

Ca 2421

Facultad de Medicina

Dr. Castro

81-24-nº 7

nº 1507

# Estenosis pilóricas

Memoria

que para aspirar al Grado de Doctor en Medicina

presenta

Miguel Vidaurr.



Madrid de 1900.



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313218003

X-53-388655-3



## Yustrado Tribunal.

Al dar el último paso en mis estudios oficiales quiero ante todo hacer constar la gratitud que siento por esta facultad en que me he educado. No quedaria tranquilo sin expresar cuanto debo a los Profesores que me han nutrido con sus enseñanzas.

Al observar tres casos de estenosis filórica en la clinica de mi querido maestro W. Manuel Alonso Sañudo durante mi estancia de interno en este hospital me pareció muy interesante el hacer un estudio comparativo de ellos estableciendo sus analogías y diferencias bajo los distintos puntos de vista

etiología diagnóstica pronóstica y tratamiento  
y de aquí la elección del tema para esta Me-  
moria.

Comienza su desarrollo por exponer las  
historias de los tres enfermos y continuo haciendo  
algunas consideraciones generales de las esteno-  
sis filósicas y su clasificación para luego en-  
trar de lleno en el estudio de los casos clínicos.

---

# Primer caso

---



En el año 1896 ingresó en la sala perteneciente al D<sup>e</sup> Alonso Sañudo, D. S., natural de Sangras provincia de Soria, soltero, herrero de oficio y de 24 años de edad, El año 1895 comenzó su enfermedad á consecuencia de frecuentes transgresiones de regimen y de una alimentación poco sana. Comenzó á sentir en el epigastrio dolores bastante vivos y que aparecían algun tiempo solamente después de las comidas, sentía además sensaciones de quemadura en la misma region y grande plenitud

tud de estomago en el periodo post-digestivo. Mas tarde el dolor se aumento en el mismo sitio primero fijo, luego irradiado hasta los riñones y continuaba en aumento hasta que se producía un vomito alimenticio muy ácido. Librandose de esta suerte de una ~~tor~~ <sup>tor</sup>tura de 2 ó 3 horas y quedandose en completa calma el enfermo. Estos dolores aparecian algun tiempo despues de las comidas irregularmente pero despues todos los dias de tal modo que el paciente tuvo que abandonar todo el trabajo.

Cierta dia en uno de estos accesos dolorosos tuvo un vomito de sangre mezclada con los alimentos y posteriormente fue victima de otros dos hematemias siendo una de ellas muy abundante.

Asi continuo el curso de la enfermedad con

muchas alternativas pero enfusando ya a notar la desnutricion de su organismo.

**Estado actual.**—El examen del enfermo aparece palido y adelgazado, lengua descarnada, y viva coloracion. La jaula toracica presenta una ligera deformacion al nivel del 2º y 3º espacios intercostales derechos; pero un examen detenido demuestra que no va ligada a ninguna lesion de aorta ni de pulmones. El vientre está retraido y duro haciendo mas visible el pequeno abombamiento del epigastrio, en el estomago se produce el ruido de barbenquos hasta el nivel del ombligo, la presion descansa un dolor bastante marcado, no se percibe ni tumor ni endurecimiento de la region hepatico; el higado, bazo y los intestinos no presentan nada de particular, na-

da en los pulmones ni en el corazón existe.

Se queja de síntomas ya incluidos anteriormente como dolor epigástrico, sensación de agrios en la boca, algunos náuseos y vómitos alimenticios y el estreñimiento es frecuente.

Examen de la motricidad: Reacción del ácido salicílico al percloruro de hierro apareció a la hora y media de haber tomado el salol por tanto retardó en la eliminación.

En ayunas se le estimó 300 cc de un líquido teniendo en suspensión fragmentos de leche coagulada; en la superficie se extendía una capa oleaginosa y el olor vinagroso era muy fuerte.

El análisis del jugo gástrico nos dio de ácidos total - H-11. El G. B. 1,7. fuertes reacciones con



el papel rojo de Congo y con el reactivo de Boas. Existian tambien muchos acidos grasos volatiles reconocibles por el olor. (acido acetico; butirico caproico etc) No se encontro sangre en los liquidos extraidos.

El lavado del estomago en ayunas demostro grande estasis de alimentos. Estos restos estan mal digeridos hinchados y despiden un olor nauseabundo y acido. Las orinas no tienen nada de particular, su reaccion es alcalina y la pobreza en cloruros  $2^{\text{a}}$  por dia.

Se le dispuso como tratamiento la dieta lactea, huevos blandos, medicacion alcalina y de minerales, lavado diario del estomago y enemas de agua templada, pero poco remitido se obtuvo canal, el transito que dominaba en el curso de la enfermedad

era por una parte los vómitos y por otra la co-  
proestasia que concluía por hacer mas profunda la  
democracion. Sucesivamente se incorporaron a esos  
transtornos fundamentales algunos colicos intestinales  
sensacion de dolor tenso en la region ileocecal y ex-  
pulsion por las camaras de masas glerosas y de al-  
guna que otra membrana mucosa.

U habian transcurrido ya cerca de tres meses  
desde su entrada en la clinica, cuando se agravó su  
afeccion por los vómitos continuos, devolviendo todo lo  
que ingeria por los dolores persistentes en toda la zo-  
na correspondiente al estomago, aunque a ultima ho-  
ra desaparecieron, era notoria la dilatacion gástrica  
llegando el estomago a un centimetro por encima del  
ombigo y sobre todo aumentó la presencia de alimen-

tos en el estomago por la mañana en ayunas y disminuimos la secrecion viscosa.

En esta fase de la enfermedad, se hizo un nuevo analisis del jugo gastrico encontrando una acidez total poco menor pero muy incrementada la parte correspondiente al Cl. H. de 2,1 por 1000, hecho que no sorprendio pues era natural dada la intensidad de las fermentaciones realizadas en el estomago y el desfallecimiento del poder secretorio de dicho organo en las fases avanzadas de la hiperclorhidria.

El diagnostico de este enfermo es facil y se puede formular asi, hiperclorhidria y hipercorcion, ulcera, estenosis del piloro y estasis alimenticia consecutiva. La hiperclorhidria el analisis lo dice, la hipercorcion se manifiesta por la gran cantidad de liquido extra-

da en ayunas y en confusiones, la úlcera por las hematemesis consecutivas y la estenosis por el estasis considerable apareciendo los alimentos en el estomago por la mañana en ayunas por la misma existencia de la úlcera, la dilatacion gástrica, los vómitos constantes y la gran demacracion que se ha apoderado del enfermo. Es tan claro ~~este~~ <sup>este</sup> diagnóstico y se han ido sucediendo de una manera tan distintiva los diversos periodos que es innecesario el hacer ningun diagnóstico diferencial.

El pronóstico de este enfermo era grave la estenosis organica consecutiva a la cicatrizacion de la úlcera era un hecho consumado y no hay en la farmacopea medicamentos que tengan accion sobre el punto estenosado, por eso el tratamiento medico se de-

secho ya en este caso, la hipersecrecion y el estasis alimenticio eran muy marcadas habia gran fermentacion de acidos organicos el enfermo no digería nada, el estado de demacracion se iba acentuando, era necesario dar salida a esos alimentos e impedir la retencion gastrica juntamente con la hipersecrecion y las fermentaciones organicas; el tratamiento quirurgico se impusio y trasladado el enfermo a la sala del D<sup>r</sup> Ribera fue operado de una gastroenterotomia por el procedimiento Roux en forma de Y obteniendose la curacion completa del enfermo y volviendo a recobrar su pristina robustez y bononia, curacion que persiste hasta hoy pues hace 5 meses he tenido ocasion de leer una carta escrita por dicho enfermo a un companero mio, dandole cuenta de hallarse en perfecto estado de salud

(Para mas detalles del caso lean la Revista de Medicina y Cirujia practica en el que fué publicado el caso con todo determiniento.)

## Segundo caso.

En la sala de Clinica Medica perteneciente al Catedratico D.<sup>e</sup> Alonso Saindo, y en la cama n.<sup>o</sup> 5, permanecio tres meses proximoamente una mujer (Ana Pozas Godoy) de 21 años de edad, afectada de un padecimiento del estomago.

