

LA CRONICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL
MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA
Órgano de la Sociedad Médica Unión Fernandina

AÑO XXV } LIMA, 31 DE DICIEMBRE DE 1908 { N.º 480

TRABAJOS NACIONALES

Algunas consideraciones sobre un caso de Estómago Bilocular

POR

Constantino J. Carvallo y Carlos Monge M.
Ayudantes del Anfiteatro Anatómico de la Facultad
de Medicina de Lima

(Conclusión)

Tratamiento

El tratamiento del estómago bilocular, es uno de los puntos más importantes de su estudio; este tratamiento necesita para su aplicación, como fácilmente se comprende, el diagnóstico preciso de la afección, que, como se sabe, es de lo más difícil.

El tratamiento puede ser médico y quirúrgico. El tratamiento médico es sólo aplicable en los casos en que nos es posible intervenir; puede decirse que es solamente paliativo. Ciertos clínicos como Perret (1) y otros, han podido curar médicamente algunos casos. El tratamiento médico consiste simplemente, en el empleo de un régimen lácteo absoluto. En los

casos en que los síntomas dependen del espasmo muscular, el tratamiento bromurado ha dado buenos resultados.

Siendo la causa de los fenómenos que se presentan en los casos estómago bilocular adquirido, una causa mecánica de estrechamiento, de detención; se comprenderá que sólo beneficiarán algo, del tratamiento médico aquellos enfermos en los cuales sus síntomas morbosos sean sólo debidos á espasmo muscular, espasmo que en la mayoría de los casos es fugaz, pero que, muchas veces produce complicaciones, constituyendo entonces ese estado de contracción permanente, que puede muy bien denominarse *gastrismo*; y en aquellos casos en que las lesiones sean debidas á cicatrices ó adherencias, etc., sólo beneficiarán de un tratamiento quirúrgico, que es el único que suprime la causa productora de los desórdenes. Este tratamiento descansa sobre bases lógicas, de tal modo que es racional y el único que deberá emplearse, si se quiere tener la conciencia de proceder bien.

Cuando los síntomas recogidos en el exámen, sean los de una úlcera gástrica, pero que haya sido posible hacer el diagnóstico de estómago bilocular, el tratamiento médico será, naturalmente, el primero que se empleará, sobre todo

(1) A. Perret. Citado por L. V. Salcedo. "Tribuna Médica", N.º 18, pág. 489.

para evitar los fenómenos más graves de la éxtasis gástrica.

El tratamiento quirúrgico tiene por objeto suprimir el obstáculo y además restablecer el curso del contenido estomacal. Se consigue lo primero, practicando la exicción de la estrechez, ó bien por medio de otras operaciones plásticas; y se restablecerá el curso del contenido estomacal por medio de las anastómosis quirúrgicas.

Cuatro operaciones se han propuesto para el tratamiento del estómago bilocular:

La gastro-plastia.

La gastro-anastómosis

La gastrectomía anular medio-gástrica.

La gastro enterotomía.

GASTRO-PLASTIAS — Esta operación fue preconizada por Bordeleben en el año 1889 y practicada por primera vez por Kukernberg en 1893. En una operación análoga á la piro-plastia de Heincke-Mikulicz. Consiste en incidir el estrechamiento según el eje mayor del órgano, paralelamente á su dirección, y en seguida suturar la herida producida, perpendicularmente á ella, (fig. 1). La longitud de esta incisión debe estar en relación con el calibre de la estrechez. Mientras mayor sea ésta, más grande deberá ser la incisión. La sutura de la mucosa se hará con catgut, y la de las capas serosa y muscular, con seda, ó mejor con hilo.

Esta operación debe practicarse en los casos de estenosis poco marcadas, y cuando las paredes del estómago estén sanas. En efecto, cuando la incisión transversal sobrepasa la zona cicatricial, la sutura no puede servir para aproximar las extremidades de la herida; por otra parte, las suturas muy tensas, cortan los tejidos, si éstos están esclerosados.

Las condiciones necesarias para el éxito de esta operación, son las siguientes: Que el píloro esté libre;

que la estrechez sea medio-gástrica; que las paredes del órgano estén poco induradas y que si existe ulceración, sea poco manifiesta.

