

## Crónica

### El Primer Congreso Internacional de Gastroenterología Bruselas, 1935

Este Congreso ha tenido lugar en Bruselas durante los días 8, 9, 10 y 11 de agosto bajo la presidencia del profesor Schoemaker de la Haya, actuando de Secretario general el doctor Brohée, desarrollándose con gran éxito y asistiendo al mismo los especialistas de 20 naciones.

Presentaba para nosotros este Congreso un especial interés y era el de haber sido encargado de desarrollar una ponencia nuestro ilustre compañero doctor Gallart; sabíamos el infatigable trabajo que en colaboración con el doctor Domingo había llevado a cabo hasta dar cima a la ponencia antedicha, y estábamos seguros que el fruto de tan ejemplar esfuerzo sería fecundo. Hoy, ante las noticias que nos llegan de Bruselas, no podemos menos que sentirnos orgullosos de nuestros representantes, que con su actuación ante núcleos de sabios de todos los países, han sabido captar su admiración y homenaje, elevando ante el mundo científico el nombre del Hospital de Santa Cruz y San Pablo y de su famosa Escuela de Gastroenterología, creada con entusiasmo y dirigida con acierto por el doctor Gallart, que hoy ve recompensado su esfuerzo con el triunfo conseguido. A él y su colaborador, el doctor Domingo, nuestro sincero homenaje de admiración.

Los temas desarrollados fueron: "Las gastritis" y "las colitis ulcerosas graves".

Fueron ponentes del primer tema los profesores Hurst (Londres), Zweig (Viena), Berg (Hamburgo), Moutier (París), Lion, Konjetzny (Hamburgo) y Paschoud (Lausana).

Estudia Hurst la actividad secretoria del estómago que es normal en el 80 % de individuos y con hipo o hiperclorhidria en un 10 %, respectivamente.

Según él, las causas de gastritis son múltiples y actúan principalmente en el 10 % de individuos con alteraciones constitucionales de secreción.

Las causas son: mecánicas, químicas, infecciosas o de origen hematógeno, describiendo detalladamente cada grupo de ellas. Según él, cuando la gastritis aparece en un hiperclorhídrico generalmente se provocará la aparición de un ulcus; si en un hipoclorhídrico a la larga, una anaclorhidria completa se establecerá con sus consecuencias bien demostradas: anemia perniciosa y degeneración subaguda de la medula.

Estudia las relaciones del cáncer con la gastritis y hace observar que aquél jamás asienta en un estómago sano; para él si existe hiperclorhidria, el cáncer es el resultado de una degeneración maligna del ulcus; si anaclorhidria, es una secuela de la gastritis anaclorhídrica crónica, siendo precisos para el desarrollo del cáncer tres factores: sensibilidad constitucional para el cáncer, inferioridad orgánica constitucional y hereditaria (hiper o hipo) y un factor extrínseco del tipo de la irritación crónica. Estos factores y su necesidad explican la distinta proporción de cánceres gástricos en los sexos y en los distintos países con diferencias de cifras tan notables como del 22 al 66 %. Asimismo la clase social influye también al dar lugar a la presencia de los factores dichos. Hurst

concluye diciendo que la eliminación de la causa extrínseca de la gastritis podría no solamente impedir el desarrollo de la úlcera gástrica y duodenal, de la anemia perniciosa y de la degeneración subaguda de la médula, sino también el del cáncer gástrico.

Estudia el profesor Berg "la radiología de las gastritis, las alteraciones de los pliegues gástricos, el edema, la rigidez, la hipertrofia, la desaparición, las alteraciones verrugosas y poliposas", etc.; hace notar que la mayor parte de las formas histológicas de gastritis escapan al control radiológico, y que deberá toda observación, para ser cierta, reunir caracteres de constancia y acompañarse de las alteraciones indicadas, ya que la sola deformación de los pliegues de la mucosa no es bastante para suponer la existencia de la lesión.

El doctor Moutier estudia la anatomía patológica de la gastritis, basándose en el estudio endoscópico; principalmente divide las gastritis en: proliferativas, que comprenden las variedades de gastritis hipertróficas; alterativas, que comprenden las erosiones, ulceraciones y úlceras, y las atróficas, final de la evolución de los otros tipos. Expone también la existencia de gastritis en áreas y segmentarias así como las lesiones transitorias edematosas y hemorrágicas que presentan. Expone las lesiones de las distintas capas del estómago: las diferentes formas de epitelitis, las alteraciones de la *muscularis mucosae*, de las vellosidades, de los folículos linfáticos, de la subserosa. Estudia las alteraciones de la pared gástrica en los grandes procesos histológicos: infecciones, intoxicaciones, úlceras, cicatrices. Hace una crítica de las teorías de Konjetzny sobre la evolución de la gastritis y su importancia en la patogenia del *ulcus*; para el autor pueden darse dos tipos de *ulcus* distintos por su