Lo era muy satisfactorio el estado general de esta enferma cuando ingreso en la clinica. La colora

cion amarillenta de la piel y palidez de las mucosas, el enflaquecimiento bastante acentuado de todo el cuerpo, y la debilidad y pequenez del pulso juntamente con la gran disminucion de fuerzas y de energias que de la enferma se habian apoderado, hacian patente la gran debilitacion general en que su organismo se encontraba.

La nutricion de la enferma estaba comprometida, los vomitos frecuentes antes de ingresar en la clinica continuaron durante los primeros dias que le observamos en la enfermeria. Estos vomitos no se producen diariamente en la enferma, llamando la atencion el que siempre espulsa en ellos mayor cantidad de liquido que lo que ha ingerido, desprendiendo al mismo tiempo un olor vinagrado (fer-

mutaciones de ácidos orgánicos)

Uno de los síntomas más curiosos de esta enfermedad es el gran exaltación alimenticia que tiene juntamente con la gastroenterica.

Si se le introduce la sonda esofágica por la mañana en ayunas previo el lavado del estómago la tarde anterior se pueden recoger unos 500 c.c. de un líquido de color gris oscuro o de anagrado y teniendo en suspensión, sustancias alimenticias ingeridas el día anterior (carne y fideos, huevos) este líquido abandonado al reposo en un vaso de cristal se divide en tres capas superpuestas, aparece en la superficie una capa espumosa formada de burbujas gaseosas y recubriendo un líquido oscuro, en el fondo del cual se depositan una fracción de detritu



tus alimenticios; juntamente con el lavado del estómago por las mañanas salía dicho líquido y una porción de materias alimenticias en suspensión. Era por lo tanto evidente el estasis alimenticio y la gastrosucorrea.

El análisis del jugo gástrico se hizo siguiendo el procedimiento de Leo administrándole la comida de prueba de Ewald, y haciendo el recogido del jugo una hora después. El resultado fue el siguiente:

$$\text{Acidez total} = 11.4\% = 4.16$$

$$\text{Acidos grasos} = 3.9\% = 1.32$$

$$\text{Fosfatos ácidos} = 0.9\% = 1.64$$

$$\text{Acido clorhídrico} = 2.84\% - 1.64 = 1.20$$

Dió reacción bien acentuada del ácido clorhídrico libre por medio de los reactivos de Boas y Gunzberg y el papel rojo de congo, confirmando la hiperclorhidria denunciada antes por el

análisis. Pero tambien existen bastantes ácidos orgánicos en fermentacion como lo debata el análisis del jugo gástrico y el olor avinagrado que desprende al ser recogido.

En la pared abdominal y á la inspeccion nada de anormal se encuentra. La percusion del estomago despues de haber llenado de agua puede observar que el limite inferior llegaba á un dedo por encima del ombligo.

Si en la region comprendida entre la octava costilla del lado izquierdo y una linea transversal pasando por el ombligo, se despreme bruscamente la pared, se percibe el ruido de baraquos sobre todo por la mañana, sintoma que indudablemente indica algo de estasis gástrica.

La palpacion fuera de una resistencia especial de la pared, no denuncia la presencia

de tumoreacion. Pero uno de los sintomas mas elocuentisimos que presentaba esta enfermedad, es el de ciertos movimientos que consistian esencialmente en levantamientos sucesivos de la pared abdominal, y que comenzando al nivel del cordias caminaban en direccion del fihero.

Estos movimientos los observaba bien produciendo una excitacion mecanica de la region correspondiente al estomago por pellizcamiento. La misma enfermedad manifestaba el sentir algunas veces despues de la ingestion de alimentos movimientos en el estomago, y que la enferma comparaba a algo que se le moviera dentro del mismo. Los demas transtornos digestivos consistian en ligera inapetencia eructos acidos lengua ligeramente saburrosa y estreñimiento.

y por ultimo las orinas eran oscuras con algunos depositos no muy abundantes y dis-

minuición de dolores urinarios. Algunas palpitaciones que le aparecen después de las comidas, náusea la enferma, y dolores de cabeza acompañados de insomnios frecuentes completan el cuadro clínico correspondiente al estado actual de la enferma.

Algunos antecedentes hereditarios de gastropatía manifestaba la enferma el día que ingresó en la clínica, su padre había muerto de un cáncer del estómago. Su temperamento era marcadamente nervioso se definía bien por el tinte azulado de la esclerótica los rosados de sus niñas y por la pobreza de sus muñecas.

Existen síntomas tan exagerados y al mismo tiempo tan elocuentes en esta enferma, que son suficientes no solo para apoyar juicios sino también para fundamentar el diagnóstico.

Dolores epigástricos, vómitos y sobre todo

la presencia de alimentos en el estómago por la mañana en ayunas, son síntomas constantes de retención gástrica; la dilatación del estómago no exagerada, los accesos de peristaltismo estomacal todos estos síntomas reunidos nos hacen pensar en el síndrome de las estenosis pilórica; y como no hay sintomatología ni antecedentes de úlcera cáncer litiasis biliar etc es necesario admitir el espasmo pilórico como agente productor de la estenosis (mas adelante detallaré este diagnóstico).

Desde el día de su ingreso en la clínica se le dispuso el régimen lacteo como alimentación exclusiva, y los lavados del estómago en días alternos hechos con agua templada y una disolución de timol al 1 por 100; a los pocos días y para combatir la excitación glandular que existía, se le dispuso la atropina en gránulos de

indicamos, con objeto de contrarrestar en lo posible los fenómenos de acidez, se le dispuso magnesia hidratada 6 gramos, creta preparada y subnitrate de bismuto a. a. 4 gramos, en 12 papeles para tomar 3 al día, y por último indicaciones de una mezcla de ácido salicílico agua y aceite se le prescribieron a la enferma para combatir el estreñimiento pertinaz de que era objeto. Este tratamiento médico como se ve el mismo fue en juego durante todo el curso del padecimiento de la enferma fue suficiente para su completa curación.

---

## Tercer caso.

---

Es un enfermo de 21 años que al ingresar a los 9 en un colegio de internos empezó a manifestarse la enfermedad que le aqueja sintiendo primero grandes ardores y luego vómitos que se le presentaban dos veces por semana durante dos años; despues de una mejoría pasajera volvieranle a aparecer los ardores que antes habia tenido juntamente con los vómitos y algunos dolores; otros 2 años le duró este estado hasta que hace 3 notó que el dolor se le aumentaba con la ingestión de los alimentos y el vómito le producía un gran alivio, así continuó bastante tiempo hasta que un día se encontró que al vomitar los alimentos salían teñidos de color obscuro, tuvo 3 ó 4 en esta forma y así continuó con estas

molestias de dolor acentuado a la ingestión de los alimentos y los vómitos a las 2 horas próximamente de haber comido hasta presentarse en la clínica del Dr. Sañudo donde le examinamos detenidamente.

Ninguna anomalía presenta en sus aparatos fuera del digestivo. Las paredes del vientre se elevan al nivel del ombligo indicando difusamente el contorno de la curvadura mayor, y permite limitar bastante bien el estómago dilatado por su resistencia uniforme existiendo al mismo tiempo un gorgoteo constante a la presión.

Llenando de agua la cavidad del estómago y puesto de pie el enfermo, puede apreciarse por medio de la percusión que el estómago llegaba al nivel del ombligo, dato que confirmé por que al sacar el líquido con la sonda al sonido marcó el nivel del líquido en el timpano de la percusión.

Este individuo vomita 2 ó 3 veces por día.



mana y siempre mayor cantidad de liquido que el que ha ingerido, y aunque vomite por la mañana sale el liquido con alimentos visibles a la simple vista. Hecho el lavado del estomago por la mañana en ayunas se puede recoger gran cantidad de liquido juntamente con los residuos alimenticios no digeridos.