Sin embargo, la mayor parte de los cirujanos rechazan esta operación, porque expone á recidivas. Así G. Pouchet (2), dice que es peligrosa, por las recidivas y que por eso está abandonada. Marrión y Guillermon, la rechazan también por exponer, por la no reunión de los bordes de la herida, á peritonitis mortales. En la discusión á que este procedimiento fue sometido, en el primer Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía, celebrado en Bruselas, el 18 de setiembre de 1905, el señor Jonnesco (de Bucarest), hizo constar que la gastropластиа expone á recidivas (3). El señor Mattali (de Roma), al considerar las diversas afecciones benignas del estómago para las que la intervención está indicada, se ocupó del estómago bilocular y aconsejó en los casos de píloro libre y de estrechez poco marcada, la gastropластиа; pero hizo observar que, en la mayoría de los casos la gastro-enterostomía, es la que dá los mejores resultados. Sin embargo, el cirujano inglés Mayo Robson (4) ha practicado la gastropластиа 10 veces, de los cuales viven 6 en perfecto estado de salud.

El Prof. Tuffier, (5) á propósito de una comunicación del señor H. Hartmann, sobre los casos de biloculación operados por M. Jeanne (de Rouen), aconseja practicar la gastropластиа, solamente en los casos raros de estómago libre y estrechamiento poco marcado.

(2) G. Pouchet. Obra citada.

(3) "La Revue de Gynecologie et de Chirurgie Abdominale". T. X, N.º 1, 1906.

(4) "La Presse Médicale". 1907. N.º 22, pág. 194.

(5) Tuffier. Obra citada.

Los señores Monody Vanverts(6) aconsejan esta operación en los mismos casos que acabamos de citar.

El doctor L. V. Salcedo, en su trabajo sobre la biloculación gástrica, tantas veces citado, practicó en el año 1905, una estadística de las operaciones hechas por 19 cirujanos, en ella consigna 41 casos operados, de los cuales curaron 35 y no tuvieron éxito 6.

Esta estadística no es muy concluyente, á pesar de mortalidad tan insignificante, 14.7 por ciento, porque sólo indica el éxito operatorio y como acabamos de ver, la mayoría de los cirujanos, dicen que las recidivas son frecuentes. Hoy está casi abandonada.

LA GASTRO-ANASTÓMOSIS ú operación de Wolffler, también llamada gastro-gastrostomía, consiste en establecer una comunicación entre las dos bolsas, en tejido sano y á cierta distancia del estrechamiento; está indicada en los casos en que las dos bolsas sean colgantes, no tengan adherencias, el píloro esté libre y la estenosis sea poco marcada (fig. 2).

Según Schmidt, citado por Monprofit (7), esta operación podrá practicarse:

1º— Cuando la bolsa cardíaca sea más pequeña que la pilórica; es decir, que la estenosis esté cerca del cardíaco.

2º— Cuando las dos bolsas sean iguales y no hayan contraído adherencias, sobre todo al nivel de la curvatura mayor y que no existe un espolón.

3º— Cuando el puente cicatricial entre las dos bolsas sea poco extenso y falten los síntomas de úlcera al nivel de la cicatriz ó en cualquier otro punto del órgano.

M. Jeanne, (de Rouen), practicó esta operación en un caso de biloculación gástrica consecutiva á la cicatrización de una úlcera; el enfermo curó. En un segundo caso igual, pero producido por una perigastritis, con adherencias al hígado y al bazo, la gastro-gastrosomía no tuvo éxito, Jeanne tuvo que practicar entonces, la gastro-enterostomía, que por las condiciones deplorables en que se encontraba el enfermo no tuvo éxito.

Hochennegg, (9) cita un caso de una gastro-anastómosis practicada por él, en una enferma de 25 años, que desde los 15, comenzó á sufrir del estómago; sentía pesadez, vomitaba frecuentemente y después de las comidas.

Este estado se agravó á tal punto, que el peso de la enferma se redujo á 86 libras. Se practicó la operación de Wolffler, que fue seguida de un éxito operatorio y terapéutico de lo más completo. Hochennegg, considera esta operación como la de elección, por permitir un ancho paso á los alimentos; además, es más fácil de practicar que la gastrectomía anular.

Sin embargo, esta operación ha sido practicada muy pocas veces. Wolffler la ha ejecutado solamente dos veces. El doctor L. V. Salcedo, cita en su estadística 9 casos operados por ocho cirujanos; 7 casos curaron, sólo uno murió. Coase vé, la mortalidad está reducida á 1.1 por ciento.

Monprofit, en sus observaciones, cuenta 17 gastro-anastómosis simples, con dos muertes y 5 compuestas con una muerte.

El Prof. Tuffier dice que es una operación simple y benigna, que dá resultados funcionales excelentes.

Sin embargo, no faltan cirujanos que la desechen, porque no pone al

(6) Monod et Vanverts. "Traité de Technique Opératoire", 1902. Paris.

