Consideraciones Acerca del Diagnóstico y Tratamiento de las Ulceras Crónicas del Estómago y del Duodeno

Trabajo presentado por el Dr. Ayala a la Academia N. de Medicina

DRES. DARIO FERNANDEZ Y ABRAHAM AYALA GONZALEZ

El objeto de este trabajo es decir algunas palabras acerca de estos padecimientos, que interesan tanto al médico como al cirujano y que constituyen verdaderos problemas, más aun terapéuticos que diagnósticos.

Lo que expresamos en este artículo es el resultado de nuestras observaciones y experiencias personales en la clínica de enfermos gastroduodenales del servicio de la especialidad del Hospital General, Pabellón 19; en la del pabellón 15 y en nuestra policlínica. Experiencia adquirida a costa de muy grandes dificultades y penas, de días de angustia, de espera y por el ansia de salvar una vida más y agobiados por la temible crítica, nada sana de algunas personas, que sin prudencia, ni meditación y sin los conocimientos suficientes para juzgar debidamente el caso, se atreven a falsear lo sucedido, interpretando de mala fé los fenómenos. Recordamos aún el caso de una señorita que fué operada por nosotros en el pabellón 31 y a quien se le practicó una gastroyeyunostomía. Pocos días después el médico de guardia y quien había presenciado la intervención fué a decirle a la paciente que no habíamos encontrado ninguna úlcera y que se había operado sin haberlo necesitado. Supongamos que en realidad hubiera sido cierto, no era conducta de un médico moral, la que este señor siguió con nosotros. Ha habido ocasiones que para callar las críticas desfavorables e injustas, hemos tenido que pedir el dictamen al médico encargado del servicio de Histopatología y así poder convencer a algunos médicos que lo que se había encontrado en la pieza de resección había sido la lesión supuesta por nosotros.

Estudiando con calma los casos de úlceras gastroduodenales, muy pronto se dá cuenta el clínico, que en la actualidad son aparentemente muy más frecuentes que antes: esto se debe sin duda a que ahora contamos con medios de investigación de mucha mayor precisión y no esperamos para establecer el diagnóstico de una úlcera a que haya aparecido una hematemesis

o melena, o que otros fenómenos también de mucha importancia, se hayan hecho aparentes. La clínica gastroduodenal cuenta actualmente con procedimientos de investigación de muy subido valor y entre los cuales figura en primera línea la radiología. Esta no es solamente indispensable en algunos casos para establecer el diagnóstico de sitio, sino también para conocer la naturaleza del mal, las complicaciones, como perivisceritis muy frecuentemente aparecidas en el curso de una úlcera crónica. No tenemos la pretensión de afirmar que sin el concurso de la radiología, fuese imposible el diagnóstico de estos padecimientos; pues esto equivaldría a pensar que nuestros Maestros nunca diagnosticaban las úlceras. Siempre que podamos obtener de los rayos X su ayuda, no debemos de evitarlos; pues constituyen parte integrante de la Clínica y no queremos torpemante mutilar ésta, separándola de procedimientos de gabinete, pues lo mismo que la percusión, la auscultación y todos los demás procedimientos de exploración a la cabecera de los enfermos, son los Rayos de Roentgen parte de la Clínica. Es penoso oír a los médicos, como yo he tenido la ocasión de haberlo escuchado, que los rayos X para el diagnóstico de la úlcera del estómago y del duodeno, son inútiles y aconsejar a sus enfermos que no pierdan el tiempo y su dinero en estas modernas investigaciones, que solamente se toman en cuenta por estar de moda. Sin duda, en los rayos X tenemos un precioso elemento para el diagnóstico de estos males, sin creer como Sir. Berkeley Moynihan que la radiología en la clínica gastroduodenal es el todo. El célebre cirujano de Leeds llega a ver con cierto desprecio lo que constituye la clínica antigua y espera la sanción de los rayos X para diagnosticar una úlcera. Nosotros no participamos de su extremada opinión y menos aun, cuando en la mitad de nuestros casos y por determinadas circunstancias nos pasamos sin la prueba radiológica para ratificar o rectificar nuestro diagnóstico.

De la evolución de estos padecimientos, hemos aprendido que la gran mayoría de enfermos ulcerosos tienen períodos prolongados de aparente salud, alternados con períodos de exaltación de sus manifestaciones, entre las que figura el dolor, síntoma más aparente y más molesto para el enfermo. Esta habitual evolución es característica de las úlceras gastroduodenales.

Los síntomas funcionales, los subjetivos desaparecen, por largas temporadas, engañosa situación sin duda, pues cree el enfermo y aun el médico en la posibilidad de una curación, desconociendo que la úlcera es el padecimiento, no de recidivas, como dicen algunos autores, sino de recaídas; y que por su misma cronicidad, constituye ya una lesión anatómica irreparable, callosa que nunca cura expontáneamente y que los medios médicos muchas veces son simplemente paliativos. El enfermo deja de sentir sus

molestias y el angustioso dolor, las crisis desesperantes y las noches de desvelos se borran, sin que por esto la lesión haya curado, ni que el estado físico de la víscera se haya modificado. No es rara la observación en estos períodos de calma de una hemorragia o de una perforación que sorprende al enfermo, en momentos en que su estómago no le molestaba para nada. La desaparición de los síntomas subjetivos no está de acuerdo con los síntomas objetivos. En los días que escribimos este artículo, llegó un enfermo al pabellón 19 con estenosis del píloro, que después de 15 días de vomitar, de una intolerancia gástrica casi completa, bajo la influencia de la belladona y el bismuto sus molestias desaparecieron y el Dr. Ayala seguía extrayendo líquido de estasis en ayunas todos los días.

El dolor es uno de los síntomas que por su modo de presentar se constituye un signo. Aparece más tardíamente mientras la úlcera está más cerca del duodeno. Cuando éste es el afectado, el dolor se establece con el tipo perfecto del dolor tardío, casi próximo a la comida siguiente, dando entonces la impresión al enfermo de que lo tiene no después de las comidas, sino antes y toma muy frecuentemente el tipo de hambre dolorosa. No siempre sucede que esta sensación que precede a las comidas y que no es sino manifestación que corresponde a la comida anterior y que se presenta muy tardíamente, sea de hambre dolorosa, sino puede ser de angustia, de algo inefable que se calma comiendo. En cada enfermo la hora de aparición del dolor respecto de los alimentos es siempre la misma, llegando a afirmar Sir. Berkeley Moyninham, que comiendo a la misma hora, el enfermo puede arreglar su reloj por la hora de aparición del dolor, tan bien, como si fuera en cualquier reloj. Tan importante es para el diagnóstico, el horario del dolor, como su ritmo. Para conocerlo, debemos de estudiar todos los fenómenos que se suceden desde que el enfermo toma su alimento, hasta la comida siguiente.

En los enfermos de úlcera del estómago, después de un período de calma de dos a tres horas, de relativo bienestar, pues raras veces faltan las sensaciones molestas de llenura, pesantez epigástricas, aparece el dolor de duración y de intensidad variables, pero termina antes de que se tome el alimento siguiente; es decir que hay otro segundo período de calma después del dolor. Cuando se trata de localización duodenal, el período primero de tregua es más largo, dura hasta cuatro horas, para aparecer el dolor, siguiendo éste hasta el alimento siguiente. Muy frecuentemente la comida hace desaparecer el síntoma. En resumen, el ritmo del dolor en la úlcera del estómago es de cuatro tiempos: comida, tregua, dolor y nueva calma. Cuando se trata del duodeno, el ritmo es de tres tiempos: comida, calma, dolor hasta la nueva comida: no existe la segunda tregua, entre el dolor y alimento siguiente, como sucede en las úlceras del estómago.

Este horario y este ritmo especial, es según la localización de la lesión, conservan su pureza, cuando la dolencia está en sus principios y aun en los últimos años de su evolución, con tal que la úlcera no haya provocado adherencias, periviscerítis, entre las cuales se encuentran la peripiloritis, periduodenitis, pericolecistitis, que los modifican completamente. Cuando el páncreas está perforado, cuando la glándula hepática está invadida, el ritmo desaparece o el dolor se hace contínuo, sin horario fijo, caprichoso. Una de nuestras primeras gastrectomizadas del pabellón 19, en los primeros meses de evolución de la dolencia conservaba puro el ritmo del dolor de las úlceras del estómago, pero en los últimos meses, antes de ser operada por nosotros, el dolor se hizo contínuo, día y noche, sin tregua, angustioso, desesperante, que solamente la morfina calmaba por momentos. Encontramos una úlcera de la pequeña curvatura del estómago terebrante al páncreas, tan íntimamente adherida que al tratar de despegar el estómago, se quedó un pedazo pegado a la glándula. Se le hizo una gastrectomía mediogástrica, con un éxito inmediato y lejano brillantísimo. Al siguiente día de la operación, la enferma se sentía con tal bienestar, que fué una muy agradable sorpresa para nosotros.

Resumiendo diremos que las bases para un diagnóstico oportuno y no precoz, como dicen algunos, pues nunca un diagnóstico puede ser prematuro, de las úlceras del estómago y del duodeno, son el dolor con su ritmo y honorario especiales; las hemorragias, de las cuales no hemos entrado en detalle, por lo suficientemente estudiadas y elocuentes, el resultado muy interesante de la prueba radiológica o el quimismo gástrico, que en algunos casos es muy interesante. Naturalmente que estos signos diagnósticos no son todos las que pueden aparecer en estos estados patológicos, faltan algunos otros, pero con toda intensión, nos hemos ocupado solamente de las esenciales, de aquellos que por su primacía en el diagnóstico han llegado a constituir verdaderos signos.

