 8 con resultados absolutamente nulos; 20 con resultados positivos, es decir, 25 casos en los cuales los resultados han sido incompletos. Es notorio el porcentaje de resultados favorables: 44,44% que se deducen de nuestras experiencias”.

Y así, a medida que profundizamos nuestro estudio, vemos cómo cada nueva terapia tiene como defensores a quienes la han promulgado y como opositores a aquellos que habían establecido anteriormente diferente método de curación. Comparar, en efecto, los resultados de los diversos tratamientos; el clásico de bismuto y atropina; la proteínoterapia (vaccineurina); la insulínoterapia; la pepsinoterapia; inyecciones de extractos de órganos, las inyecciones de aminoácidos (triptofano y de histidina), sería trabajo de mucho tiempo y que seguramente ha debido ser emprendido ya por quienes se interesan en despejar la incógnita del tratamiento causal de la úlcera gastro-duodenal.

En resumen, nosotros pensamos que el úlcus puede ser debido a una serie de factores de diversa índole que por su conjunto vienen a formar la distesia ulcerosa. Puede asimismo deberse a un solo factor. Ahora bien, si el tratamiento de la diátesis ulcerosa se ha dirigido a un solo factor patogénico en casos en que se deban considerar varios, el resultado será mediocre o nulo. Solamente hay derecho a esperar un resultado satisfactorio en aquellos casos, raros por lo demás, en los cuales el úlcus es consecuencia de una causa única; por ejemplo: en la terapia por el extracto de paratiroides (parathormone), podemos pensar con fundamento que los resultados positivos han sido en quienes la insuficiencia paratiroidea ha producido la diátesis ulcerosa.

Los tratamientos llamados clásicos (alcalinos, bismuto, antiespasmódicos), son netamente sintomáticos: tienen por objeto calmar la irritación, evitar los espasmos y neutralizar el exceso de ácido.

El estudio experimental en los últimos tiempos ha permitido aclarar muchos puntos oscuros sobre la patogenia del úlcus. De ahí que podamos contar hoy día con medicamentos que obran en algunos casos sobre la causa del mal. Sin embargo, como todos los factores no son conocidos, existen innumerables úlceras en quienes el tratamiento médico no da resultados.

En estos enfermos, después de un tratamiento médico que no ha sido efectivo, y que ha sido implantado durante un tiempo prudencial, se debe considerar únicamente el tratamiento quirúrgico, como el único posible para mejorarlos.

Conviene advertir que con el tratamiento quirúrgico se suprime el efecto producido por una serie de causas, pero no obra directamente sobre ellas. Es también un tratamiento sintomático.

Vamos a tratar de abordar el estudio de las indicaciones operatorias en los casos de úlceras gástricas o duodenales no complicadas. Estas indicaciones serán bien difíciles de esquematizar. El criterio del cirujano, formado por la práctica y la experiencia, es el factor primordial.

Es evidente que un examen clínico y radiológico completo del enfermo es absolutamente necesario antes de toda intervención; por otra parte, la indicación operatoria se impone en la mayoría de los casos, en vista del fracaso de un tratamiento médico. En la práctica se observa comúnmente que los enfermos no se deciden a la intervención, sino después de haber sido sometidos a él durante largo tiempo.

La pregunta que debe responderse es la siguiente: ¿Qué se puede esperar de la cirugía? En las úlceras del estómago el cirujano puede: a) Modificar profundamente el modo de evacuación por la gastro-enterostomía; b) Practicar la excresis de la úlcera, o bien combinar los dos métodos: reseca la úlcera y practicar una gastro-enterostomía; y c), Hacer la gastrectomía más o menos extensa. En las úlceras del duodeno el cirujano puede igualmente: a) Modificar la circulación gastro-duodenal, haciendo la derivación del contenido gástrico por una gastro-enterostomía con o sin exclusión del píloro; y b), Hacer una resección de la úlcera por medio de una operación más o menos extensa, restableciendo la circulación gastro-duodenal (gastro-duodenostomía), o practicando una derivación por una gastro-enterostomía.

En resumen: existen para el tratamiento de la úlcera crónica no complicada dos grandes métodos de tratamiento: el método de derivación del contenido gástrico en el intestino (gastro-enterostomías), y el método de excresis de la úlcera (resección simple, gastrectomías, gastropilorectomías), y que puede combinarse con la derivación del contenido gástrico.