Practicado el analisis del jugo gástrico dió fuertes reacciones con el papel rojo de congo y con los reactivos de Boas y Guvzburge, demostrando la existencia de bastante ácido clorhidrico; el examen cuantitativo dió por resultado como acidez total 3,3 existian pocos ácidos orgánicos en fermentación y nada de ácido láctico.

Padece tambien frecuentemente de dolores en la region epigástrica con regurgitaciones ácidas, dolor que es de variable intensidad, pequeño a veces alcanza otras un alto grado irra-

diándose en general por las partes laterales del cuerpo y sintiendo un gran alivio despues de haber vomitado. Tiene buen apetito y va generalmente estreñido; y por ultimo se observan aunque no con tanta claridad como en el caso anterior las contracciones del peristaltismo estomacal.

Ningun antecedente hereditario se encuentra relacionado con el actual padecimiento del enfermo y unicamente para explicarnos la patogenia del mal, podemos tener en cuenta la mala alimentacion que ha tenido desde edad muy temprana, puesto que a los 9 años era interno en un colegio y a la mala alimentacion dice él se unia la mala distribucion en las horas de comer motivos suficientes para que el estomago se perturbara en sus funciones, pues son causas importantes para que padezca este organo.

no la mala alimentación y al mismo tiempo desordenada.

Los síntomas de hiperacidez coincidiendo con la demostración de esta acidez por el análisis del jugo gástrico, los dolores, hematemesis vómitos, dilatación, juntamente con la retención de los alimentos y el peristaltismo estomacal son suficientes para asegurar la aparición 1° de la hiperclorhidria, luego de la úlcera y por último la estenosis pilórica.

La hiperclorhidria lo demuestran los eructos ácidos, los dolores, después de las comidas y sobre todo el análisis del jugo gástrico, la presencia de la úlcera las hematemesis sobrevenidas en el curso de la hiperclorhidria, y la retención alimenticia junto con el peristaltismo estomacal demuestran la estrechez pilórica.

Es innecesario hacer ningún diagnóstico

diferencial por que á ningun otro padecimiento corresponde este cuadro clínico.

Lo curioso é importante del caso era averiguar si la estrechez pilórica era orgánica ó consentiva al espasmo pilórico producido por la úlcera. Para ello hice la prueba siguiente. Sometido el enfermo á una comida compuesta de un plato de sopa y dos chuletas, pasadas 6 horas le lavé el estómago examinando con detenimiento los residuos alimenticios que salían; al día siguiente vuelta á darle la misma comida y 10 gramos de bicarbonato de sosa, hecho el lavado á las 6 horas pude apreciar gran disminución de los residuos alimenticios comparados con los del día anterior. No hubo desaparición completa de residuos en el líquido del lavado, pero sí una notable disminución de ellos; repetida esta prueba á los 20 días dió idéntico resultado.

Esto parece probar que la estrechez pilórica de este individuo era mixta de orgánica y espasmodica; el primer día del lavado después de la comida de prueba la presencia de residuos alimenticios en el líquido del lavado era abundante, en cambio el 2º día con la administración del bicarbonato disminuyó considerablemente este residuo si bien no llegó a desaparecer. Es que indudablemente el espasmo pilórico sostenido probablemente por la úlcera y la hiperclorhidria, no dejó pasar los alimentos hasta que neutralizada esta con el exceso de bicarbonato cesó el espasmo y dió paso a parte de los alimentos, y el no haber desaparecido todo, será debido a que existía ya algo de estenosis orgánica por cicatrización probable de alguna úlcera.

Es bastante grave el pronóstico de este enfermo por que si bien puede desaparecer este

espasmo queda siempre la estenosis orgánica por cicatrización de la úlcera la cual necesita como tratamiento curativo la intervención.

El régimen láctes alternando con los huevos, el lavado del estómago hecho diariamente al principio y luego en días alternos, juntamente con el tratamiento farmacológico de granos de atropina de  $\frac{1}{2}$  miligramo uno en cada comida, alternando con la fórmula de fosfato amoníaco magnésico y magnesia calcinada s.a. 2 gramos, bicarbonato de sosa 4 gramos en 12 pedes para tomar uno en cada comida, y con algunas irrigaciones de ácido salicílico en agua para combatir el estreñimiento, hubo de conseguirse que se le aparcaran bastante los dolores disminuir la frecuencia de los vómitos y salir de la clínica bastante aliviado.

---

Comienzo el estudio de mi Memoria exponiendo las historias de los enfermos, por que son tres casos elocuentísimos del asunto que voy á tratar.

A primera vista en nada parece diferir la situación de los tres enfermos, por trastornos digestivos mas ó menos vagos y difusos comienza la historia clinica del padecimiento en ellos, exagerándose su sintomatología juntamente con la aparición de nuevos trastornos, á medida que avanzaba el tiempo terminaron por constituirse en tres enfermos de estenosis pilórica cuya sintomatología una vez hecha la estenosis, disocepraba muy poco entre ellos.

Pero si bien se les agrupa bajo el nombre

corum de estenosis pilóricas apareciendo como enfermos idénticos à primera vista, el examen de tejidos de ellos demuestra que los caracteres y sobre todo el mecanismo patogénico, son enteramente distintos.

Es el primer caso un enfermo que comienza por ser marcadamente hiperclorhidrico, continúa por ser ulceroso y termina por cicatrización de esta úlcera, dando lugar à una estenosis pilórica orgánica.

La segunda enferma comienza con síntomas mas vagos y difusos de aparatos digestivos y sin ningun antecedente de úlcera etc termina por presentarse la hiperclorhidria juntamente con el espasmo pilórico.

Es el tercer enfermo un hiperclorhidrico y ulceroso que termina por caracteres mixtos de estenosis orgánica y de espasmo pilórico.



Fundándonos en el diagnóstico etiológico resulta distinto el pronóstico y el tratamiento en los 3 enfermos. Constituida una estenosis orgánica en el 1<sup>er</sup> caso (por cicatriz de la úlcera) el pronóstico era grave, el enfermo había llegado a un visible grado de demacración por la gran dificultad de alimentarse, cansado de luchar el estómago contra la estenosis su atonía era evidente, como consecuencia lógica y necesaria era indispensable la intervención quirúrgica, inútil resultaba ya el tratamiento médico.

En el 2<sup>o</sup> caso aunque el estado general de la enferma había perdido mucho y su debilitación era bastante acentuada, no se encontró antecedente ninguno que hiciera sospechar la estenosis orgánica, por lo tanto el pronóstico era mucho más leve que en el caso anterior, el estó-

magis luchaba contra la estenosis que se manifiestaba por la aparición del peristaltismo estomacal, la energía muscular del órgano estaba íntegra, se le dispuso el tratamiento médico y fue suficiente para la completa curación.

Y por último en el 3<sup>er</sup> enfermo como caso mixto de estenosis orgánica ulcerosa y espasmo fibrótico, el pronóstico es bastante grave por que existe ya la estenosis orgánica constituida.

El examen de estos tres enfermos demuestra la existencia de tres categorías clínicamente diversas hasta el punto de que el único elemento que establece relaciones entre estos, es el hecho de existir la estenosis, y á menos que por obcecación nos propusiéramos desdeñar las instrucciones que la observación proporcional, nos vemos precisados á admitir tres clases de variedades de estenosis fibrótica puesto que la clínica nos pone á un

tra vista primero, caso de estenosis pilórica orgánica. 2º de estenosis pilórica espasmódica y 3º estenosis pilórica mixta de orgánica y espasmódica.

---

## Consideraciones generales.

---

De las seis partes en que Luschka divide el estómago al describir la situación de los órganos de la cavidad abdominal en el hombre, las cinco sextas partes del estómago corresponden á la mitad izquierda del cuerpo, y la sexta restante con el píloro corresponde á la mitad derecha. El píloro ocupa la extremidad inferior de la frecuencia curvatura, y es el encargado de cerrar y abrir la

entrada del tubo intestinal.

Difícil es hacer una exploración de la región pilórica, y aportar en virtud de ella datos útiles al diagnóstico del padecimiento. No hay más que examinar las relaciones que tiene con los distintos órganos para comprender lo difícil que es la exploración pilórica.