Debo hacer notar a propósito del quimismo gástrico, que actualmente no tiene la importancia diagnóstica que antes se le asignaba. De las investigaciones hechas a este respecto en el pabellón 19 que la policlínica de Ayala, concluímos que dominan los casos de tipos hiposecretor sobre los de isosecretor y de hipersecretor:

Estas conclusiones son exactas tomando en cuenta la cifra global de ulcerosos que estudiamos y como es natural que el número de crónicas es mayor que el de agudos.

Así es que en términos generales, la antigua fórmula de hipersecreción, se modifica dando lugar en las úlceras gastro duodenales crónicas a fórmulas de hiposecreción.

Sin duda que en casos de síndromos píloricos la intubación gástrica es muy elocuente y sus resultados son decisivos.

Escribimos a continuación una historia de las más interesantes, que aunque se separa un tanto del cuadro de signos que describimos, la hemos tomado como modelo de observación en lo que respecta a la conducta que todo médico debe seguir en casos semejantes, para curar estos estados, en un estudio aunque somero de la preparación que los enfermos de estómago deben de tener y las secuelas operatorias.

Antes de presentar nuestra observación, que es una entre un número ya considerable que llevamos, deseamos hacer algunas consideraciones terapéuticas acerca de las úlceras crónicas del estómago y del duodeno. En general, es de afirmarse que estos padecedimientos son del dominio quirúrgico; los procedimientos médicos traen alivios temporales, que en ocasiones podrían tomarse como períodos de calma, propios de la evolución que las caracteriza, pero raras veces curan. Esta opinión, que no es solamente nuestra, encuentra entre los médicos que exclusivamente se dedican a la medicina interna, muchísima oposición; pero es sensible, que no estudien las piezas de resección de gran número de enfermos que habían sido tratados médicamente y que se consideraban curados; pues con solo la inspección de la pieza anatómica el observador queda convencido de la imposibilidad de una curación médica. Indudablemente que hemos estudiado y tratado enfermos de úlceras gastroduodenales, sin tener que recurrir a la intervención quirúrgica y que hemos podido tener la oportunidad de seguirlos dos años, y que además hemos creído curados, pero no se ha tratado de enfermos con úlceras crónicas, callosas. Débese tener en cuenta, que en muy escasas ocasiones el tratamiento médico deja de traer mejorías muy acentuadas, pero sin convicción firmísima de una curación radical. El tratamiento médico, que no lo vamos a describir en este artículo, es largo, penoso, depresor en alto grado, al menos cuando se sujeta al paciente al clásico tratamiento médico, como por ejemplo el aconsejado por Lenoir, que se podría tomar como tipo. Uno de nosotros muy frecuentemente y al principio con verdadera convicción hacía que el tratamiento médico precediera al quirúrgico y también muy a menudo veía que después de algunos meses de alivio, de tregua, volvían las penosas manifestaciones del mal. En el pabellón 19 del Hospital General, tenemos testimonios de enfermos tratados médicamente y observados por algunos meses, después de los cuales, hemos aconsejado la operación por las frecuentes recaídas de úlcera. En la policlínica de Ayala, no son escasas las observaciones en este respecto, pues es fácil darse cuenta que en la práctica médica fuera del hospital, no es sencillo convencer a los enfermos a que se operen, y más aun de estos padecimientos, que el público está poco acostumbrado a que se traten quirúrgicamente. Tienen razón, pues si hay médicos de la Facultad y prefesores de ella, que en ningún caso aceptan el tratamiento quirúrgico y han aconsejado a algu-

nos enfermos que primero se mueran que dejarse operar, es más explicable y justificado, que el público ignorante en asuntos médicos, piense de esta manera. Después de algunos años de trabajo en el Hospital General, hemos llegado a concluir que el tratamiento quirúrgico en las úlceras crónicas es el de elección, y solamente dejamos el médico a muy contados casos, como en aquellos en que el enfermo se rehusa terminantemente, o en debilitados que no tolerarían una intervención delicada, como son las del estómago y del duodeno. Todo lo que antecede respecto a tratamiento lo referimos al estómago; ahora en lo que respecta a las úlceras del duodeno, tenemos la convicción más firme de la eficacia de la cirugía y de la poca utilidad de la medicina.

En contra de nuestras aseveraciones, se nos dirá que la cirugía gastroduodenal, ha causado más bajas que la medicina: esto es aparentemente cierto, pues no cuenta ésta los numerosos casos, que no mata, pero que deja morir. Al cirujano se le anotan en su fardo de fracasos, las pérdidas post-operatorias, pero al médico no se le tiene en cuenta, que después de haber considerado curado a su enfermo, murió éste después de una degeneración cancerosa de la úlcera, o por perforación o por hemorragias. A este respecto, recordamos dos casos mortales, en quienes las hemorragias fueron la causa determinante de la muerte: fué llamado uno de nosotros para atender a uno de los pacientes 12 horas después de haber empezado a sangrar; después de una ligera tregua de algunas horas, sobrevino una hematemesis de mayor consideración que terminó con el enfermo: éste había sido considerado curado de una úlcera del estómago meses antes. El segundo enfermo murió a pesar de dos transfusiones que se le practicaron.

En resumen, diremos que la úlcera del estómago cicatriza menos difícilmente que la del duodeno y que a pesar de su cicatrización, queda en pie el temible peligro de una cancerización posterior.

No debemos de olvidar al tratar de cualquiera manera las úlceras del estómago que las dos terceras partes de los cánceres de esta víscera son secundarios a una úlcera. Todas estas críticas del tratamiento médico son justas y es necesario, como muy atinadamente lo dice Sir Berkeley Moyniham, que igual criterio de justicia sirva para el médico que para el cirujano. De una vez para todas, deseamos que quede bien establecido que nuestro pensar es que el tratamiento médico como curativo de la úlcera crónica, no llena su cometido, que la mayoría de las veces, trae gran alivio y que casi nunca es radical. Debemos también decir que los cuidados médicos de los operados en los meses que siguen a una intervención, son precisos, pues de otra manera no es difícil ver desarrollarse una nueva úlcera.

Ahora, ¿cuál es el procedimiento quirúrgico de elección? Sin lugar a

duda que es la gastrectomía, que además de tener la ventaja de traer una cura radical, evita una cancerización secundaria. Suplicamos que se siga con toda atención la observación que publicamos, en donde se procuró seguir la conducta tipo, antes de la intervención, como en ella y después de ella. Aun tratándose de úlceras del píloro, que al cicatrizar hayan dejado una estenosis, que podríamos con una gastroyeyunostomía curar al enfermo, debemos siempre que se pueda, hacer una gastrectomía, pues seguramente, que el trastorno mecánico de evacuación del estómago se cura; pero la lesión, aunque esté cicatrizada debe de quitarse, porque la degeneración cancerosa así se evita. Hay casos muy numerosos, que por el estado general muy malo del paciente, se procede a una intervención menos dura, como es la gastroyeyunostomía (me refiero a las lesiones pilóricas), y en los cuales se logra un hermoso éxito. Ahora cuando la lesión está en la pequeña curvatura, esta última intervención es inútil, y no va el médico, sino a agregar una nueva enfermedad a la de la úlcera ya existente y sin curarla.

Hemos seguido en nuestro caso el procedimiento de Polya, cerrando completamente el muñón duodenal y anastomosando el asa inmediata al duodeno, al estómago en la parte de la víscera en donde se hizo el corte.

En otro de nuestros casos, pudimos movilizar el duodeno y hacer una gastroduodenostomía término terminal. La primera gastrectomía que practicamos fué una mediogástrica, con un resultado brillante, a una enferma del pabellón 19, aquella a que me refiero anteriormente, que los dolores eran solamente calmados por la morfina. La segunda gastrectomizada en quien se siguió el Polya, fué al consultorio de uno de nosotros, a pedirnos consejo acerca de molestias que no tenían ninguna relación con su estómago. (Es la enferma a que nos referimos en la historia que más adelante insertamos) La última enferma está asilada en el pabellón 20, curada de su estómago. Se pudo hacer una anastomosis con el duodeno, pues éste era muy movilizable. Nos hemos referido a tres gastrectomías cuyo resultado fué un éxito y cuya evolución hizo ver que los enfermos habían curado completamente. Reservemos pues la gastroentero-anastomosis a los más delicados, profundamente deprimidos y con lesiones pilóricas; pues en las úlceras de las curvaturas es añadir un nuevo estado patológico al ya existente. Practicamos esta última intervención en enfermos delicados, en aquellos cuyo estado general haría temer un mal éxito final. Entre estos casos tenemos el del padre de uno de nosotros y el de un enfermo del Dr. Villanueva: en el primero con un brillante éxito y en el segundo con un desenlace fatal a los 20 días de operado, que fué debido a enterorragias al desprenderse el botón de Murphy que se empleó para la yeyuno-yeyunostomía que siempre practicamos para evitar el reflujo biliario al estómago, en todas las gastroyeyunostomías y en algunas gastrectomías. Ahora

no hemos vuelto a usar el botón para estas anastomosis y preferimos hacer sutura, a pesar de que se necesita perder un poco más de tiempo. Además de la gastrectomía que tenemos como procedimientos de elección, de la gastroyeyunostomía, que pocas indicaciones tiene, hemos seguido en solo caso el método de Balfour: cauterización de la úlcera y sutura consecutiva: quedamos descontentos del procedimiento, pues a pensar de una técnica que son dejó satisfechos, hubo una recidiva, tan seria como las primeras manifestaciones de la enfermedad. El día 18 de abril, reoperamos a esta enferma, practicándole una gastrectomía, proceedimiento de Polya. Al examinar la pieza de resección encontramos la explicación del fracaso del Balfour, pues se trataba, además de la úlcera que nosotros cauterizamos, y que tenía medio centímetro de diámetro, de numerosas y pequeñas úlceras, cercanas al sitio de la otra; y que eran las causantes de la formidable hemorragia que días antes de ser operada la enferma por segunda vez, se había presentado. (Enferma María Ruiz, cama 1 del pabellón 19).