Los resultados en el futuro de estos diversos tratamientos quirúrgicos no son los mismos para todas las úlceras: dependen en general de su localización. Por lo tanto el diagnóstico de localización debe ser lo más preciso posible. Las técnicas no son tampoco las mismas para todas las úlceras: cada localización tiene una técnica que es la más apropiada, y que da mejores resultados en el futuro. Estas indicaciones son hijas de la experiencia del cirujano.

De acuerdo con nuestras observaciones estudiaremos sucesivamente las indicaciones terapéuticas quirúrgicas y los resultados obtenidos: En las úlceras yuxtapiilóricas, en la úlcera del cuerpo del estómago (la de la pequeña curva en particular), y en la úlcera duodenal.

1°—Úlceras yuxtapiilóricas.—Observaciones Nros.

1. Agustín Castelblanco. Operado el 15 de julio, 1931.
2. Agustín Daza. Operado el 14 de mayo, 1932.
3. Pablo E. Garzón. Operado el 23 de mayo, 1932.
4. Abraham Cuero. Operado el 12 de abril, 1932.
5. Eusebio Ramírez. Operado el 21 de abril, 1932.
6. José Mondragón. Operado el 17 de agosto, 1932.
7. Hugo Verges. Operado el 16 de febrero, 1933.
8. Claudio Angel. Operado el 10 de octubre, 1933.
9. Avelino Escobar. Operado el 17 de agosto, 1934.
10. Francisco Venegas. Operado el 13 de diciembre, 1934.
11. E. Velosa P. Operado el 5 de febrero, 1935.
12. Jorge Peva. Operado el 22 de febrero, 1935.
13. Andrés Casas. Operado el 5 de mayo, 1935.

En todos estos enfermos el síndrome pilórico era muy claro; dolores, vómitos, hipersecreción gástrica y estasis gástrica en ayunas. En los números 2, 5, 6, 9, 11 y 13 practicamos una gastro-enterostomía simple. Los enfermos Nros. 2, 5, 6 y 9 tuvimos ocasión de verlos más o menos un año después de operados y se encontraban en muy buen estado general.

En los enfermos 1, 3, 7 y 8 practicamos una piloro-gastrectomía por el procedimiento de Pean-Billroth (reunión directa del duodeno al estómago); el enfermo N° 3 murió a los 3 días de operado. En el N° 8 encontramos una úlcera callosa muy adherida y la operación fue muy difícil; sin embargo los resultados en el futuro fueron muy satisfactorios: al año y 3 meses de haber sido operado, uno de nosotros pudo apreciar el buen funcionamiento gástrico por la radioscopia. Los otros enfermos salieron del servicio y no volvieron a consultar.

Los números 4, 10 y 12 fueron operados por el procedimiento de Kocher, implantando el duodeno sobre el moñón gástrico, el cual había sido suturado anteriormente. El número 4 murió a los 6 días de operado. En los otros dos casos no se presentó ningún accidente grave post-operatorio. Como la intervención en estos pacientes fue practicada el año pasado, no hemos tenido tiempo suficiente para apreciar los resultados obtenidos de ella.

La gastro-entero-tomía simple en los casos de úlcera gástrica yuxtapiilórica con síndrome pilórico notorio dá en general buenos resultados para el futuro, siempre que sea hecha sobre el antro-pilórico, bien declive y suficientemente amplia. Sin embargo, debemos anotar que en Alemania las indicaciones de la piloro-gastrectomía se han extendido mucho en los casos de úlcera yuxta-pilórica. Heberer atribuye gran importancia a la supresión total del antro-pilórico: tiene la ventaja de disminuir la hiperclorhidria, suprimiendo la mayor parte de las glán-

dulas, lo que trae como consecuencia el evitar las úlceras pépticas secundarias.

2º Úlcera del cuerpo del estómago.

En la práctica esta úlcera se sitúa de preferencia en la pequeña curva, especialmente en su parte media. La úlcera de la pequeña curva es con suma frecuencia "penetrante", sea en el páncreas, sea en el hígado. Están frecuentemente asociados a ella signos de espasmos pilóricos.

Observaciones Nros.

14. Ramón Cadena. Operado el 8 de febrero de 1931.
15. Federico Joya. Operado el 30 de julio de 1931.
16. Víctor Soler. Operado el 6 de junio de 1933.
17. Federico Martínez. 19 de octubre de 1933.
18. Guillermo Torres. Operado el 11 de diciembre de 1934.
19. Aparicio Gómez. Operado el 21 de diciembre de 1934.
20. Proceso Molina. Operado el 23 de enero de 1935.