(7) Tuffier. "Chirurgie de l'Estomac". 1907.

(9) "La Presse Medicale", 1907. N.º 158, pág. 444.

órgano en un reposo tan absoluto como la gastro - enterostomía, y además exige que el píloro esté libre, sin adherencias, condiciones que es muy raro encontrar.

LA GASTRECTOMÍA ANULAR MEDIO-GÁSTRICA ó gastrectomía parcial, ha sido practicada solamente ocho veces en el tratamiento del estómago bilocular, habiendo dado seis curaciones. Mayo Robson la ha practicado dos veces, en casos de biloculación por carcinoma. Krause también la practicó con éxito.

Consiste en la resección del estrechamiento y la sutura de las dos bolsas (fig. 3). Conviene teóricamente en los casos de cicatrices libres y situadas en la cara posterior. Además, deberá practicarse en aquellos enfermos que conserven un buen estado general. Es muy poco practicada, por ser de técnica difícil y larga. Exige, como lo hemos dicho, condiciones que raras veces se presentan.

LA GASTRO-ENTERO-ANASTÓMOSIS fue practicada por primera vez en el servicio de Billroth el 28 de setiembre de 1881. Fue imaginada por Nicoladoni el curso de una operación de cáncer inoperable del estómago que ejecutaba Wolffler, quien siguiendo su consejo practicó por primera vez una anastómosis gastro-yeyunal.

Esta operación consiste en el establecimiento de un orificio artificial que hace comunicar el estómago con la primera porción del intestino delgado; el ansa intestinal que se escoge es la más cercana al ángulo duodeno yeyunal, para no suprimir una gran extensión del campo de la absorción intestinal.

De todas las operaciones del vientre, la gastro enterostomía ha sido y lo es actualmente, la más estudiada. Los procedimientos de técnica son cada día más perfeccionados.

Es la operación de elección del estómago bilocular adquirido, porque responde á todas las indicaciones del tratamiento de ésta afección; remedia al mismo tiempo la estenosis pilórica, si existe; y si hay ulceración, ejerce sobre ella acción favorable.

Esta anastómosis debe practicarse sobre la bolsa cardíaca, después de haberla reconocido bien, y esto es importante, pues si se hace sobre la pilórica, la muerte puede sobrevenir en muy pocos días. Así, L. V. Salcedo (10), cita tres casos fatales, en los que la anastómosis fue practicada en la bolsa pilórica. Estos casos son los de Childe y Hartmann; Mayo Robson cita uno, en que por un cáncer que había producido la biloculación gástrica, practicó la gastro-enterostomía en la bolsa pilórica con resultado fatal.

Tuffier dice, también, que este accidente no es raro y que muchos cirujanos han cometido esta falta; así Pinatello, la señala cuatro veces sobre un total de 42 operaciones; cita otro caso de Carle y Fantino, en que á pesar de haber practicado la anastómosis gastro-yeyunal en la bolsa cardíaca, el enfermo murió después de cuarenta días, habiendo presentado, una diarrea profusa y fétida. La autopsia demostró que existía una gran distensión de la bolsa pilórica, donde se reunía un líquido pútrido, expuesto á fermentaciones que intoxicaron al enfermo.

Para evitar esta seria complicación, algunos cirujanos, y entre ellos, Clément, de Fribourg, preconizan un procedimiento especial de gastro-enterostomía, que es una modificación de la gastro-enterostomía en Y de Roux. Después de haber obturado la extremidad inferior del intestino, la pasa hacia

(10) Doctor L. V. Salcedo. Obra citada pág. 490.

la cara anterior del estómago y practica una anastómosis lateral del intestino con cada una de las bolsas. Es una gastro enterostomía anterior en Y, con anastómosis doble al nivel del estómago (fig. 4).

Monprofit, (11) que se ha ocupado mucho el tratamiento quirúrgico del estómago bilocular, y que ha practicado algunos cientos de operaciones sobre el estómago, propone una gastro enterostomía en Y doble por implantación. (fig. 5).

La mayor parte de los cirujanos están de acuerdo en considerar la gastro enterostomía, como la operación de elección, por producir los mejores resultados, ser de técnica fácil y suprimir todos los fenómenos de la biloclusión estomacal.

G. Pouchet dice, que la gastro-enterostomía es la mejor operación para curar el estómago bilocular: que sobre 41 operaciones, una vez solamente, los síntomas reaparecieron; es por otra parte de una benignidad casi absoluta, lo que explica que sea la única empleada hoy".