La úlcera del duodeno, requiere como la del estómago, un tratamiento radical, pero en numerosas ocasiones, la gastroyuyenostomía trae la cicatrización de la lesión. A pesar de nuestras convicciones, nos hemos visto en la necesidad de tratar la mayoría de las úlceras del duodeno por la anastomosis, bastándonos siempre. La intervención de elección para estos casos, es la gastroduodenostomía, que ofrece pocos peligros, crea una comunicación nueva que se aproxima a la natural, y deriva el contenido gástrico al duodeno y no al yeyuno, órgano ya acostumbrado a la frecuente acidez del quimo. La ventaja que tiene, sobre la simple anastomosis, es que la lesión se destruye, ya sea por termocauterización o por resección. El tratamiento local es a veces posible, sin necesitar la gastroduodenostomía, como cuando se trata de una úlcera pequeña, sin adherencias y fácil de extirpar. De todas maneras, la mejor operación para las úlceras del duodeno es la gastroduodenostomía con destrucción de la lesión, solamente que a las veces es irrealizable por la muy escasa movilidad del duodeno. Después de habernos ocupado de todas estas consideraciones de diagnóstico y terapéutica de las úlceras, presentamos una historia clínica de la enferma SOLEDAD OLVERA en quien pudimos seguir con todo detalle desde su ingreso a la clínica, hasta su salida, el curso de su mal. Hemos descrito en este caso minuciosamente todos los medios de preparación, para la intervención y queremos tomar esta observación como tipo.

SOLEDAD OLVERA, que ocupa la cama número 1 del pabellón 19 del Hospital General, se exploró clínicamente, dando los siguientes datos:

Los antecedentes hereditarios son casi nulos, sin ninguna importancia, tanto desde el punto de vista diagnóstico de síndromo, como del etiológico. Tiene 50 años, se dedica a los trabajos de su casa, tomando desde los años

de su juventud de medio litro a un litro de pulque todos los días. A la edad de doce años enfermó de viruela

Hace nueve años que se inició su actual padecimiento con un dolor en el hipocondrio derecho que poco a poco se extendió al epigastrio, con irradiaciones a la espalda y a la región lombar derecha. Al principio del mal tenía períodos de calma de cuatro o cinco días, en las que el principal síntoma, el dolor, le dejaba descansar. Han sido frecuentes los vómitos, y generalmente cuando los tenía, calmaban su dolor. Este no tiene ninguna relación con los alimentos, pues en ocasiones al tomarlos, pocos momentos después, aparecían otras veces, hasta transcurrida una hora y aun más. La desaparición del dolor no obedece a ninguna regla determinada. Hace tres años y ahora el 17 de octubre ha tenido hemorragias: la primera fué melena, de sangre muy obscura, la segunda fué hematemesis, de sangre muy roja, con melena, como la primera ocasión. La pérdida de sangre ha sido de mucha consideración, al grado de dejar a la adolesciente en estado de muy intensa anemia. Tiene anorexia marcada, boca seca y amarga; tiene agrios y erutos, de aire sin mal olor, antes de vomitar. Esto le sucede cuando el dolor es fuerte. Estreñimiento habitual, hasta cuatro días tarda sin evacuar. Frecuentemente tiene palpitaciones, notando que cuando el dolor es intenso, aquellas son más acentuadas.

La exploración subjetiva de los demás aparatos y sistemas no revela datos de interés para nuestra historia. Ha enflaquecido mucho, desde que está enferma.

Exploración objetiva: palidez acentuada de la cara, conjuntivas y mucosa de los labios exangues. La palidez de la cara es amarillenta, sin tener el aspecto del color del canceroso caquéctico. Las pupilas no dan ningún síntoma. No existen exostosis claviculares, ni ganglios cervicales crecidos. Punta del corazón a 10 centímetros de la línea media en el quinto espacio intercostal. Los ruidos cardíacos son normales, 80 pulsaciones por minuto, pulso igual, rítmico, de amplitud mediana. Vientre de paredes flojas, con cicatrices de embarazo anteriores, un poco abultado. Todo el trayecto del colon doloroso a la presión, a excepción de la región del descendente. Los puntos de Abrams y Mac Burney negativos. No existe el signo de Murphy. Hay un punto doloroso a la presión, a 8 centímetros del apéndice xifoides, sobre la línea media y en pleno epigastrio. Existe también una zona periumbilical dolorosa. No existe chapaleo gástrico. El borde del estómago está haciendo la exploración en decúbito dorsal, a cinco dedos abajo del apéndice xifoides. Se toca el riñón derecho. El área hepática de dimensiones normales, sin ningún hallazgo digno de llamar la atención. Hay un ganglio grande en la ingle derecha, sin satélites; hay otro de menor tamaño en la izquierda. Acusa dolor sobre las apófisis espinosas de las vértebras desde la

6ª hasta la 9ª, dorsales correspondiendo este dolor con la fecha de iniciación de su mal. La exploración de los cuatro miembros no dió datos patológicos. 80 pulsaciones por minuto, en decúbito dorsal, en completo reposo; durante medio minuto de comprensión ocular enérgica, bajó a 64. Reflejo óculo-cardíaco un poco acentuado.

CITOLOGIA SANGUINEA:

Eritrocitos,	4.520.000	
Leucocitos,	18.200	
Neutrófilos,	77%	
Eosinófilos,	1%	
Basófilos,	0%	
Linfocitos,	20%	
G. mononucleares,	2%	*Dr. Pallares.*

Reacción de Wassermann en la sangre, negativa. *Dr. González Guzmán.*

Tiempo de coagulación sanguínea, 9 minutos. Prueba de Dukes, 3 minutos. *Dr. Ayala.*

ANALISIS DEL JUGO GASTRICO

En ayunas

Se extrajeron 400 c,c. de líquido amarillento, con moco, sin restos de alimentos y con el quimismo siguiente:

A—	0.49 grs. en CHl por mil
H—	0.00
F—	Huellas,
C—	0.45

Acido láctico, más de 0.15 por mil. Reacción de Thévenon y Rolland positiva débil, investigando hematina.

Media hora después de haber tomado 300 c.c. de té con azúcar.

A—	0.63 grs.
H—	0.07
F—	0.21
C—	0.35

No hubo reacción del ácido láctico, ni hematina.

Una hora después de haber tomado el té.

A—	0.85 grs.
H—	0.14
F—	0.21
C—	0.50

Las reacciones del ácido láctico y de la hematina, como en la muestra anterior.

Hora y media después de haber tomado el té.

A—. ..... 0.70 grs.
H— 0.00
F—..... 0.14 grs.
C—..... ..... 0.56

Acido láctico, no hay, Hematina, positiva débil.

Dos horas después de haber tomado el té.

A—..... 0.71 grs.
H—..... ..... 0.00
F—..... 0.18
C—..... 0.53

Acido láctico, no hay. Hematina, positiva débil.

Dr. Ayala González.

EXAMEN DE ORINA

Volumen de 24 horas.—700 c.c.—Vogel N° 2.—Muy turbia.—Fluida. Abundante sedimento.—Densidad 1024.—Reacción: ácida.—Urea, 34 por mil.—Acido úrico menos de 0 20.—Cloruros 9.6.—Fosfatos 4.94.—Albúminas, huellas,—Acido úrico cristalizado, abundante.—Urato de sodio, abundante. Ningunos elementos de importancia. *Dr. Miranda.*

Los antecedentes hereditarios y patológicos no tienen importancia. Igualmente podemos concluir de sus costumbres. Se trata de un padecimiento crónico, de nueve años, que no ha tenido períodos de remisión, de tregua, que frecuentemente tienen los ulcerosos y que llegan a constituir un valioso signo diagnóstico. Sin embargo de faltar esta evolución característica y de que el dolor, la manifestación subjetiva de mayor importancia, no se presenta con las particularidades propias de las úlceras, pues no obedece a ningún horario, ni ritmo determinado, se puede afirmar de que se trata de una úlcera del estómago, pues las hemorragias que se presentaron son elocuentísimas.

Es de llamar la atención la acentuada palidez de la cara, con el tinte amarillo pajizo, semejante al de los cancerosos. El estudio del quimismo gástrico, que demostró un estado de hipoacidez total con hipocloridria, con hematina en todas las muestras con las facies del paciente y la evolución de su mal, nos hizo pensar en una degeneración cancerosa de la úlcera. En el estudio de la citología hemática encontramos una baja marcada de eritrocitos. La sero-reacción de Bordet-Wassermann fué negativa. La orina no tuvo nada de patológico. El estudio radiológico del estómago fué decisivo

para el diagnóstico anatomo-topográfico de la dolencia: es patente en la pequeña curvatura, un enorme espolón, cuya significación diagnóstica es de primer orden para el reconocimiento de la cronicidad de la úlcera, que probablemente ya es terebrante la lesión.