En efecto hacia adelante, la cara inferior del ligado le recubre completamente aislandole de la pared abdominal, pues muy raras veces se relaciona directamente con la pared misma; hacia atrás en relación con la vena porta y arteria hepática arriba con el pequeño epiploon y abajo con la cabeza del páncreas, se comprenden lo inaccesible a la exploración por estos puntos. Añádase el que el piloro no está completamente fijo, y que varía su situación según la cantidad de materias que envía el estómago, y así en la vacuidad está

situado sobre la línea media à la altura de la duodecima vertebra dorsal ò primera lumbar, moviéndose à la extremidad anterior de la 8<sup>a</sup> costilla, y viceversa cuando se encuentra el estómago distendido por los alimentos, el pílboro está ordinariamente situado à la derecha de la línea media à 3 ò 4 centímetros, y aun en los casos de distension considerable, puede llegar este desplazamiento à 7 centímetros segun Branne.

De todo esto resulta lo difícil que es el aprovechar datos para el diagnóstico de las afecciones pilóricas por medio de los procedimientos exploratorios, desde luego la inspeccion y la percusion no nos dicen nada, y solo la palpacion es la que nos dá algunos datos en los casos en que las lesiones pilóricas sean exageradas, en los que la lesion vaya acompañada de un descenso del pílboro por debajo del borde del hígado, ò bien en los que

por cualquier otra causa deje el hígado de recubrirlo y separarlo de la pared abdominal. En estos casos y con el método exploratorio de la palpación, es en los que podemos obtener datos que nos lleven al diagnóstico del padecimiento.

El piloro es un verdadero esfínter constituido por la capa de fibras musculares del estómago que espesándose a medida que se acerca a la región pilórica llega a adquirir un grosor de 3 a 4 milímetros al nivel del mismo orificio, formando el esfínter pilórico.

La conjuntiva y la mucosa llena de glándulas, recubren perfectamente las dos caras del esfínter, y sobresaliendo ambas un poco de los bordes del anillo muscular constituyen lo llamado impropia-mente válvula pilórica, que es de forma distinta según se le examine por la región gástrica o intestinal, en el 1<sup>er</sup> caso aparece la cavidad pilórica

como una excavacion que se estrecha gradualmente en forma de embudo, y termina por un orificio redondeado u oval de un centimetro de diámetro. En el 2º caso se presenta bajo la forma de un tabique vertical plano y circular perforado por un agujero en el centro, y en el fondo del cilindro duodenal su aspecto se asemeja a un diafragma óptico.

Por su situacion conexiones y estructura es un órgano susceptible de ser con frecuencia el asiento de estenosis. Por su situacion, es el punto mas declive del estómago y todos los venenos ingeridos, causticos, cuerpos extraños etc obran especialmente sobre el lesionándole. En sus relaciones mas ó menos directas con el hígado pancreas vesícula biliar etc está obligado a padecer mas por esta vecindad, bien por aumento de volumen, bien por desplazamiento del riñon por

ejemplo. Por su estructura, orificio envuelto de un anillo muscular puede ser estenosado por la contractura pasajera o permanente del esfínter, lo mismo que pasa con el esfínter anal o vesical. Por su mucosa, da origen a toda clase de neoplasias compatibles con su estructura y ulceraciones y por su conjuntiva a los estados cicotícos del orificio.

Por la variedad de sus causas, por la importancia de sus síntomas, por la gravedad de su evolución, las estenosis del píloro han sido objeto de numerosos estudios estos últimos años, y sobre todo en lo concerniente al tratamiento quirúrgico. Estas causas determinantes, estos síntomas, y estos medios de tratamiento, en relación con los tres casos clínicos constituyen el objetivo de esta Memoria.

Siendo de gran valor el conocimiento etiológico de las estenosis pilóricas para su aplicación



al diagnóstico pronóstico y tratamiento, comenzaremos por su estudio.

---

## Clasificación de las estenosis pilóricas.

---

Las causas de las estenosis son múltiples y pueden considerarse muchas variedades, unas discutidas, y otras admitidas sin discusión. Dos grandes grupos podemos formar con ellas: 1<sup>o</sup> Estenosis de orden intrínseco ó por alteración de sus paredes. 2<sup>o</sup> Estenosis de orden extrínseco, y aun podemos formar otro 3<sup>er</sup> grupo de causas independientes de toda alteración de las paredes, y de toda causa extrínseca, formada por las contracturas del píloro.

Comencemos por el estudio de las correspondientes al 1<sup>er</sup> grupo ó sea el de las *Estenosis de óidos intrínsecos* ó por alteración de las paredes del anillo pilórico, y siguiendo en la descripción el orden de frecuencia tenemos en primer lugar, las estenosis ocasionadas por neoplasmas, y cuya observación es diaria en el curso de las intervenciones quirúrgicas. Después vienen las estenosis cicatriciales, pudiendo sobrevenir esta cicatriz de varias maneras, sea después de una úlcera simple de estómago después de la ingestión de sustancias corrosivas citándose casos producidos por el cloruro de zinc, ácido fólico, ácido clorhídrico, esencia de trementina; pueden producirse en circunstancias menos frecuentes las úlceras tuberculosas sea por infección, sea por granulaciones, y hasta las úlceras sífilíticas serían según Virande, una causa de estenosis; la úlcera de la primera porción del duodeno puede igualmente dar lugar á estenosis, en realidad

subfilóricas pero que por su ariente anatómico exacto y su sintomatología, es identificable a las estenosis filóricas.

Entre las causas por alteración de las paredes del orificio tenemos 1° ciertos polipos mucosos del estómago y que M. Hayem ha descrito en particular bajo el nombre de *Poliadenomas* poliferos constituidos por pequeños tumores que se encuentran en la region filórica, y que tomando nacimiento en las glándulas de Brünner que a este nivel son continuación de las glándulas filóricas, constituyen los poliadenomas de tipo Brünneriano.

La hinitis plástica señalada por Andral, descrita por Brinton, y caracterizada anatómicamente por una hipertrofia conjuntiva que invadiendo el estómago predomina en la region filórica, constituye otra de las causas; a esta forma Habershon dió el nombre de enfermedad fibrosa

del píloro. Gahot y Gombault describieron despues como una gastritis crónica con esclerosis submucosa hipertrofiante, y retroperitonitis callosa. Estos últimos años han hecho Chaput y Pilliet intervenciones quirúrgicas con objeto de remediar los fenómenos de estenosis pilórica, producidos por la lénitis plástica.

Por último mencionaremos las estenosis pilóricas de origen congénito descritas por Sandere, Maus, Seorak, Cooks, Lenton, Pitt, Siden, Filken, Hirschprung, Sauli etc que aunque algunas veces se ha encontrado ninguna modificación de sus paredes, en otras por el contrario la capa muscular y la submucosa estaban hipertrofiadas. Mauveck, Filger ha descrito una estenosis producida por hipertrofia del píloro debida a elementos normales. Este autor hizo un estudio completo anatómico e histológico del anillo pilórico, no pudiendo nunca

introducir el dedo pequeño; el espesor de la pared era de 14 milímetros y no existía en esta hipertrofia ningún elemento anormal.

*Estenosis de orden extrínscico.* Entre las causas mas principales tenemos la compresion, adherencias, acodadura, y obturación.

1° *Compresión.* Puede ser debida a un órgano normal desplazado de su sitio tal como el riñon movable secundario a una ptosis del hígado que le hace bascular y comprimir por su extremidad inferior el piloro, o la primera porcion del duodeno (Potain) 2° a órganos patológicamente modificados, neoplasmas, abscesos, quistes hidatídicos del hígado; 3° vesícula biliar cancerosa que puede comprimir el piloro, o la primera porcion del duodeno (Bouveret y Sic) 4° vesícula o coledoco calculoso 5° hidropesia de la vesícula citado por Fuffier y en la cual ha estirpacion de la

vesícula, hizo desaparecer todo sintoma y 6<sup>o</sup> tumores y quistes del páncreas.