H. Hartmann [12], de París, en su "Chirurgie Gastro-Intestinale" dice que: "el estómago bilocular, es una enfermedad poco frecuente, que á menudo pasa desapercibida y propone para su tratamiento la gastro-enterostomía, sobre la parte más declive de la dilatación superior; esta operación remedia todos los accidentes causados por la estrechez en *bissac*; suprime al mismo tiempo los de la estenosis pilórica si existe y en fin, cura la úlcera gástrica concomitante; operación por otra parte simple y

aplicable á la mayoría de los casos".

En el Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía celebrado en Bruselas, en los días 18 á 23 de setiembre de 1905, en la discusión sobre las intervenciones quirúrgicas en las afecciones no cancerosas del estómago, los señores Mattali (de Roma), Jonneseo (de Bucarest), y H. Hartmann [de París], al ocuparse del estómago bilocular, dijeron que la gastro-enterostomía simple ó doble, es decir drenando las dos bolsas, era la operación de elección por ser la que dá los mejores resultados (13).

La mortalidad es de 13 %; teniendo en cuenta las observaciones recientes, se puede decir que tiende á convertirse en nula.

L. V Salcedo en sus estadísticas, cita 21 gastro-enterostomías por biloclusión gástrica, con 16 curaciones y 5 muertos; la mortalidad es de 23.8 %: pero como acabamos de ver en las nuevas estadísticas la mortalidad ha disminuído mucho.

Entre los inconvenientes que pueden presentarse para practicar esta operación, creemos deber, indicar el hecho señalado por M. Jeanne [de Rouen], y estudiado últimamente por los señores P. Cavaillon y G. Leclerc (de Lyon) [14] sobre las lesiones de atrofia y distensión del segmento intestinal subyacente al estómago; atrofia algunas veces tan considerable, que dificulta sobre manera el establecimiento de una anastómosis gastro-yeyunal, suficientemente ancha.

También Tuffier ha señalado, los

(11). Monprofit, "La Revue de Gynecologie et de Chirurgie Abdominale", T. XI, No. 1, 1907.

(12) H. Hartmann. "Chirurgie Gastro-Intestinale". 1901, París.

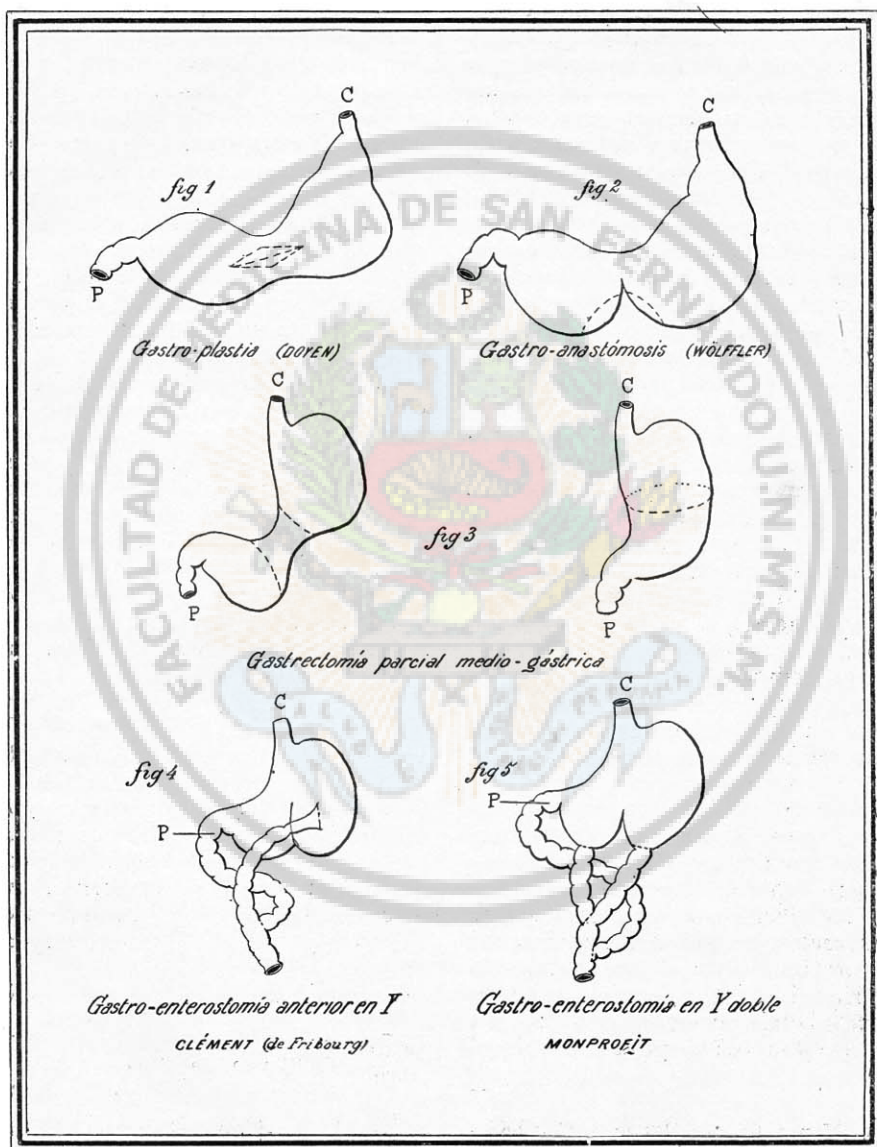
(13)—"La Revue de Gynecologie et de Chirurgie Abdominale". T. X, No. 1, pag. 115.