En la gran curvatura, frente al espolón, se esboza una escotura, que no llega a ser marcada. Volvemos a repetir: la larga evolución del mal, las hematemesis y melena, el tinte pálido pajizo del paciente, la acentuada lesión que los Rayos X demuestran, el quimismo gástrico que reveló anaclorhidria, nos hizo pensar, antes de operar a la enferma, que teníamos un caso, en una úlcera del estómago, crónica, callosa, terebrante, y con degeneración carcinomatosa. Las indicaciones de una terapéutica quirúrgica son precisas, claras, categóricas; una úlcera crónica con lesiones radiológicas tan profundas y la probable degeneración cancerosa; nos vimos obligados a la intervención. El último elemento de nuestro diagnóstico bastaría por sí solo, para proponer una gastrectomía subtotal.

La preparación de los enfermos que se van a operar del estómago y muy esencialmente por úlcera es indiscutiblemente indispensable para el buen éxito de los resultados. Una cuidadosa exploración de la dentadura, para su debido tratamiento es necesaria, pues dientes mal cuidados, con carie, con supuraciones alveolodentarias, son causas de infecciones broncopulmonares. La saliva infectada puede provocar la dehiscencia de las suturas, pues a pesar de las indicaciones que se les hacen a los enfermos, de que traten de no deglutir los primeros días la saliva, es imposible evitarlo. Como también sabemos que las infecciones focales, muy frecuentemente situadas en la boca, son muy a menudo causas de las úlceras, es natural, que siendo consecuentes, con esta manera de pensar tengamos que destruir, cuando se pueda y siempre tratar, estos focos de infección. El Dr. Galván, se sirvió examinar a nuestra enferma a este respecto, ordenando una limpieza de la dentadura, que se llevó a cabo, días antes de la investigación. Las fosas nasales, la rinofaringe, no presentaron nada de patológico. Días antes de operar, se examinó la orina, interesándonos sobre todo la presencia de acetono y ácido diacético, pigmentos biliares y sus sales y urobilina; elementos de mucha importancia, para esquivar la temible acidosis post-operatoria, que causa tantos fracasos y de una posible insuficiencia del hígado que pone en peligro la vida de muchos pacientes. La mayoría de nuestros operados de estómago, llaman por indicación nuestra a sus familiares con el objeto de preparar individuos donadores de sangre, pues bien sabido es que la transfusión es el medio heróico para tratar el estado de shock quirúrgico. No se le practicó a nuestra enferma ninguna transfusiún, pues tres personas que se examinaron en este sentido, no sirvieron. Nos esforzamos en poder realizar siquiera una transfusión, y no fué posible y ope-

ramos sin este precioso recurso, no obstante el acentuado estado de anemia. Los enfermos del estómago son individuos desnutridos y deshidratados, que en su pasado, los vómitos son las principales manifestaciones del mal, y que necesitan por lo tanto, antes de operarse, ser inyectados con suero. Usamos generalmente el glucosado, ya en inyecciones hipodérmicas o en lavativas. Cuatro o cinco días antes, inyectamos a nuestra enferma 300c.c. de suero dos veces al día, siempre con glucosa, pues además de estimular ésta la función hepática, previene la acidosis o la atenúa, cuando ya se esboza. Cuando las orinas contienen ya cuerpos kétósicos, además de la glucosa administramos con las precauciones del caso la insulina. La misma conducta seguimos cuando después de la intervención aparece el síndromo urinario de la acidosis.

Todo enfermo que se opera en el pabellón sufre la prueba de Dukes, (tiempo que tarde en sangrar una escarificación hecha en el lóbulo de la oreja) y se le investiga el tiempo de coagulación sanguínea (últimamente por medio del coagulómetro de Boggs). Cuando estas pruebas no son satisfactorias, inyectamos cloruro de calcio en las venas y también suero de caballo y cuando encontramos donadores de sangre, hacemos cortas transfusiones para evitar la coagulación: así, enfermos que presentaron 20 a 30 minutos de tiempo de coagulación, después su sangre se coagula a los 8 o 10 minutos, siguiendo esta conducta. La enferma de nuestra historia, se le lavó el estómago con agua hervida simple y en la mañana del día de la intervención con agua yodada. Así el enfermo se desembaraza de todos los productos tóxicos de retención y ejerce una influencia educativa para el enfermo de mucha consideración; pues hay casos en que el período post-operatorio es muy accidentado y en estos enfermos muy a menudo los vómitos son la complicación, mejor dicho, accidentes de estos estados y el lavado del estógo el mejor medio de remediarlos.

La víspera de operar se le pone una lavativa evacuante, con una cucharada de glicerina. Nunca purgamos a los enfermos.

Nuestra paciente se anestesió con cloroformo al principio y después éter. Gráficamente exponemos a continuación lo que se hizo. De esta manera quizá sea más comprensible y evitamos una descripción un poco larga que sería menos ilustrativa que los esquemas que indicamos. Las figuras son tomadas de la Práctica quirúrgica ilustrada de Pauchet, pero dan una idea muy exacta del proceder nuestro en el presente caso. Volvemos a repetir que hemos practicado otros procedimientos de gastrectomías, pero en estos momentos nos referimos al caso concreto de nuestra paciente.

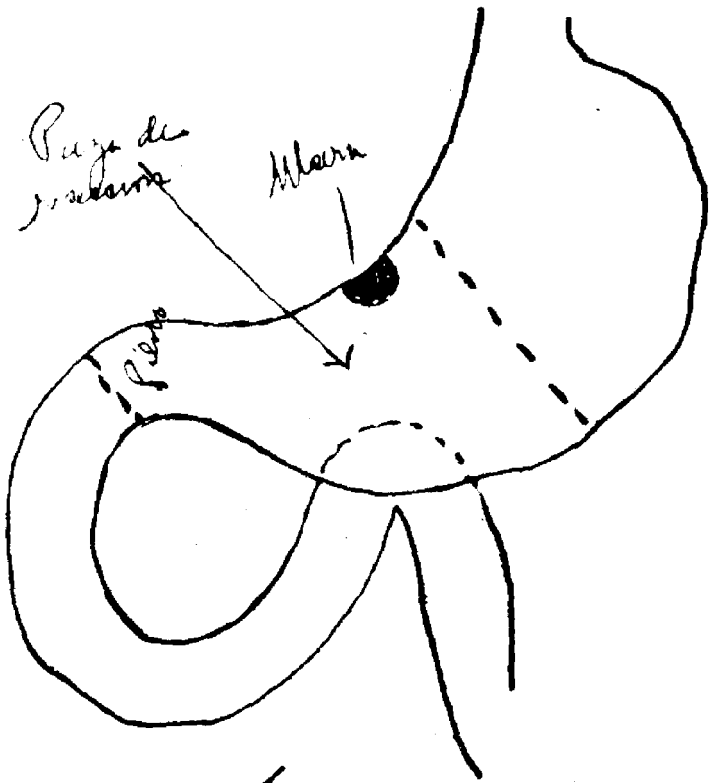


Fig 1

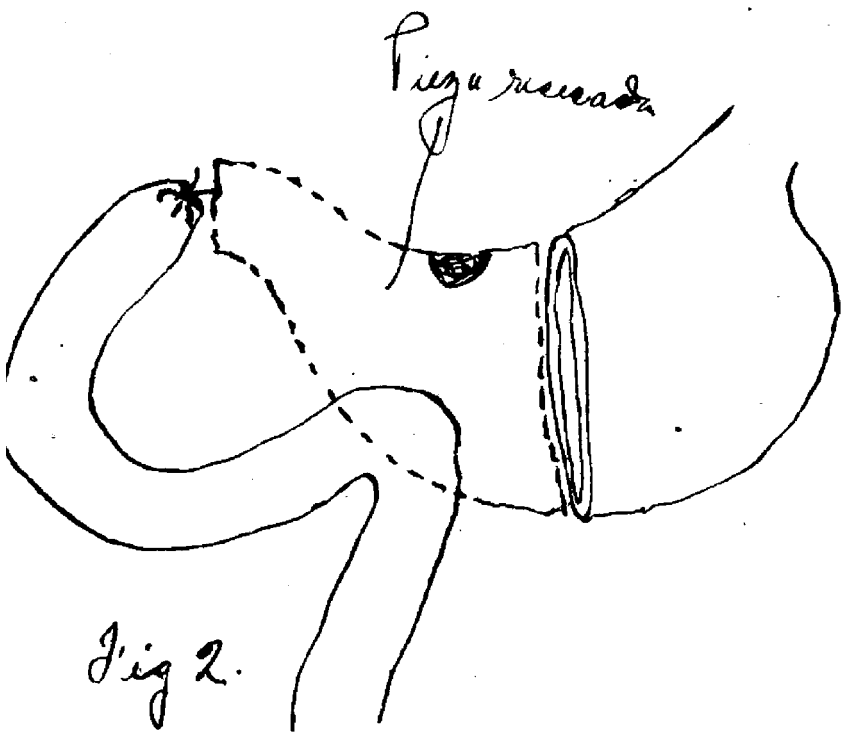


Fig 2.