**Adherencias.** Se hacen por el intermedio de producciones fibrosas cuya retracción ocasiona en el mismo punto, compresiones estrechas ó anchas, y así tenemos las perigastritis (seguidas de úlcera en la vecindad del piloro) ó seguidas de un traumatismo, la peritonitis tuberculosa, y la peritonitis esclerosas. Existen también estenosis de origen biliar y así en los cálculos biliares, retención, colecistitis y pericolecistitis se producen adherencias que dan lugar á la estenosis; en suma el papel esencial es debido á una infección ascendente.

**Acodadura.** Puede ser debida á una ptosis gástrica secundaria á otra causa anterior ó estar relacionado con el corsé en las mujeres. En este caso la flexión angular del tubo digestivo fu

jado se hace con frecuencia al nivel de la 1<sup>a</sup> porcion duodenal, y se exagera por la distension estomacal. (Bouveret).

**Obstruccion.** Los cuerpos extraños ingeridos, nunca determinan segun Withe y Meathieu estenosis verdaderas del piloro, y quedan como causa inica de producir la obstruccion. los calculos biliares (Gaillard). Por el intermedio de una fistula colecistogástrica ò cisticoestomacal, pueden obstruir el conducto pilórico del estómago hacia el duodeno; y por el intermedio de una fistula colecistopilórica, puede producirse una obliteración interviniendo en este caso como elemento importante el espasmo pilórico (Mangowd y Alex).

Y por ultimo el 3<sup>er</sup> grupo de causas independientes de toda alteracion de las paredes y de toda causa extrínseca, está constituido por las contracturas del piloro.

---

Después de examinados los 3 enfermos, vemos la existencia de un sintoma comun la hiperclorhidria en relacion con la estenosis pilórica, y en relacion además con la úlcera en dos de ellos. Ahora bien ¿ que relacion existe entre la hiperclorhidria úlcera y la estenosis pilórica? ¿ existe siempre esta correlacion? ¿ es toda hiperclorhidria consecutiva à una estenosis? ¿ existe la hiperclorhidria primitiva? Este es el primer punto que vamos à dilucidar.

Para M. Hayem es indispensable la existencia primitiva de una estenosis incompleta del duodeno o piloro cualquiera que sea su causa (perigastritis cicatriz ulceroosa etc) para la produccion de la gastrico su correa de modo que esta es mera consecuencia de la estenosis, la excitacion alimenticia de la mucosa gástrica no cesa nunca, por que el estomago jamás se encuentra



vacio y como consecuencia natural y lógica la secreción se hace continua resultado natural de la constante excitación alimenticia, y por último niega en absoluto la existencia de la hipersecreción proteráctica.

En completa oposición con las ideas de M. Hayem está M. Bouveret; admite la existencia de la hiperclorhidria como simple trastorno funcional sin lesión ninguna y al mismo tiempo que la secreción es mas abundante y prolongada aumenta su riqueza en ácido clorhídrico. Esta secreción ya no cesa en el intervalo de las comidas, cuando está vacío el estómago y tiende a ser continua primero por crisis, y mas tarde se hace definitiva. Al mismo tiempo se desarrollan lesiones señaladas al principio por Jarowsky y Korczynski bien estudiadas por M. Hayem y donde la característica es la multiplicación de las células.

lulas de revestimiento y la substitucion à todas las  
otras células en las glándulas gástricas (gastritis  
parenquimatosa del Dr. Hayem) la retencion la  
dilatacion gástrica son secundarias à la hiperse-  
crecion y provocadas sea por el espasmo del pílo-  
ro sea por la acumulacion de alimentos no dige-  
ridos sea por la atonia secundaria de las túbu-  
laciones del estomago y la misma úlcera es la  
consecuencia de la autodigestion de una mucosa  
congestionada por un funcionamiento exagera-  
do debilitado por alteraciones estructurales en  
contacto interrumpido con un jugo gástrico len-  
tamente activo.

Se ve la gran diferencia de las dos in-  
terpretaciones. Para Dr. Bouveret la gastritis  
es el estado de un estomago que se queda fuera de  
toda excitacion para Dr. Hayem es la reaccion  
normal del estomago por una excitacion continua

Mercede discutirse este punto porque de su solución se deducen conclusiones distintas para lo patológico, fisiológico y terapéutico.

Es una consideración fisiológica que ya desde largo tiempo M. Hayem tiende a negar la existencia de una secreción del estómago vacío. Para este autor el producto de la secreción de las glándulas del estómago no encierra nunca ácido clorhídrico sino solamente cloruro de sodio; es la fermentación digestiva que al contacto de los alimentos descompone este cloruro de sodio y meltra el ácido. Sin alimentos y sin ácido clorhídrico en el estómago, aceptada esta teoría la hipótesis de una hipersecreción clorhídrica pro-topiátrica es inadmisibile. Debemos antes de discutir averiguar si los hechos experimentales citados por M. Hayem para el apoyo de sus viejas teorías constituyen una demostración indiscutible; en ese caso la teoría de M. Bouveret es inexacta.

La secreción provocada en el estómago por el agua destilada dice M. Hayem es una secreción clorurada no conteniendo nada de ácido clorhídrico, la secreción provocada por un alimento tal como el pan es al principio rica en cloruros pero tiende á enriquecerse mas y mas el ácido clorhídrico y la cantidad de cloruros disminuye en el contenido gástrico, á medida que la cantidad de ácido clorhídrico crece, dice que lo último se forma á expensas de los primeros. Pero esto no es mas que un argumento de probabilidad las objeciones numerosas que se le han hecho no valen mas que la experiencia decisiva de Pavlov y Schumov Simarowskaja; á un perro se le secciona el esófago y se fijan los dos cabos á la herida cervical se practica luego una fistula gástrica si el animal está en ayunas se le hace deglutir carne esta no penetra en el estómago sino que sale por la herida

da. Se produce en estas condiciones y en ausencia absoluta de todo alimento en el estómago una secreción que por la fistula gástrica se puede obtener una gran cantidad de jugo gástrico muy rico en ácido clorhídrico. Es por tanto un producto de secreción y no existe ninguna objeción fisiológica contra la hipótesis de una hipersecreción protoplásmica independiente de la excitación alimenticia.

Examinemos ahora los argumentos de orden clínico. H. Hayem cita observaciones muy completas de sujetos atacados de enfermedad de Reichman típica y en los cuales sea en la autopsia o en el curso de una operación quirúrgica se ha encontrado una estenosis pilórica. Hace notar además que ciertos enfermos que han servido a Boaveret y Devic para el estudio de los síntomas de la enfermedad de Reichman

presentaban los síntomas de las estenosis pilóricas  
dilatación enorme peristaltismo exagerado íctericas  
ais alimenticia etc.

La estenosis del piloro consecutiva a una  
úlcera coincide con mucha frecuencia con la en-  
fermedad de Reichman falta probar que es la  
causa y no la consecuencia; se puede suponer en  
efecto que la hipersecreción protoplásmica ha abierto  
la excera después se complica con la úlcera y esto  
produce la estenosis.

A esta hipofitosis responden cierto número  
de observaciones de Boas, Schreiber, y de M.  
Hayem en las cuales la gastro enterostomía  
suprimiendo el ícteric supprime las anomalías de  
la secreción. Se puede admitir con M. Hayem  
que la estenosis incompleta del piloro es suscepti-  
ble de constituir una causa frecuente de gastro-  
súperca ; pero se debe admitir que toda esteno-

sis incompleta del piloro provoca el síndrome de Reichman y que nunca existe este síndrome sin estenosis del piloro.<sup>2</sup> no lo vemos.

M. Sinossier dice que aunque es una cuestión muy reciente para que se pueda dar una solución definitiva no parece nunca que la estenosis del piloro tenga por consecuencia invariable una enfermedad de Reichman caracterizada. Claro es que la persistente excitación alimenticia provoca la continuidad de la secreción y el jugo gástrico segregado por la mucosa exageradamente excitada es muy rico en ácido clorhídrico pero como se ve no es más que la reacción normal de la mucosa gástrica por una excitación anormal; y la prueba es que si se pone a la mucosa en condiciones de una excitación normal reacciona como una mucosa sana. Esto sucede en ciertas estenosis extrin-

cas del píloro sin alteración gástrica primitiva por ejemplo en las estenosis de origen biliar cuando después del lavado gástrico se introduce en el estómago una comida de prueba.