(14)—P. Cavaillon et G. Leclerc. "Étude anatomique du segment sus-jacent aux stenoses intestinales. "La Revue de Gynecologie et de Chirurgie Abdominales". T. XII, No. 3, 1907.

casos de estómagos biloculares fisiológicos, producidos por una contracción espasmódica, que lo divide en dos cavidades; constricción

que es temporal y que puede seguirse con la vista, como en el caso de Büdinger Konrad, en que este cirujano vió en una enferma

Estómago bilocular



ESQUEMA DE LAS OPERACIONES

operada por diagnóstico de estómago bilocular, producirse al nivel de una cicatriz en forma de T en la curvadura, mayor, una contracción gástrica tan violenta, que el órgano se dividió en dos cavidades separadas por un istmo de dos traveses de dedo máximo. Además, pudo notar la existencia de un tumor duro. Esta es seguramente, la primera observación de este género, en que se ha podido seguir con la vista la producción de un estómago bilocular por contracción espasmódica. En esta enferma se hizo una gastro-enterostomía posterior retro-cólica, sobre la bolsa cardíaca y como el estómago estaba algo ectopiado, se hizo la gastropexia. La enferma curó. Para evitar que el orificio de la boca anastomótica, se haga en el lugar del espasmo muscular, en estos casos es prudente, practicarla en sitio lo más lejos posible de aquellos tejidos que parezcan sospechosos.

Los procedimientos quirúrgicos que acabamos de estudiar, son los que han sido propuestos por la mayoría de los cirujanos más notables y que se han ocupado del tratamiento del estómago bilocular.

Sin experiencia personal, sin que podamos con razón formarnos criterio sobre cual de estos procedimientos es el mejor, dejamos al lector, que se decida por el tratamiento que crea más oportuno.

Pero si se tiene en cuenta los resultados que la gastro-enterostomía, ya simple ó doble, ha dado á la mayoría de los cirujanos, nos parece que esta operación, es la que debería adoptarse en la mayoría de los casos.

Las epidemias amarillicas de Lima

APUNTES PARA LA HISTORIA DE LA FIEBRE AMARILLA EN AMÉRICA

por el doctor

ROMULO EYZAGUIRRE

(Conclusión)

“Pero esos males son nada, si los comparamos con los que, nuestra miseria y nuestra ignorancia, producen las acequias destinadas á su aseo. Difícil es imaginar un espectáculo, ni más dañoso, ni más repugnante, que el que entonces presenta Lima. Suspéndese por doce ó quince días el curso del agua, que no sólo es el principal, sino tal vez el único resorte de salubridad de este pueblo, que tan sólo piensa en su salud. Dos ó tres días después de verificada esta suspensión, un número reducido de peones comienza á remover lentamente la inmensa cantidad de sustancias orgánicas que, corrompidas y combinadas con el polvo, llenan casi completamente el cauce de las acequias. Acumulando estas materias á uno y otro lado se forman con ellas montones más ó menos considerables, que permanecen allí abandonados hasta que la presión y la evaporación, les comunica la ligereza necesaria para ser transportados con bastante comodidad. Esta circunstancia es causa de que por este tiempo se cubran todas las calles de extensos lagos de un color verdí-negro, los cuales continúan ejerciendo su maléfica influencia, hasta que las fuerzas de la naturaleza los consumen y destruyen. Los habitantes que cuentan con la acequia como un recurso necesario para la limpieza, mientras el agua deja de correr, no cesan de arrojar en ella ni un solo momento, inmundicias de todo genero, de modo que muchas veces acontece que aún no