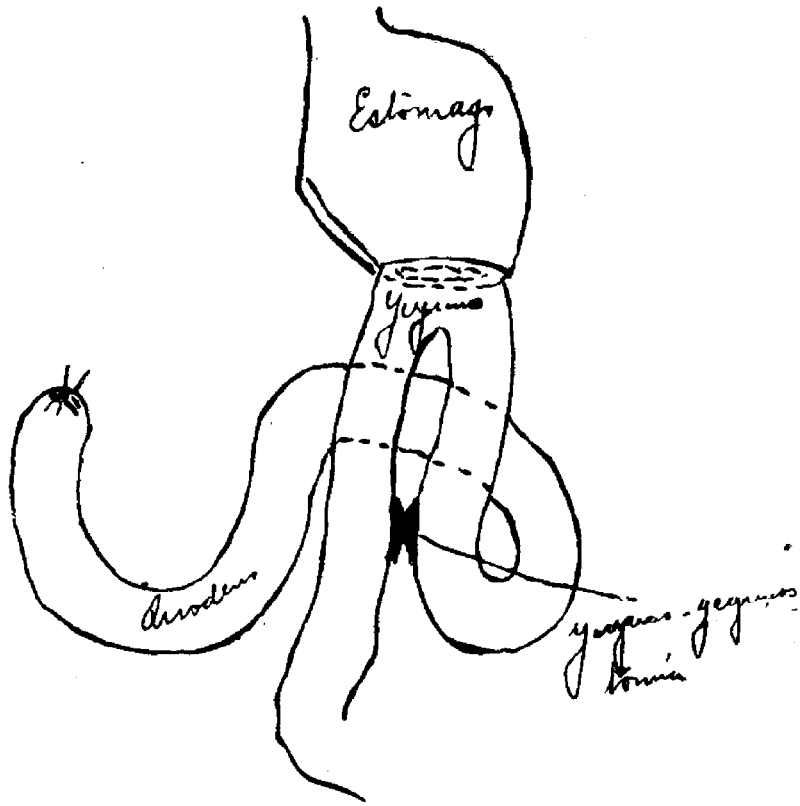


Fig no. 3.

Es de notarse en la figura número 3 una anastomosis entre la asa del yeyuno, entre la que sube al estómago y la que baja de la víscera. Cuando se trata de gastroenteroanastomosis, siempre la hacemos, y cuando de gastrectomías, la mayoría de las veces. Tenemos así la seguridad de evitar el reflujo de bilis al estómago, pues antes de que suba hasta él, el líquido pasa a la otra asa del yeyuno por el orificio de comunicación Cuando en nuestras primeras intervenciones, no lo hacíamos, en varios casos tuvimos que re-

operar alguno con el objeto de establecer esta válvula de seguridad. Algún cirujano dijo respecto a esta maniobra que era perfectamente inútil, y que él no había tenido que lamentarse de no hacerlo: hemos tenido a la vista enfermos operados por él, y en quienes los vómitos no cesaban y que urgen la indicación de esta yeyunostomía secundaria, y más aun, alguno de sus enfermos se ha tenido que reoperar.

Encontramos en la pequeña curvatura del estómago una úlcera como de 6 a 7 centímetros de diámetro, pues casi era circular, con franca reacción peritoneal y adherencias al hígado, sin estar la glándula lesionada por la úlcera. Los bordes de ésta, están levantados, teniendo el aspecto crateriforme. Insertamos adelante la fotografía de la pieza.

FOTOGRAFIA DE LA ULCERA RESECADA

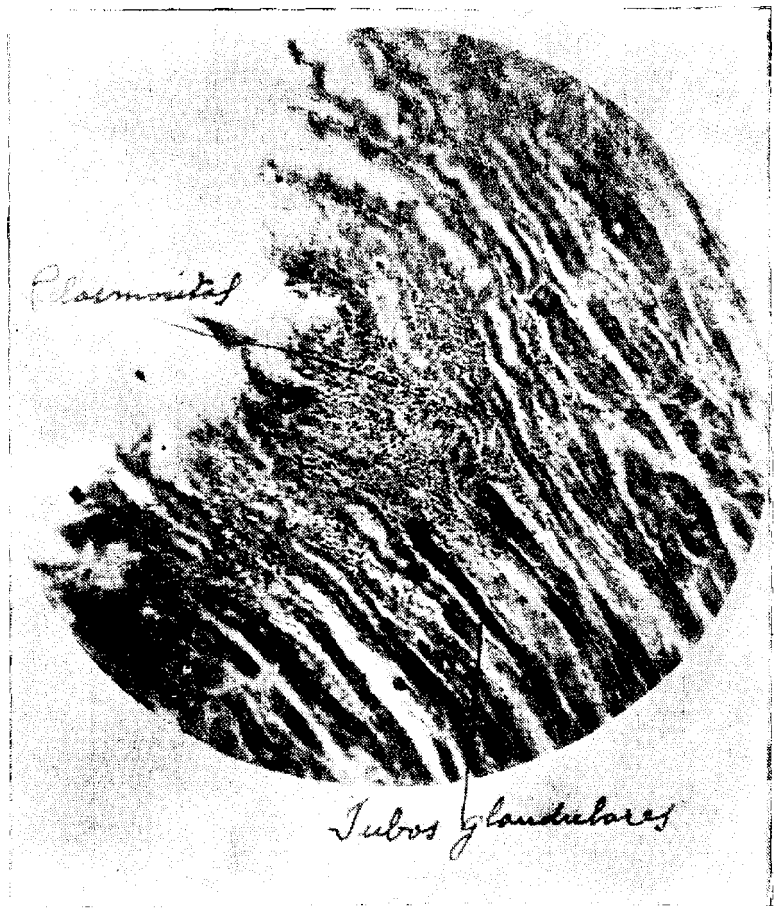
El aspecto macroscópico de la pieza es indudablemente de una úlcera cancerizada en sus bordes; además el tamaño, para el Dr. Urrutia, cuando es como el de la pieza, es suficiente para pensar en el cáncer; pero el Sr. Dr. Ignacio González Guzmán, conforme al estudio histo-patológico que hizo de uno de los bordes de la pieza, concluyó que no había tal degeneración.

La enferma no tuvo ningún accidente anestésico. Los dos primeros días tuvo vómitos ligeros. Desde el primer día tomó un poco de té en la tarde. El segundo día 100c.c. de leche con 400c.c. de agua hervida, en varias pequeñas tomas. El tercer día, un litro de leche pura. El quinto día, puré de papas y leche. Los días que siguieron además de lo anteriormente anotado se le alternó un poco de caldo de legumbres y puré de manzana. A los nueve o diez días de operada. tomó huevos.

Como es fácil de advertirse, alimentamos muy pronto a nuestros operados de úlcera y es con el objeto de evitar un estado de acidosis, no constituyendo ningún riesgo para el buen éxito de las suturas. La enferma salió a los 20 días del Hospital General, sin ninguna molestia gástrica. En este mismo estado la he visto tres o cuatro meses después. En uno de nuestros gastrectomizados en quien practicamos una mediogástrica, la tarde de la operación tuvo una congestión sobreaguda de los pulmones que pudimos dominar con inyecciones de oxígeno en abundante cantidad.

ABRAHAM AYALA GONZALEZ.

DARIO FERNANDEZ.



Microfotografía de un corte histológico de la úlcera resecada

Comentario hecho al trabajo de los Dres. Ayala y Fernández por el Dr. José Tomás Rojas

SEÑORES ACADEMICOS:

Nunca he escuchado con tanto cariño la lectura de un trabajo, como la del muy interesante que nos presentó en la sesión pasada, mi amigo y compañero el Sr. Dr. Abraham Ayala González a quien me complazco hoy, que oportunidad encuentro, en rendirle públicamente el homenaje de mi admiración, no sé si más al amigo, ávido de disculpar nuestros errores, o al médico de intuición penetrante y recto juicio, que heredara, si así expresarse pudiese, de José Terrés, nuestro constantemente recordado maestro. Van, pues, mis más entusiastas *felicitaciones al nuevo Académico*, que de manera tan brillante hizo su ingreso a esta Corporación.

El trabajo de Ayala es *sumamente importante*, porque contiene puntos de vista que confirman plenamente los resultados a que ha llegado el inglés Berkeley Moyninham, en sus estudios acerca del ulcus gastro-duodenal; aunque me temo un poco que el lenguaje exagerado, y por consiguiente sugestivo, empleado por el cirujano antes citado, haya influído poderosamente en la mentalidad del observador mexicano, pues todas y cada una de las aseveraciones de Ayala, coinciden plenamente con los puntos de vista del anglo-sajón, como podrá cerciorarse quien lea las: «dos lecciones sobre úlcera gástrica y duodenal» por él publicadas.

En dichas afirmaciones, quizás con el objeto de impresionar y de herir las imaginaciones, se ha hecho uso de un lenguaje, que presumo no siempre coincide exactamente con la verdad, sino que esta se haya deformado un poco, para poder vencer las resistencias que siempre encuentran las ideas nuevas, buenas o malas. La anterior manera de proceder no es censurable a mi juicio, sino imprecindible y necesaria para quien quiere convencer; si Dieulafoy no hubiera tenido el *fuego de expresión* que tubo, no hubiera visto tan pronto aceptadas sus ideas; si Brulé no hubiese exagerado

en materia de ictericias, no habría obtenido partidarios tan apasionados como él. Así deben ser, pues, los reformadores; que no es con la fría lógica con lo que se nos domina el mundo, sino con la vibrante de los sentimientos, y esto aun en un terreno que al parecer es ageno y poco propicio a la sensabilidad, como los laboratorios de los sabios, o las clínicas de los médicos eminentes. Después vendrán las rectificaciones, las restricciones y los hechos quedarán en su justo medio, pero el innovador ya logró hacerse oir y sacudir la general negligencia para todo lo que contraría nuestros hábitos, costumbres y sobre todo las viejas ideas, tan queridas para la mayoría de los mortales. En Ayala encuentro las cualidades anteriores, al hacer su trabajo de confirmación a los puntos de vista del Mayor General del Ejército Británico y, su impetuosidad de reformador lo llevó a afirmar rotundamente cosas que seguramente no estuvo en su ánimo hacerlo, como el de asegurar que el tratamiento médico de las úlceras solo lo reserva, oidlo bien, para los enfermos que rehusan terminantemente la operación, o para los debilitados que no tolerarían una intervención delicada. ¿Y en las úlceras crónicas sifilíticas también mi fino compañero olvidaría el neotrepol o el salvarsán, por abrir el vientre, panacea universal de esta gastropatía, a lo que parece?. En las úlceras altas yustacardiacas ¿no tendrá en cuenta lo serio que resultaría el acto operatorio?: Evidentemente que sí el movimiento se demuestra andando, esa fué la razón para que siendo mi médico, no me propusiese formalmente una resección, y aun rió de buena gana cuando supo que un operador, a quien le debo por lo menos su buena voluntad, me propuso la operación, a lo que le contesté que creía que no era posible, pues hombres como Ulises Valdés y Gabriel Malda me la habían desaconsejado por imposible; pasaron algunos días y aquella persona tan laboriosa volvió conmigo, participándome el hecho estupendo de que no tuviera cuidado, que la operación era factible, pues en su deseo de servirme había ya verificado en el cadáver una resección alta, y no solo, sino que había aun podido hacer la exéresis de una pequeña porción del esófago (!) Guardo profunda gratitud a quien tanto quizo hacer por mí, pero conservo intactas las paredes de mi cavidad abdominal, y por este tengo el gusto de venir a rebatir ideas tan absolutas.