Así se encuentran observaciones de Alex en que la composición química del quimo extraído después de una comida de prueba lejos de corresponder a la hiperclorhidria de los enfermos de Reichman afectan por el contrario el tipo hipoclorhidrico; lo mismo sucede con la 7<sup>a</sup> observación de Bonvecet (ácido total 1,3 reacción débil con el reactivo de Günsberg) la 8<sup>a</sup> observación (líquido débilmente ácido no colorando nunca el reactivo de Günsberg) la 3<sup>a</sup> observación (ácido clorhídrico ausente a veces otras en exceso). Todos ellos bien distintos de la hiperclorhidria acentuada y constante de los verdaderos enfermos de Reichman.

El estudio del quimismo en las estenosis extra-pílicas no es bastante completo para permir-



no tiene hacer conclusiones definitivas. Lo que sabemos nos permite a veces emitir dudas sobre la aseveración demandada absoluta de M. Schreiber y de M. Hayem que la enfermedad de Reichman no es mas que la consecuencia del 'ictus alimenticio proe stenosis pilórica. Si una estenosis primitiva puede producir en ciertos sujetos una enfermedad de Reichman verdadera es en virtud de una predisposición especial; así como las mismas causas provocan la clorosis en ciertas personas una anemia ligera en otras no por eso decimos clorótico al sujeto lo mismo podemos decir no es enfermo de Reichman todo de estenosis pilórica.

Para afirmar que no hay nunca gástrico-oclisis ni estenosis pilórica o subpilórica hemos visto que M. Hayem se funda en observaciones hechas en la autopsia o en las intervenciones quirúrgicas pero se trataban de casos graves y generalizar las observaciones hechas sobre tales enfermos a los de Reichman

nunca puede ser verdadera. En el caso en que una observación directa *vispica* ó *necripica* es imposible M. Hayem admite como signos patognomónicos de la estenosis la presencia de alimentos en el estómago por la mañana en algunas; pero esta retención es un signo muy infiel.

Para resumir diremos 1º que en ciertos casos cuando no hay ningún signo de *ictasis* y que no se haya demostrado la existencia de ninguna lesión primitiva causante de la hipersecreción la hipotenis de M. Bouveret de una hipersecreción protoplásmica ligada a modificaciones funcionales después estructurales de la mucosa debe existir.

En los casos de *ictasis* si este ha sido precedido por trastornos de secreción si es poco acentuada inconstante se agrava y desaparece por periodos si no existe dilatación ni contracciones peristálticas ni vómitos de alimentos ingeridos

después de muchos días sino se revela en los síntomas ó en los datos anamnésticos ningún signo de de úlcera ó de cálculos hepáticos se debería suponer que la estenosis es de naturaleza espasmódica y secundaria á la hipersecreción.

Si al contrario el conjunto de síntomas conduce á admitir la existencia de una estenosis anatómica es necesario averiguar si esta es la consecuencia ó la causa de los trastornos de secreción. Es la consecuencia en los casos en que el obstáculo fibrinoso es producido por una úlcera desarrollada en el curso de una gastritis primitiva pero una vez constituida le sostiene y le agrava que es lo que ha sucedido en nuestro enfermo histérico.

Es la causa cuando la obstrucción del píloro se produce con anterioridad á toda alteración gástrica (compresión por cálculos biliares etc)

El éxtasis alimenticio puede en estos casos provocar una secreción continua de jugo gástrico y por consiguiente en el sentido atribuido actualmente a la palabra una enfermedad de Reichman pero el trastorno patológico no es aquí mas que la reacción normal del estómago producido por una excitación alimenticia interumpida. La hipersecreción protopéptica por el contrario es el estado de un estómago que segrega sin excitación.

En ciertos sujetos la excitación provocada por la estenosis y el éxtasis puede ser el punto de partida de los trastornos de secreción idénticos a los de la hipersecreción protopéptica pero en estos sujetos hay que admitir cierta predisposición. En otros el jugo gástrico segregado continuamente bajo la influencia de los alimentos acumulados en el estómago no pierde nunca los caracteres de un jugo gástrico normal alguna

veces la proporción del ácido clorhídrico está disminuida pero no se encuentran nunca esos caracteres de excitación intensa tan evidentes en la hipersecreción protoplásmica; la supresión del obstáculo entraña la suspensión del trastorno secretorio el estado de la mucosa no es el mismo que en los casos en que hay hipersecreción en ausencia de éxtasis.

De todo este estudio se deducen diversos tipos de la enfermedad de Reichman en relación con las estenosis fibrósicas y que ~~las~~ expongo en las conclusiones de esta memoria.

De las dos formas que puede presentar clínicamente la evolución de la estenosis fibrósica si sean marcha rápida y lenta esta última es la que han presentado nuestros enfermos y es ge-

necesariamente la mas frecuente.

Consecutivamente a la sintomatología de una fase preestenosante de hiperclorhidria y úlcera en dos casos y de hiperclorhidria solo en el 3º. la retención sintoma capital se presentó y los dolores y los vómitos eran los signos que los revelaban como siempre sucede en todas las estenosis pilóricas.

Estos dolores bastante vivos en nuestros 2 enfermos aparecían al principio algun tiempo después de las comidas comenzaban por sentir una sensación de quemaduras en la region epigástrica y este dolor iba en aumento irradiándose al mismo tiempo por los riñones hasta que en el acme de estos sintomas dolorosos sobrevenia un vómito de todo o parte de los alimentos ingeridos coincidiendo con una atenuación inmediata y constante de los fenómenos dolorosos. En nuestra en

forma estos dolores aparecen mas bien en forma de sensaciones de pesantes y aun existe otra clase de enfermos en los que aparece por verdaderas crisis gástricas. Pronto averiguaron nuestros enfermos que una provocacion voluntaria del vomito iba seguida de un alivio inmediato y lo praman en practica frecuentemente.

Un bienestar relativo persiste en estos casos hasta nuevas tentativas de alimentacion pero la aparicion de los mismos trastornos funcionales despues de las comidas de tarde y noche despues de algunas horas de reposo incompleto transformados los enfermos veian reaparecer las crisis dolorosas y algunas veces los vomitos que solo hacia la mañana les permitian dormir algunas horas.

Estos dolores no muy fuertes al comienzo de su enfermedad iban en aumento conforme

iba avanzando la estenosis y parado algun tiempo comenzaron a disminuir en el 1<sup>er</sup> enfermo historiado para terminar en el último periodo de la enfermedad por sustituir al dolor síntomas de pesantez vaga; en el 2<sup>o</sup> enfermo no hicieron más que disminuir algo con el tratamiento médico y en la enferma historiada nunca llegaron a ser tan exagerados estos dolores.

Todo esto tiene su perfecta explicación por que si bien al principio los dolores podían atribuirse solo a la hiperclorhidria al hacerse la lesión de estenosis aumentaron por que estos dolores de las estenosis pilóricas están unidas a la contracción de las paredes gástricas que luchan contra la estenosis de modo que se suma al dolor de la hiperclorhidria el dolor de la estenosis; y por último la desaparición del dolor sustituido por los síntomas de pesantez vaga en el último pe-



modo de la enfermedad se explica tambien porque despues de un periodo mas o menos largo en que las paredes gástricas han estado luchando contra la estenosis viene el periodo terminal del estomago forzado la relajacion de sus paredes y entonces estos fenomenos dolorosos son substituidos por sintomas de pesantez vaga.

No sucedió lo mismo con la enferma y el otro enfermo los dolores persistian 1º porque continuaba la hiperclorhidria a diferencia del 1º enfermo en el que a la hiperclorhidria substituyó la fermentacion de acidos orgánicos y en 2º lugar por que se conservaba con toda integridad la fuerza muscular del estomago en los dos casos ultimos demostrables por la existencia del peristaltismo estomacal a diferencia del 1º que estaba atónico.