En los Nros. 14, 15, 19 y 20 practicamos una gastrectomía amplia. Se hizo una sutura gastroduodenal directa. Ningún accidente grave fue observado en el curso de la convalecencia en los números 14, 15 y 20. El 19 murió a los dos días de practicada la intervención. El enfermo 15 tuvimos ocasión de verlo a los dos años de haber salido del servicio.

En los casos 16, 17 y 18 encontramos que la úlcera se había extendido sobre el píloro. En el primer caso la región bulbo-duodenal estaba muy adherida a los órganos vecinos, y el estado general del enfermo era muy malo. Se practicó una gastro-enterostomía simple. El enfermo salió aliviado del servicio a los dos meses y medio de haber sido operado. En los otros dos casos pudimos, a pesar de las adherencias que la úlcera tenía con el páncreas, y que sangraron mucho, practicar una gastro-pilorcetomía. Se hizo una sutura aislada del estómago y del duodeno, y se terminó por una gastro-yeyunostomía. El enfermo 17 sangró el primer día y tuvo dos hematemesis. El enfermo 18 vino a consultarnos a los 3 meses y medio de haber sido operado y su estado era muy satisfactorio.

Respecto al tratamiento quirúrgico de las úlceras del cuerpo del estómago la técnica que debe emplearse de preferencia es la gastrectomía, salvo que la extensión de las adherencias o el estado general del enfermo no la permitan; porque en general estas úlceras son penetrantes y en ellas las lesiones de neuritis son muy comunes; además, las adherencias, que son en general extensas y frecuentes, contribuyen a que los dolores sean tan rebeldes en esta clase de ulcus.

La resección de la úlcera por medio del galvano (Balfour), o con

el bisturi (resección en silla), seguida de gastro-enterostomía complementaria es una técnica que dá buenos resultados en esta clase de úlcera.

Fueron operados por este procedimiento:

21. Demetrio Olaya. Operado el 17 de diciembre de 1934.
22. Abraham Rodríguez. Operado el 8 de febrero de 1935.

3.—Úlceras del duodeno. Observaciones Nros.

23. Fermín Moreno. Operado el 18 de abril de 1931.
24. Antonio Segura. Operado el 7 de mayo de 1931.
25. José M. Pulido. Operado el 21 de agosto de 1932.
26. Hernando Guerra. Operado el 8 de septiembre de 1932.
27. Emigdio Alejo. Operado el 18 de febrero de 1933.
28. Jesús Salamanca. Operado el 19 de septiembre de 1933.
29. José del C. Fraile. Operado el 25 de septiembre de 1934.

En los enfermos 23, 24 y 27 encontramos una úlcera del duodeno que no interesaba el esfínter pilórico. Practicamos en ellos una gastro-enterostomía simple con exclusión del píloro. En el segundo de estos enfermos la convalecencia fue larga, y salió del servicio a los dos meses y diez días de practicada la intervención; al año y medio de operado vino a consultar por causa de malestares abdominales.

El enfermo N° 25 tenía una úlcera muy indurada. Se le hizo una gastro-enterostomía simple. En los enfermos restantes hicimos una resección del píloro seguida de gastro-yeyunostomía. El N° 26 murió al 2° día.

Referente al procedimiento quirúrgico para el tratamiento del úlcus duodenal creemos que la técnica más apropiada consiste en la gastro-enterostomía seguida de la exclusión del píloro.

Para concluir, respecto del tratamiento quirúrgico del úlcus gastro-duodenal, hacemos las siguientes reflexiones de orden general: En el curso de la evolución de la enfermedad ulcerosa existen casos en los cuales parece que la curación del enfermo dependa exclusivamente de la curación de su úlcera, como si ésta fuera el proceso final, incurable espontáneamente o por tratamientos médicos, de una enfermedad que ha terminado su evolución y en los cuales la úlcera se ha convertido en el centro de la irradiación morbosa. Por el contrario, en otros casos, el estómago, con o sin úlcera, continúa su enfermedad con los mismos síntomas; en ellos la úlcera es un accidente; una vez que ha sido reseada, la enfermedad continúa.

La diferenciación clínica entre estos dos grupos, cuyo tratamiento es diferente, es, desgraciadamente, imposible. En el primero el tratamiento quirúrgico se impone, y en el segundo se hace necesario, después de que un tratamiento médico no ha dado ningún resultado.