No se crea tampoco por lo que expuesto llevo, que yo soy de esos internistas, que pinta Ayala, huraños a todo lo que no sea cucharadas y papeles, que tiemblan a la vista de un bisturí, y que aconsejan a sus enfermos, palabras textuales del trabajo comentado, que primero se mueran que dejarse operar. No señores, no me embarga ese terror sagrado, esa especie de misticismo religioso, que conduce, según nuestro nuevo Académico, a inmolar la vida agena, no sé si también la propia, en holocausto del odio a las tijeras y al cuchillo. Créame mi querido amigo que si alguna vez, y des-

graciadamente para mí, tuviese una apendicitis, una estenosis del píloro, o alguna pequeñez semejante, no encontraría en mi el estoicismo de renunciar a la cirugía solo porque en mi vida fuí uno de tantos pildoreros, como sé que se nos dice. Créame también mi buen compañero que seguido armo la mano del cirujano, pues mi criterio es amplio, ecléctico y acepto todo lo que pueda producir bien a mis enfermos, y si no opero personalmente es porque no tengo la habilidad manual indispensable, y no me creo con facúltades para dominar tanto la medicina como la cirugía. Pero por otra parte, por más amor que tuviese a la medicina interna, que si le tengo y muy grande, no gastaría para que impidiese a mis enfermos, se beneficiasen de la cirugía cuando lo creyese oportuno; en una oclusión intestinal, por ejemplo, constantemente predico en la cátedra que profeso, que el mejor deber del médico una vez que ha fundado su diagnóstico, es no cargar su conciencia con el terrible, pero muy justo reproche del cirujano de que a la mesa de operaciones frecuentemente no llegan individuos capaces de resistir una amplia laparatomía, sino que se le envían sujetos que son casi cadáveres, por haberse seguido una criminal espera, con opio, belladona y cucharaditas de aceite de ricino.

Esquematizando mi pensamiento diré que mi voz no se alzó contra la cirugía que muchas ocasiones tiene de prestar socorros a los ulcerosos, sino en contra de la unilateralidad de miras, pues lo mismo combatiré al que sostuviese que toda úlcera, así, sin excepciones, sana, sin necesidad de operación.

No señores, mi criterio es que la úlcera es una afección médico-quirúrgica; ya uno, ya otro, según las circunstancias.

Yo no opondré a la fórmula lapidaria: ulcus igual a gastrectomía, otra semejante pero contraria: ulcus igual siempre a medicina interna. No seré tampoco yo quien dispute a los cirujanos los ulcerosos con estenosis pilórica y dilatación consecutiva, o los viejos ulcerosos esclerosos con perigastritis y peligro de evolución cancerosa o aquellos a quienes aparentemente sin razón, aunque en el fondo debe haberla, ha fracasado el tratamiento médico, que sirve para algo, como procuraré demostrarlo glosando una a una las afirmaciones del competentísimo gastrólogo del Pabellón 19 del Hospital General.

Comienza el estudio comentado por afirmar la mayor frecuencia aparente de las úlceras que lo que antaño se asegurase, explicándolo por los mejores medios de observación ahora disponibles, ya no se espera a la temible hematemesis, (que no siempre corresponde a la úlcera, sino a una hepatitis, a una apendicitis, etc), para afirmarla. Asienta luego que la radiología no debe considerarse como algo distinto y aun opuesto a la clínica, sino que forma parte integrante de esta misma. Con ambas aseveraciones

estoy de acuerdo y reciba el Dr. Ayala por la última, mis más vehemente felicitación, pues para mí es frase sin sentido «la famosa oposición entre el laboratorio y la clínica». A continuación nuestro gastrólogo, aunque dándole papel de primera linea, no está de acuerdo con Sir Berkeley Moyniham, en que la radiología sea el todo en la clínica gastro duodenal, cosa única en que encuentro discordantes a ambos autores. Sin vacilación me coloco de parte de Ayala, puesto que el diagnóstico casi nunca es el resultado de un solo dato, sino de un verdadero cálculo de probabilidades, según valorización razonada de los diversos síntomas, signos físicos, etc, la historia del enfermo, la semiótica de sus vómitos, de sus dolores, el estudio del quimismo gástrico, las hemorragias ocultas, los datos radiológicos, la exploración física, etc. todo esto constituye un todo inseparable, y en el que yo no podría decir a cual daría la preferencia siempre, sino que según los casos, cuando no concuerdan todos, desatiendo, de manera general, al que no concuerda con los demás que entre sí si fueron concordantes; por más que aquel fuese de aquellos de suma importancia; v. gr. la radiografía, cuyos nichos, espolones, ondas de contractura permanentes, etc, son seguramente signos diagnósticos muy importantes y que a menudo lo deciden; pero es también posible que a pesar de la autoridad del radiólogo el fenómeno sea inexacto, pues al fin y al cabo las radiografías no son sino complicaciones de sombras más o menos difíciles de interpretar. Nadie ignora que la imagen lacunar es en el cáncer gástrico signo de importancia, y en el caso de la Sra. J. S. Vda de M. el Sr. Dr. Ulises Valdés me dió el diagnóstico radiológico de neoplasma gástrico; naturalmente que medité mucho, que dudé mucho, pero al fin y al cabo deshechó tan sombría concepción de enfermedad, porque los demás datos clínicos no me hablaban en el sentido en el que solo la radiografía constituía una parte, del congruente conjunto de los demás signos. Esta persona está prácticamente bien, su estado general es bueno, y la prueba del tiempo me ha sido favorable, pues ya han transcurrido cerca de tres años. De propósito y no al azar he escogido este caso, pues a mi me place dar siempre los mayores detalles, y si hubiera pronunciado al nombre de un radiólogo novel, como lo puedo hacer, podría tal vez perjudicarle, si esto llegase a oídos de gentes indoctas y mal preparadas que lo juzgasen con equívoco criterio; mientras que la reputación de Valdés es muy alta para que pudiese lesionarse.

No hago mención respecto a lo asentado de que la úlcera progresa por períodos de exacerbaciones y de remisiones a veces muy largos, por ser estos conocimientos ya clásicos en patología.

Acto continuo vienen algunas afirmaciones que no concuerdan con mi práctica y que no he visto hacer tan rotundamente sino a Moyninham primero y a Ayala después, aunque esto no quiere decir que yo niegue que

algun otro autor la haya asentado, pues mi biblioteca, bien escasa, no me permite grandes generalizaciones, aunque dichas ideas no deben ser muy comúnmente admitidas, puesto que no las he visto señalar en doce obras distintas y especializadas en la materia, que he consultado.

Dichas aseveraciones son las siguientes: Se establece un ciclo para la úlcera duodenal en esta forma: alimentación, tregua, dolor que perdura hasta la próxima comida con la cual se quita, y, para las gástricas, alimentación, tregua, dolor y un segundo descanso. Hágase el favor de leer la memoria de los Dres. Ayala y Fernández para que se vea que su lenguaje es categórico, terminante, no admitiendo más excepción que la de las perivisceritis y adherencias que pueden complicar al proceso ulceroso. Todas estas afirmaciones tan categóricas en medicina me son muy sospechosas, y prefiero que me digan, y estoy más dispuesto a creer cuando se hace uso de giros como «frecuentemente», «en la mayoría de las veces», etc. Pero en el caso especial, creo que no hay nada semejante a lo señalado, por más buena voluntad que se tenga en admitirlo. Yo puedo garantizarle al Dr. Ayala, no solo como médico, sino como paciente, y aquí a mi testimonio sí le doy más valor, que conservando siempre su carácter de tardío, unas veces el dolor me dejaba descansar antes de la siguiente comida y otras no, sino que con ella desaparecía.