Al lado del dolor de tan variable in-

tenidad como hemos visto y que aun puede algunas veces faltar sobre todo en las estenosis ligeras los vómitos ocupan un lugar importantísimo. Estos vómitos aparecieron al principio como generalmente sucede de una manera irregular todos los 3 o 4 dias hasta que ultimamente cuando se hizo la estenosis se hicieron mas frecuentes llegando a ser diarios.

Estos vómitos que en todos los enfermos aparecieron en un primer periodo de una manera tardía se reproducian con una gran variabilidad en relacion con la alimentacion mucho mas frecuentes cuando no observaban regimen ninguno a menticio fuera de la clinica vasto imponerles un regimen severo en esta para que solo con él disminuyera la frecuencia de aparicion de los vómitos pero ademas de guardar esta relacion con la alimentacion guarda tambien con la sensibilidad individual de la mucosa y el estado del musculo

gástrico no hay mas que recordar como desaparecieron los vómitos en los últimos periodos del padecimiento del 1<sup>er</sup> enfermo por relajación probable de la fibra muscular a diferencia del otro enfermo que continuaban los vómitos.

Como consecuencia de la hipersecreción existente en ellos los vómitos eran muy abundantes expulsando mayor cantidad que lo que habian ingerido conteniendo trozos alimenticios no digeridos y que fueran introducidos en el estómago despues de un lapso de tiempo variable. En los casos en que la retención alimenticia es muy marcada como sucedia en el 1<sup>er</sup> enfermo se extraian con el lavado restos alimenticios ingeridos dos ó 3 dias antes en los otros dos enfermos no era la retención tan exagerada. Casos hay en que estos detritus alimenticios se estancan en el estómago durante un tiempo muy largo ya no son expulsados mas

que con un lavado del estómago y en el intervalo el enfermo acusa ganas de devolver el alimento y eructos.

Estos vómitos tenían olor à ácido acético en otros enfermos tienen un olor fétido acentuado otros olor de manteca rancia debido al ácido butírico y otros olor à huesos podridos ( $\text{SH}^2$ ) caracter particular que para Boas no se encontraría jamás en las estenosis cancerosas ni en las estenosis seguidas al úlcus en la que predomina como en nuestros enfermos el olor à ácido acético. En algunos jugos existe la bilis pero ya veremos en que condiciones.

El examen químico del jugo gástrico revela la existencia del ácido acético algo del butírico pero nada del láctico el examen microscópico según las averiguaciones de Lesage demuestra la presencia de una flora microbiana muy

abundante variando paralelamente a la hipoprepia flora tanto mas numerosa cuanto que la estenosis es mas acentuada y sobre cuya determinacion han querido algunos autores variar un diagnostico etiologico. Pero lo que hoy se sabe con certeza es que en las formas de hiperacididad pronunciada desaparecen las levaduras y sarcinas.

Existe tambien <sup>en</sup> algunos enfermos de estenosis verdaderos vomitos electivos el estomago haciendo una especie de seleccion retiene ciertos alimentos ingeridos para no expulsar mas que los que especialmente el no puede tolerar.

Los vomitos pueden desaparecer o cuando menos disminuir por las precauciones de los enfermos no tomando los alimentos mas que en cantidad minima y previniendo asi evitar o disminuir el estasis el dolor y las fermenta-

ciones como sucedió en el último enfermo histó-  
ricado.

La retención independientemente de estos  
síntomas funcionales se acusa por la presencia  
en el estómago por la mañana en ayunas de  
restos alimenticios no habiendo ingerido el sujeto  
ningún alimento desde la víspera ó desde la tar-  
de.

Es en efecto indiscutible que la presencia  
de detritus alimenticios en el estómago 12 horas  
después de la última comida es un signo abso-  
luto de retención gástrica el estómago normal  
en las mismas condiciones está vacío. Este sín-  
toma característico puede revelarse al principio  
como sucedió en nuestros enfermos espontanea-  
mente por los vómitos; en defecto de estos últimos  
existe un procedimiento directo de valor esencial  
permitiendo apreciar frecuentemente esta reten-

ción es la averiguación por la manómana en ayunas de los líquidos reinales con la ayuda del cateterismo. Embudos de Faucher se extraían en el enfermo último dos y medio en la enferma y uno y medio próximamente en el 1.º.

El líquido así extraído presentaba como lo hace constar Riegel caracteres particulares; dejado en reposo en un recipiente profundo un vaso por ej. se divide en 3 capas superpuestas una superficial constituida por una porción de burbujas gaseosas otra media formada por un líquido turbio y una 3.ª en el fondo del vaso donde están depositados los restos alimenticios. Estos últimos continuando la fermentación dan nacimiento a nuevos gases que atravesando la capa media del líquido vienen a aumentar el espesor de la capa espumosa superficial.

Pero este estasis gástrico puede existir

con o sin aumento de la capacidad estomacal, y así en nuestra enferma historiada casi no había aumento del volumen del estómago llegaba a un dedo por encima del ombligo y sin embargo la retención era acentuada en los otros enfermos existía aumento de la capacidad gástrica llegando el estómago al nivel del ombligo y esto quizá tenga su explicación en la frecuencia de los vómitos que tenía la enferma durante mucho tiempo de su enfermedad vómitos repetidos que pueden impedir el éxtasis y por tanto la distensión y dilatación de la misma manera que obran las restricciones extremas de la alimentación que ciertos enfermos se imponen y que a los nuestros se les impone en la clínica y aun en algunos casos las adherencias o peritonitis fijando sus paredes.

Para M. Alberto Robin se debe reservar



el término dilatación a los estómagos de paredes forzadas y que no se retraen (período anstólico) y el término de distensión a los estómagos todavía susceptibles de luchar y de volver a la capacidad normal. La dilatación se encontraría sobre todo como el término de la evolución de las formas lentas como en el primer enfermo.

Por medios de investigación múltiples se puede apreciar los grados de la ectasia.

La simple inspección de la región epigástrica basta en algunos sujetos como en el último historiado para observar una convexidad que marcaba difusamente la dirección que llevaba la curvatura mayor del estómago.

En todos ellos por la palpación se producía el ruido de bazuques sintoma que en estos casos tenía mucha importancia por que se presentaba por las mañanas en ayunas. El límite del

estómago en los 3 enfermos lo determiné por la introducción de agua en el estómago por medio de la sonda aplicando luego la percusión.

Hay otros procedimientos como son la introducción en el estómago de una sonda blanda perceptible a lo largo de la gran curvatura. (Boas) Tenemos también el de la percusión ayudada por las producciones gaseosas gástricas (procion de Rivero) la gastroduodenoscopia (Chamfard) la radiografía misma después de la ingestión del subitrato de bismuto con objeto de hacer opacas las paredes procedimiento de Rouse y Balthazar pero todos estos procedimientos además de ser difícil su manejo no superan al valor que tiene la observación directa.

Y por último vamos a estudiar un síntoma importantísimo en las estenosis pilóricas y es el peristaltismo estomacal tan manifiesto

en los dos últimos enfermos visible a través de las paredes abdominales.

Hace mucho tiempo que las contracciones peristálticas visibles sobre la pared abdominal han sido señalados en enfermos atacados de estenosis pilórica; pero la mayoría del tiempo se han contentado con observar el hecho sin darle un interés especial. Krüssmanl 1870 en una memoria sobre el tratamiento de la dilatación por el lavado expone 7 observaciones en que el peristaltismo es indicado; Hanot en 1894 presenta a la Sociedad Médica de los Hospitales una observación en la que el sintoma es descrito magistralmente.

Si como quieren los antiguos autores la posición del estómago fuera horizontal el píloro se encontraría situado en un punto más elevado del reservorio estomacal y sería incapaz de variar en una acción energética de las tónicas muscu-

laxos. Pero admitiendo como hoy se admite la dirección vertical del eje del estómago se comprende que por el mero hecho de la pesantez los alimentos caen del cardias hasta el piloro que se contrae y se opone al paso inmediato al intestino por tanto en el estado normal el peristaltismo estomacal juega un papel secundario en la progresión de los alimentos del cardias al piloro y lo que predomina es la pesantez.