La indicación quirúrgica en el primer caso consiste en romper por

el procedimiento más benigno el círculo de incurabilidad local; puede ser por una simple gastro-enterostomía, pero la extirpación de la lesión, cuando es posible, agregará garantías al tratamiento.

Para los del segundo grupo, en el cual se acumulan todas las úlceras activas acompañadas de gastritis o gastroduodenitis intensas, el tratamiento quirúrgico, en plena actividad de las lesiones, no se justifica, a menos que se presente una complicación. Estos son los casos más dóciles para el tratamiento médico y no se debe intervenir hasta tanto que el fracaso del tratamiento no haya sido evidente. Pero si se llegare el momento de operar, no se debe extirpar únicamente la úlcera, sino hacer en cuanto sea posible una resección amplia que comprenda la úlcera y la zona piloro-antral, que es donde se sitúan de preferencia las lesiones.

Son éstas, reflexiones que hacemos considerando el problema desde un punto de vista puramente científico.

En la práctica hospitalaria nuestro criterio ha tenido que considerar un factor importante, que es la clase social del individuo; nos referimos a las condiciones de vida actual de nuestro núcleo obrero y de las clases menesterosas.

En primer lugar, salta a la vista la desproporción entre la forma de trabajo y el género de alimentación de nuestras clases proletarias. El trabajador finaliza su jornada después de haber sufrido un intenso desgaste orgánico por el esfuerzo que le demanda el oficio que desempeña, casi siempre duro. Compensa medianamente este desgaste con una ración alimenticia, que si mucho, es equivalente a la ración de sostén, pero nunca a la necesaria para el individuo en plena actividad.

Encuentra la suplencia de su alimentación deficiente en los excitantes como el alcohol: la chicha, cuyo consumo entre nosotros es alarmante, es la bebida de los trabajadores. De esta manera levantan momentáneamente sus energías que por el movimiento contrario caen más aún pasada la acción del excitante. Así su organismo va minándose hasta llegar a la fragilidad que vemos diariamente en nuestras salas hospitalarias.

Este tópico, que podría alejarnos del objeto de nuestro estudio, al tratarlo más hondamente en relación con la raza, la criminalidad, etc., no podemos dejarlo pasar inadvertido, puesto que la misión del médico frente a un enfermo es volverlo a la normalidad en condiciones que se acerquen lo más posible a su género de vida.

El tratamiento médico del úlcus gastroduodenal, dando como aceptado que haya de producir resultados satisfactorios, es un tratamiento prolongado; es además costoso por la clase de medicamentos necesarios, cualesquiera que sean los factores patogénicos que se trate de

modificar. Por otra parte exige una dietética especial, que en general reduce la ración alimenticia, incompatible con un trabajo que requiera un esfuerzo físico prolongado.

Estas consideraciones nos dejan entrever que para el individuo de las clases trabajadoras el tratamiento médico no es apropiado, no importa cuál sea la localización del úlcus. Esto visto simplemente desde el punto de vista social.

Pero es más: ya hemos dicho que la enfermedad evoluciona presentando épocas largas de curación aparente. Durante ellas el individuo seguirá en su trabajo, que minará aún más su organismo, y llegará un momento en que el estado de resistencia orgánica será tan precario que una intervención cualquiera vendrá a constituir un grave peligro para su vida.

Solamente por este mecanismo nos explicamos las diferencias de mortalidad entre las estadísticas de países mejor dotados que el nuestro. No podemos olvidar a este respecto, cómo Pauchet recomienda sistemáticamente la gastropilorectomía como benigna, y no tiene inconveniente en laparotomizar 2 y 3 veces sus enfermos a la menor indicación, presentando después sus sorprendentes estadísticas.

Nosotros no atribuimos la mayor mortalidad nuestra a deficiencias del momento quirúrgico, pues hemos podido observar técnicas impecables llevadas a cabo por manos expertas. Siempre lo atribuiremos a la fragilidad del material humano que visita nuestras salas hospitalarias de beneficencia, y las causas de esta fragilidad creemos haberlas dejado sintéticamente expuestas.

Así, pues, resumimos nuestras ideas al respecto en las siguientes conclusiones:

1ª En la clientela hospitalaria el tratamiento quirúrgico para el úlcus gastroduodenal debe ser tan precoz como sea posible; y,

2ª El método quirúrgico empleado debe ser el más benigno, pero que reúna las condiciones de eficiencia necesarias, de acuerdo con la localización del úlcus.