Se podría argumentar que tal vez tuviese yo ambos padecimientos, lo que no es ciertamente raro, y de ahí los cambios en los caracteres del dolor; pero bien sabe Abraham que tanto las radiografías del sanatorio Valdés, como las tomadas por el Dr. Madrazo, no señalaron más que una y la localizaron en el mismo sitio. Por otra parte, léase cualquiera descripción del dolor de la úlcera, en cualquiera patología y se verá que los autores tienen especial cuidado en señalar precisamente, que salvo el carácter de tardío que es el más constante, todos los demás caracteres son esencialmente caprichosos; tal enfermo no sufre absolutamente nada, recuérdense las úlceras latentes; aquel otro tiene un ardor, o un verdadero dolor terrible que que se quita vomitando; en cuanto al sitio en su mayoría epigástrico, es a las veces lateral izquierdo, pudiéndose observar, como en mí mismo, a la palpación un punto doloroso localizado en la extremidad anterior de la décima costilla izquierda, y por último en dos ocasiones lo he encontrado retro-esternal alto, como si fuese el sufrimiento de una aortitis ascendente; por lo que a irradiaciones respecta son muy variables, y quizá no sea la más frecuente la clásica vertebral, etc. Recuérdese finalmente que bajo la apariencia engañosa de una simple hiperclorhidria puede ocultarse una úlcera en plena evolución. Lo que se advierte, pues, es esa falta de rigidez, de precisión en los caracteres del dolor que no se somete a moldes preconcebidos, como lo pretenden los autores comentados. Aquí debo señalar que

para mí debe entenderse como úlcera duodenal, solamente la lejana al píloro, que tiene una sintomatología especial y es, además poco frecuente; pues conservo, con los médicos franceses, el nombre de yusta pilórica a la que dá el síndromo de estenosis del píloro, esté del lado del estómago o del duodeno pues no pienso con los americanos y con los ingleses que una simple vena, que no siempre es fácil de encontrar, sea bastante a separar dos lesiones de sitio cercano, de fisio-patología idéntica y de igual sintomatología, sino que sigo creyendo con la escuela francesa, que los famosos síntomas diferenciales, como el del eructo después de algunos minutos de una toma de leche y otros más señalados como distintivos en realidad son arbitrarios, discurridos a priori, puesto que en un mismo enfermo, en ocasiones diferentes, puede producirse el fenómeno o dejar de presentarse. Entiéndase bien que todo esto se refiere a las úlceras cercanas al píloro, y no tiene que ver con la lejana, de la segunda o tercera porción, proceso patológico pocas veces observado. En este asunto de clasificaciones de las úlceras en duodenales para los americanos y yusta pilóricas para los franceses, predomina en mí, como en otras muchas cosas el criterio fisiológico, sobre el anatómico.

Si analizo la frase que figura en la memoria que nos fué presentada hace ocho días, de que «el dolor aparece más tardíamente, mientras la úlcera está más cercana del duodeno», no la puedo aceptar sino quitándole su rigorismo matemático y dándole elasticidad biológica; igual cosa me sucede con aquella otra de «que en cada enfermo la hora de aparición del dolor es siempre idéntica, al grado de poder arreglar un reloj, comiendo a hora fija, por el principio del mismo dolor»; salta a la vista la exageración máxime si se la presenta escueta como los autores con-nacionales, y no se la complementa como el médico militar inglés, con la noción, para mí muy importante, de su relación con la cantidad y calidad de alimentos ingeridos. Y a ese respecto tengo una muy amplia experiencia en mí mismo, y sé perfectamente que la precocidad más o menos grande del dolor está muy íntimamente relacionada con la cantidad de comida, y un poco menos con su calidad. con la cual está más bien en relación la intensidad del dolor. ¡Pero cuántas excepciones a esta regla, buena como de aproximación, mala como absoluta!

Tanto el autor británico como el mexicano afirman contrariamente a muchos gastrólogos, que en la mayoría de úlceras domina un quimismo hiposecretor; mi pequeña estadística es apenas de 38 enfermos con diagnóstico seguro, pues he eliminado aquellos cuyo diagnóstico no está suficientemente comprobado, por no haberse podido hacer pruebas de gabinete. Ahora bien de esos 38 casos, uno ha presentado anaclorhidria y únicamente tres hipoclorhidria. Sin embargo, en cuestiones de estadística no tengo mucha fé, y para sincerarme de esta opinión, voy a transcribir parte

de un cuadro estadístico, tomado de la patología y terapéutica del alemán Kraus, que se refiere precisamente a la mayor o menor frecuencia de la hiperclorhidria en el ulcus: en Giessen, Riegel, encontró el 100% de hiperclorhídricos; en París, Robin, el 91%; en Berlín, Ewald, el 34% y en Munich, Kayser, solamente el 13%. Huelgan los comentarios. ¿Por qué estas diferencias? A mi manera de ver se pueden explicar, primero, por los diversos medios en que se trabaja, afecciones relativamente recientes abundarán en las policlínicas particulares, y más bien predominarán las antiguas gastropatías en los hospitales; lo que presumo ha pasado con los enfermos de Ayala. pues nos habla de que rara vez la tregua post-prandial es absoluta, sino que frecuentemente es substituída por diversos malestares, afirmación evidentemente errónea para los enfermo sin complicaciones, realmente exacta para los procesos antiguos. y complicados; mi tregua dolorosa v. gr., era completamente tranquila. En segundo lugar las diferencias pueden provenir de la costumbre que se tenga o no, a pesar de una apariencia banal de examinar a todo gástrico completamente, inclusive medios de laboratorio, pues el médico que tal hace tendrá oportunidad, perdida para el que solamente procede de tal manera en los pacienres de síntomas operatorios, de sorprender gastropatías graves, pero recientes, evolucionando bajo la máscara de una simple dispepsia. Nadie niega actualmente la existencia de casos de la enfermedad de Cruveliher con hipoclorhidria, sobre todo en los procesos morbosos que ya han durado mucho, pero la mayor parte sostienen la frecuencia más grande de la hiperclorhidria (Mathieu, Widal, Roux, Le Noir, Hayem, Marcel Labbé. etc., etc). Los autores que sostienen lo contrario tienen dificultades para explicar por qué la úlcera únicamente se observa en lugares bañados por el jugo gástrico ácido, como el fin del esófago, el estómago; y principalmente del duodeno, y por qué del yeyuno-ileón en que existe un medio alcalino, no se observan sino cuando recibe un quimismo ácido, por ejemplo después de una gastro-entero-anastomosis, y por qué, también, esta complicación no es de temer en los operados, cuyo quimismo es hipoácido.

Vienen luego, en el tantas veces citado estudio, la para mí, parte más importante, es decir la del tratamiento, de la cual recogí algunas afirmaciones, las que me parecieron más atrevidas, o prácticamente más dañosas. Si se sustenta el criterio de que habitualmente no se obtienen curaciones sino con la gastrectomía, debe rechazarse enérgicamente, el que se deje el tratamiento médico para los pacientes que se resisten a operarse, pues repugna a la moral médica, si tales ideas se profesaren, proceder de esa manera, solo por no verse abandonado por el cliente. ¿Qué me diría Ayala si yo le dijese que en el tratamiento de la difteria, empleaba gárgaras con agua oxigenada en los pacientes renuentes al suero? ¿Debe ser el enfermo

quien guie al médico, o éste último quien imponga su voluntad al paciente? Seguramente que lo segundo, y si encontramos resistencia ineludible debemos declinar la responsabilidad de su tratamiento, puesto que aceptamos ésta última, debemos y podemos exigir la libertad de acción. Yo conozco perfectanente a Abraham Ayala, si no estuviese seguro de su competencia y sobre todo de su moral, no hubiese puesto mi vida en sus manos; con tales pruebas creo que tengo derecho a que no tome mis palabras anteriores como encerrando dolosa intención de crítica, sino que debe pensar que juzgo que en su afán de sostener su criterio quirúrgico, se dejó llevar demasiado lejos y no midió la trascendencia de sus palabras.

Continúo comentando: Son del dominio quirúrgico, dice, las úlceras crónicas ...Los procedimientos médicos rara vez curan.... Estas opiniones entre los médicos internistas encuentran mucha oposición..... es sensible que no vean las piezas anatómicas, pues solo su inspección demuestra su incurabilidad. Es realmente sensible no ver una cosa, pero el razonamiento es malo, para probar la inutilidad de la medicina interna; es la expresión del pensamiento anatómico que conduce a la incredulidad terapéutica, pensamiento que felizmente va desterrando nuestra Escuela, substituyéndolo cada vez más por el fecundo fisiológico. Cierto, cuando veo una úlcera callosa, para la que,' por otra parte, no se pide la terapéutica médica, o cuando contemplo un pequeño riñón rojo contraído, o un hígado cirrótico, inconscientemente mi espíritu se inunda del más triste pensamiento de impotencia absoluta; pero si levantando la vista de la pieza anatómica, nos fijamos en las funciones perturbadas o en la sintomatología más o menos molesta o dolorosa, una sonrisa de alegría substituirá al gesto anterior de pesimismo porque por ese camino si encontramos manera de servir a nuestro prójimo, y el médico toma de los dioses el sublime dón de calmar el dolor, de mejorar, de consolar.... Pero volvamos a meditar, acerca de conceptos emitidos renglones atrás; se nos dice, que la úlcera crónica es del dominio quirúrgico, si por esto debe entenderse nada más el final de la misma, cuando ya es callosa y tiene perivisceritis, estoy enteramente de acuerdo; es diferente, pues si el Dr. Ayala cree que el tratamiento médico rara vez cura, yo le opongo mis 38 enfermos de los cuales le garantizo que 14 no sufren actualmente, y esto, en algunos, por períodos de tiempo ya de varios años, o cuando más son débiles gástricos, que cuando abusan del alcohol, del chile, etc., tienen algunas molestias, que desaparecen en cuanto siguen el regimen ordinario, no de un enfermo o lisiado, sino de lo que vulgarmente se llama una comida sana, una comida casera. De los otros 24 ignoro su suerte, pero pienso que no se me tachará de parcial a mi favor, si supongo que solamente la cuarta parte de estos, esté como las anteriores, es decir seis, que sumados a los 14 ya considerados, dan un total

de 20 o sea sensiblemente un 50% de curaciones, lo cual no es disiderátum, pero tampoco es un resultado despreciable, para desdeñar hasta intentar toda terapéutica médica. Advierto que en mi estadística no incluyo las gastritis ulcerosas sifilíticas. No soy el único que llega a conclusiones semejantes, Leube cree que el 50 o 75% de ulcerosos curan con los recursos de la medicina; y Ewald, de Berlín, juzga que de 100 enfermos tratados en los hospitales por los medios médicos 55% son de curaciones.