origen e iguales en su estructura final: la úlcera plana de Konjetzny, que secundariamente perfora la *muscularis mucosae* y la úlcera terebrante de Cruveilhier que de *emblée* perfora la *muscularis*. Admite que el cáncer gástrico se desarrolla sobre una gastritis atrófica; estudia igualmente las relaciones de la gastritis con las anemias. En resumen, hace patente que al lado de lesiones crónicas bien conocidas, existen multitud de otras transitorias que no son más que respuestas a un agente irritante. Para él las enfermedades del estómago son por su naturaleza más de tipo general que local.

Lion estudia la función secretoria gástrica: velocidad de evacuación, presencia de líquido en ayunas, concentración de jugo gástrico, poder de secreción de la mucosa, investigación de la concentración molecular, etc. A continuación expone la función química: métodos de análisis, obtención de jugo gástrico puro, excitantes de orden fisiológico, de orden hormonal, medida del poder péptico, variaciones cuantitativas de la secreción. Estudia, por fin, el valor diagnóstico del examen de jugo gástrico en las gastritis desde un punto de vista clínico y anatomopatológico.

Konjetzny estudia el problema de si se debe sentar una indicación quirúrgica en las gastritis, que está lejos de ser resuelto. En la gastroduodenitis aguda o subaguda el tratamiento es médico, pero en la crónica debe indicarse, si bien parcialmente, la oportunidad de la resección; ésta será útil en las formas poliposas e hipertróficas segmentarias, evitando el desarrollo de cánceres; muy problemática en la atrófica, y se utilizará también en las estenosis hipertróficas benignas de píloro.

Finalmente, el profesor Paschaud expone una notable crítica referente al aspecto

quirúrgico de la gastritis en relación a la necesaria alimentación yeyunal normal, que soluciona el Billroth II, si bien en igualdad de resultados será preferible el tratamiento médico, que conserva al estómago sus funciones de absorción.

Intervienen en la discusión de las ponencias de este primer tema los doctores: Porges, Leotta, Gutmann y Jahiel, Vilar-dell, de Luna, Fischer, Meunier, Gamberrini Weidlinger, Alessandri, Mógona, Forrai, Garin y Bernay, Weiss, Feissly, Pewsner, Gil, Glaessener, Chevallier Le Noir, Netousek, Luger, Einhorn, Cortés, Corachán, Massini, Olivares, Alvarez, Johson, Halpen Henning, Luria, Brunner-Ornstein, Friedrich, Karczay, Kadruka, Patterson, Goldstein, Froelich, Bonadies-Shainer, Liveriatos, Tselios, Seulas, Monceaux, Bassler.

El segundo tema, "las colitis ulcerosas no amibianas", fué estudiado en las ponencias de los profesores: Gallart y Domingo, Snapper, Dall'Acqua, Wintrups, que estudian la etiología, diagnóstico y tratamiento médico. Goiffon, que se ocupa del aspecto bioquímico, y Lardennois y Donati, del tratamiento quirúrgico.

Exponen Gallart y Domingo la constancia con que han encontrado en las siembras de raspados de las úlceras un diploestreptococo que aíslan y clasifican en distintas especies, que corresponden, por sus caracteres, al descrito por Bargen. Encuentran el germen en la misma proporción en individuos sanos o afectados de otras enfermedades. Si se practican raspados de las úlceras y se inoculan al conejo en suspensión salina y filtrada con bujías L3, se produce una enfermedad análoga a la colitis ulcerosa, como han demostrado los autores, que deducen de ello y de su obitención en serie la producción de la enfermedad por un virus filtrable. Estu-