A continuación nuestro comprofesor de la Facultad nos asusta avisándonos que dos terceras partes de los cánceres se injertan sobre antiguas úlceras, más se le olvidó indicarnos la mucha menor frecuencia de dicho padecimiento, de tal manera que si pude reunir 38 ulcerosos de mi policlínica, pues no llevo estadística del hospital alguno, no le puedo presentar en cambio más que tres cancerosos, lo que hace ya menos sombrío el cuadro que nos trató de pintar con los más negros colores. Por otra parte no todo el mundo piensa como él, pues si es cierto que los hermanos Mayo dan un 69% de transformaciones cancerosas, en cambio Hayem solo encuentra 22%, Lebert 9%, Roseenhein 6% y Steiner 4%. Yo me inclino a la opinión de los autores que dan cifras bajas, y que son los más, porque hasta ahora no veo ninguno de mis ulcerosos, en ya 12 años de ejercicio de la medicina, convertirse en canceroso. No niego el hecho, entiéndase bien, solo afirmo su rareza.

Las hemorragias también alarman en grado sumo al profesor Ayala, quien no tiene en cuenta su casi absoluta ausencia, en los enfermos bien tratados como gastrorragias graves, capaces de poner en peligro la vida; porque no sucede lo mismo con el ulceroso dejado a su propia suerte, sin dietética ni terapéutica apropiadas. No me atrevería a negar que nunca ningún ulceroso en tratamiento pueda morir de una hemetemesis, pero si estoy acostumbrado a que se me llame a atender síntomas tan peligrosos en enfermos mal tratados o no tratados del todo, no tengo memoria más que de un caso, en que una hemorragia fuerte haya sobrevenido en enfermo que tenía en curación; y aun este caso solo lo señalo por exceso de escrúpulos, pues dicho enfermo debe entrar en la categoría de los pésimamente tratados, porque nunca seguía el regimen por más de 15 días; en cuanto mejoraba, lo abandonaba.

En otro lugar de la mencionada memoria se asienta que el tratamieuto médico es largo, penoso y depresor en alto grado. En cuanto a lo de largo estoy conforme, en término medio de 1 a 2 años, pero como Ayala lo recomienda con muy buen juicio, para después de la operación, y en este caso también debe ser largo para evitar lejanas complicaciones post-operatorias, no me veo obligado por consiguiente a una gran defensa a ese reproche. En lo que se refiere al epíteto de penoso, ciertamente que lo es durante los ocho

primeros meses, después es una dieta muy soportable, en la que pocos alimentos se prohiben, casi es el regimen normal, pero sin especies irritantes, ect: Por lo que toca a lo de deprimente en alto grado, nada más me lo explico porque Ayala tuvo en cuenta para atacar, únicamente al regimen de Le Noir, regimen de inanición, que expone a la acidosis, y que seguramente dificulta la cicatrización, haciendo la convalescencia muy larga, penosa y difícil. No, actualmente no debemos permitir que nuestros enfermos, en su período de mayor dieta, cuando están en reposo absoluto, bajen más allá de 2 a 3 kilos de peso, y muy frecuentemente me sucede al suprimir el reposo absoluto en el lecho, tener la satisfacción de comprobar que no solamente no han perdido de peso, sino que a veces lo han aumentado, lo que se explica por una alimentación escogida pero suficiente y adecuada, por la cesación de los fenómenos dispépticos y por el reposo forzado.

Terminado el análisis de las afirmaciones del médico de la calle del Ayuntamiento, séame permitido estudiar un curioso fenómeno psicológico que consiste en omitir lo que no conviene a nuestros principios. Y así me explico que si se nos presentó obscuro, sombrío el porvenir de los enfermos tratados por los médicos, nada se nos expresó del de los operados. Desaparecieron como por encanto la mortalidad operatoria, las diarreas tenaces y rebeldes que a veces conducen a la caquexia; las redicivas de úlceras en el yeyuno cerca de la boca gástrica, muy más graves que la resecada por su tendencia a la perforación que es muy grande; se esfumaron los casos de operados que ven aumentar sus dolencias y que se convierten en más dispépticos que antes, ¿pero qué importancia tiene que la boca gastro-entérica no funcione en ocasiones? ¿de tales pequeñeces quien se acuerda? Pero tampoco quiero caer en el error opuesto, exagerando intencional o subconscientemente los daños de la tesis contraria, y confieso paladinamente que si teóricamente estos peligros existen, en la realidad son en verdad poco frecuentes.

Un nuevo motivo que me hace evitar la operación siempre que se puede, es que la cirugía en estos casos es mutiladora. El píloro es un órgano que indudablemente desempeña importante papel en la mecánica gastro-duodenal; no se puede ignorar por ningún gastrólogo el síndromo de insuficiencia pílorica; el reflejo ácido del píloro ha sido perfectamente bien probado para que lo olvidemos. Por todas estas razones cualquiera manera de proceder que suprima anatómica o funcionalmente al píloro, debemos considerarla como un mal necesario, como un recurso del que solo se debe echar mano, cuando no tenga otro remedio, pero no debe de considerarse como procedimiento de elección.

Aunque estas líneas son de comentario al utilísimo trabajo leído en sesión anterior, no por eso dejo de considerarme obligado a expresar mi

opinión acerca de lo que se debe hacer en presencia de un ulceroso, ya que rechazo la sistemática intervención operatoria. Seguramente que son una formal indicación de los procedimientos quirúrgicos, los casos de ulcus complicados de estenosis del píloro, o del cardias, los estómagos bi-o poliloculados, las perivisceritis amplias, las hemorragias rebeldes, las úlceras callosas sobre todo en personas de edad avanzada, las recidivas frecuentes y en general, aunque la causa se ignore, todas aquellas úlceras en que un tratamiento médico fracase, aunque haya sido bien aconsejado. También se deben tener en cuenta las condiciones sociales del enfermo, o su carácter, que impidan o hagan un tratamiento suficientemente prolongado, pues seguramente es preferible operar, aun sin complicaciones, que abandonar la enfermedad a su propia evolución, porque eso sí, el tratamiento médico debe ser bien hecho, o no serlo.

Para los demás casos, y no son los menos sino los más, cuando se les sabe buscar, cuando nada justifica la sospecha de una complicación, el tratamiento médico debe ser el de elección. Pero se argumentará que nunca se puede saber a ciencia cierta la falta de complicaciones y que una úlcera aparentemente reciente, en realidad puede hacer años que exista. Bien, muy bien, pero en tales casos se hará una cura médica de ensayo, como en las curas antisifilíticas de prueba; y si al cabo de 2 o 3 meses no obtenemos resultado satisfactorio, tiempo hay de sobra para entregarlo al cirujano. Durante ese tiempo, garantizo, no habrá complicaciones, los sufrimientos aunque no abolidos estarán mejorados, puede ser que el enfermo pese más, todo lo cual favorece los resultados operatorios. El médico ducho en estos asuntos al mes o dos, sabe si su labor será coronada o no con el éxito, porque cuando la úlcera cure es pasmosa la mejoría, la supresión casi absoluta y definitiva de toda sintomatología; mientras que en los casos que no van a sanar, se presenta una mejoría, pero ¡qué distinta del cuadro anterior! Unos días los sufrimientos parecen haber desaparecido, más, sin causa aparente, alternarán con otros en los cuales el enfermo padece como antes o casi igual. Puede también suceder que después de un tiempo más o menos grande de salud, en relación con la mayor o menor docilidad del enfermo, se presente una recidiva. Si estas son frecuentes la operación se impone, si son muy lejanas se puede de nuevo recurrir a la medicina. En suma; nada de sistematizaciones, de procederes siempre iguales, que la clínica de por sí es móvil, variable y se presta a reglas inmutables

En caso de operar, ¿cuál debe ser la intervención de elección? ¿la gastrectomía o la gastroentero-anastomosis? Teóricamente tiene todas las ventajas la primera, pues la segunda, dejando la úlcera, que no siempre, cicatriza, no evita el peligro de hemorragias, ni el de la terrible cancerización y no modifica al quimismo ácido. En contra de la gastrectomía está su ma-

yor gravedad, pues no todos los cirujanos son tan felices, como el inglés Moyninham, quien solo pierde por defunción, un uno por ciento de operados. Así pues, en cada caso el estado general del paciente, las dificultades especiales de la técnica operatoria en cada individuo y al habilidad más o menos grande del cirujano, decidirán la clase de intervención.

Para terminar, señores Académicos, *quédame* felicitar muy efusivamente a Abraham Ayala González, uno de mis mejores amigos, por los detalles que nos dió de los cuidados minuciosos pre y post-operatorios, con que rodea a sus enfermos; pues no puede olvidar, aun a su propio pesar, que es un muy buen internista.

¡Ojalá que todos los operadores lo imitasen, y merecieran siempre el título de cirujanos, por no haber dejado nunca de ser médicos!

JOSE T. ROJAS.