dian la anatomía patológica del proceso y las lesiones que ocasiona en las distintas capas intestinales. Establecen el diagnóstico y evolución de la enfermedad. Comienza con un síndrome rectal, diarrea, que rápidamente llega a las 20 ó 30 deposiciones diarias. Pronto se encuentra en ella pus y sangre; generalmente hay febrícula y en las formas agudas fiebre alta. El estado general está en relación con la importancia de las lesiones locales. La rectoscopia permite observar en una primera fase: una reacción inflamatoria y difusa de la mucosa del colon con congestión, hiperemia y manchas equimóticas. En una segunda fase, se ve una reacción edematosa con pequeños abscesos miliares; las ulceraciones son mayores, están agrupadas y al curar se fibrosan; a la observación se ve la alternancia de las lesiones; a veces las ulceraciones están cubiertas de falsas membranas. Si la lesión es muy avanzada, sólo se ve toda o parte de la región recto-sigmoidea, convertida en un rígido conducto ulcerado y que sangra. Por fin, demuestra la posible coexistencia con un carcinoma. En la fase de regresión curativa desaparecen las úlceras substituídas por cicatrices parecidas a las de la viruela; a veces se producen estenosis si las lesiones son extensas. La evolución, si es aguda, puede provocar la muerte rápidamente (antes de cuatro meses); a veces pasa a la cronicidad, siendo comparable a las formas que ya lo son de *emblée*. En éstas es casi constante la recidiva, pudiendo producir la caquexia y muerte del individuo, si son frecuentes, o si se dan complicaciones: perforaciones, estenosis, abscesos, poliposis, degeneración neoplásica, etc. El tratamiento médico com-medios locales y generales: los primeros, antisépticos; los segundos, específicos o sintomáticos. Sus efectos son aleatorios y

hay que guardar gran reserva sobre su eficacia; hay que pensar en las recidivas a los 3, 5 y hasta 8 aos. Acaban recomendando constancia y buen sentido clínico.

Snapper expone la frecuencia en individuos de los 20 a 30 años; para él el diagnóstico reposa en la anamnesis, examen de heces, rectoscopia y radiografía. Establece el diagnóstico diferencial con las disenterías amebianas, el cáncer de sigma o recto, la tuberculosis intestinal, la enfermedad de Nicolás-Favre y la ileitis regional. Para él el tratamiento médico es eficaz sólo en casos con lesiones localizadas; en los demás, fracasa y se debe al tratamiento quirúrgico.

Dall'Acqua expone el problema radiológico de las colitis ulcerosas; describe la técnica de la fina capa de bario y las imágenes que proporciona en el colon normal y en el ulceroso; hace observar que a veces las lesiones iniciales no dejan señal radiológica, pero esto, que sucede en las colitis ligeras, no es de temer en las ulcerosas. Describe las imágenes que ocasionan el edema de la mucosa: en cinta, acordeón, en anillos, etc., irregularidades marginales, muescas. Hace, por fin el diagnóstico diferencial radiológico con las otras lesiones del colon.

Wintrups hace un estudio de las lesiones anatomopatológicas, que ya hemos descrito en piezas obtenidas por autopsia, lesiones que coinciden con las observaciones verificadas en el paciente mediante la radiografía y la endoscopia.

Estudia Goiffon las modificaciones de las heces, específicas de la colitis ulcerosa: sangre, albúmina disuelta, pus, que permiten diagnosticar una lesión intestinal. En segundo lugar, estudia las modificaciones de las heces de la colitis ulcerosa no debidas a las ulceraciones: trastornos funcionales (insuficiencia gástrica,

menos frecuentemente biliar y pancreática), trastornos motores (diarrea, emisión de almidón, celulosa no digerida, flora yodófila) y colitis banal que acompaña la lesión ulcerosa y que se hace patente por la presencia de moco. Finalmente, estudia la química de la sangre y orina en la colitis ulcerosa.

Los profesores Lardennois y Donati estudian el tratamiento quirúrgico de la colitis ulcerosa y las distintas intervenciones que se han propuesto haciendo una detallada crítica de las mismas; son éstas: cecostomía, apendicectomía, colistomía, ileostomía, las anastomosis y las colectomías en varios tiempos.

Intervinieron en la discusión del segundo tema los doctores: Maingot, Sarasin, Ducloux, Kadrnka, Audeoud, Baumel, Leotta, Hamburger, Bensaude, Forrai, Mógena, Nanna, Svartz, Cade, Milhaud, Varmoes, Roux, Giraud Vilardell, Gautier, Guillaume, Rachet, Busson, Gutmann, Beaujard, Savignag Tidy, Friedman, Friedrich, Baggi, Bassler, Moltke, Boles, Buttiaux, Sévin, Surmont, Vermott, Jutras, Valerio, Pewsner, Akil-Moukhatar, Fournier, Oliver, Gutiérrez Arrese, Aitoff, Upham, Jacopson Soper, Eberhard, Stalder, Luger, Riva, Haemmerlé, Grumbach, Foyer y Antoine.

Durante las sesiones del Congreso se reunieron los miembros de los Comités Nacionales bajo la presidencia del profesor Schoemaker para fundar la Sociedad Internacional de Gastroenterología, votándose los estatutos de la Sociedad y la fecha de septiembre de 1937 para la celebración en París de la 1.<sup>a</sup> reunión, nombrándose presidente al profesor Duval, vicepresidentes los profesores Gallart y Hurst, secretario general el profesor Brohé y tesorero el profesor Evely.

J. SALARICH