Está demostrado también que los movimientos peris y antiperistálticos no se producen en el hombre mas que al final del acto digestivo; en el estado normal no desempeñan mas que un papel secundario en la progresión de los alimentos la contracción de la coebata mixta formando en comunicación directa el cardias y el piloro es considerado por la mayoría de los autores como el hecho normal y constante los alimentos sólidos se quedan

por el contrario en el reservorio estomacal un tiempo mas ó menos largo gracias á la contraccion del esfínter pilórico este se abre cuando los alimentos se hallan reducidos al estado de quimo y que el paso al intestino se efectúa despues de una ó varias veces punto sobre el cual no estan de acuerdo los fisiólogos.

No siendo normalmente visible este peristaltismo; á que es debida su presencia en los estados patológicos.<sup>2</sup> Evidentemente se trata de una exageracion de la contractibilidad normal la contraccion siendo mas fuerte se hace visible y palpable á través de la pared abdominal.

Haciendo la palpacion en nuestra enferma para averiguar el curso de vasos se determinaban contracciones que partiendo del cardia iban levantando la pared abdominal á parar al fíloro indicio de una contractibilidad estomacal exagerada lo mismo sucedia con el palpamiento de la pared abdominal.

Cualquiera que sea la duracion del peristaltis-

mo su forma es siempre la misma; son ondas ó mejor dicho series de ondas de direccion transversal y que evolucionan del cardia al piloro de izquierda á derecha y que naciendo en el hipocondrio izquierdo convergen hacia el hipocondrio derecho estas ondas son multiples á una contraccion fuerte sigue otra mas débil excepcionalmente aparecen contracciones de derecha á izquierda así es que el antiperistaltismo es menos acusado que el peristaltismo; pasan de 8 á 12 segundos entre la aparicion de una contraccion y su desaparicion.

¿Porqué esta exageracion del sistole estomacal normal? la causa inmediata es el obstáculo pilórico la condicion necesaria la integridad muscular del estómago; pero porqué enseguida de un obstáculo pilórico el musculo estomacal se tetaniza? ¿porqué sus movimientos aumentan de energia y de amplitud viniendo así á ser visibles y palpables

à través de la pared abdominal? Es que son movimientos de lucha que apenas útiles en el estado normal se hacen indispensables para contra balancear los efectos de la estenosis.

Se observan iguales hechos en otros puntos de la economía siempre que un aparato lúneo y contractil cualquiera encuentre delante de él un obstáculo que vencer; es el úter que se contrae dolorosamente tendiendo à expulsar un cálculo enclavado en su luz es el intestino que bruscamente estrangulado en el curso de un cólico miserere resaltan sus ondas peristálticas, es la vesícula biliar donde el espasmo propulsor lucha contra el espasmo reflejo del canal cístico ó del coledoco que tiende à dificultar la progresión de un cálculo al intestino; es el corazón en fin donde las contracciones son más activas cuando existe un obstáculo al curso normal de la sangre.

Hagamos notar que siempre la reaccion, es tanto mas intensa cuanto mas reciente sea el obstaculo; si la lesion es antigua el organo está agotado por la resistencia que a él se ofrece la vesicula biliar y el water se dejan algunas veces distender el intestino está atónico el corazon dilatado lo mismo sucede con las estenosis fibrosas el peristaltismo cesa completamente en unos casos al fin de la enfermedad en otros se atenua considerablemente; despues de un periodo de lucha el musculo estomacal está agotado hay verdaderamente una anistolia.

De todo esto se deduce que la integridad muscular del estomago está subordinada a la duracion de la lucha y no a la difusion de lesiones que aienta en el fibroso y que esta integridad es necesaria a la produccion del peristaltismo; en ciertos casos se nota la hipertrofia compensatriz. Ottinger ha relatado una observacion de dilatacion del es-



tómago consecutiva a una estenosis pilórica y hecho el examen histológico de la pared demostró la existencia de una hipertrofia radicando principalmente sobre los elementos musculares. Chieban opina lo mismo puesto que sus averiguaciones microscópicas le han conducido admitir que la túnica muscular está considerablemente espesada y que esta hipertrofia tiende al aumento del número de las fibras musculares.

Resumiendo de lo dicho tenemos que el peristaltismo reconoce por causa 1<sup>o</sup> una estenosis pilórica además como la integridad de las fibras musculares será producido con preferencia en las estenosis pilóricas constituidas recientemente.

Por último para concluir con todo lo concerniente a la sintomatología que se puede presentar en las estenosis pilóricas vamos a describir los fenómenos generales que pueden aparecer en estos enfermos.

Están en relación con la tolerancia gástrica el grado de estenosis y la enfermedad causal además los unos resultan del paso insuficiente de los alimentos al intestino los otros son debidos a la reabsorción de productos tóxicos de fermentación.

Estos fenómenos afectan los distintos aparatos: en el aparato intestinal puede existir el estreñimiento en relación con la retención alimenticia y en este caso la cantidad de materias expulsadas es menor que la ingerida otras veces se presenta la diarrea debida generalmente a fermentaciones que se manifiestan bien por una eliminación abundante de indican bien por fenómenos de colitis membranosa.

En el aparato renal la oliguria juntamente con la disminución de cloruros urinarios constituyen los datos de mas importancia. En algunos casos raros se ha señalado la pepsinuria; algunos

fenómenos cutáneos pueden aparecer urticarias escamas y sequedad de la piel.

Pueden observarse en el aparato circulatorio palpitaciones fenómenos de opresión y á veces crisis dolorosas simulando crisis de angina de pecho que aparecen por la noche despues de las comidas y son debidos probablemente á la distension estomacal.

Del lado del sistema nervioso transtornos psíquicos que existen vértigos neurastenia hipocondria sobre todo en las formas lentas. Dice Charcot que los transtornos nerviosos que aparecen en los dilatados no se presentan nunca en los casos de dilatacion gástrica consecutiva á la estenosis.

En los periodos terminales pueden presentarse el delirio la tetania ó el coma dispectivo. Esta tetania observada por Douce Steinheim en el curso de las afecciones gastro-intestinales aparece

cen en los casos de retención gástrica. Atribuido por Kussmaul a una deshidratación del tegido nervioso por los vómitos repetidos sería para Bouchard debido a una auto-intoxicación pero las averiguaciones de Bouveret y Devit y luego de Brieger han demostrado que es debido a la absorción de toxinas (pepto toxina de Brieger).

Esta tetania tiene tres formas la primera que se caracteriza por accesos espasmódicos con contractura localizada de las extremidades bien en la mano que toma la forma idéntica a la que es necesaria para introducir en la vagina o bien afecta al miembro superior aplicándole al brazo. Estos accesos pueden aparecer de una manera espontánea o bien pueden ser determinados por la compresión de la arteria o del nervio principal

del miembro y en la cara por una fricción rápida de los miembros; puede reproducirse varias veces y llegar a generalizarse; la 2<sup>a</sup> es una forma generalizada parecida al tetanos y 3<sup>a</sup> simula un ataque de epilepsia.

En las formas graves generalizadas la muerte es lo más probable se hace una localización en los músculos respiratorios y sobreviene un espasmo de la glotis.

A estas contracturas acompañan fenómenos sucesivos vómitos miserables hipoestresis de la pupila elevación de la temperatura.

Y por último algunas veces el coma disparetico es la causa ocasional de la muerte una disnea intensa (sine materia) aparece la respiración se acentúa el enfermo cae en un sueño profundo y muere en el coma.

En la forma de estenosis pilórica de  
marcha aguda los fenómenos de estomía  
gástrica son constantes los dolores intensos  
vómitos muy frecuentes peristaltismo esa-  
gerado y se caracteriza por la aparición  
rápida en algunas semanas del periodo  
crónico.

---



## Diagnostico de las estenosis pilóricas

Con bondad se han presentado en unos  
dos enfermos los síntomas de estenosis pilórica des  
pués de una historia de hiperclorhidria solo en la en  
ferma y de hiperclorhidria y ulcera en los dos enfer  
mos dolores epigástricos, vómitos, la presencia de ali  
mentos en el estómago por la mañana en cuyo  
caso juntamente con dilatación del estómago disminu  
ción de la secreción mucinosa y cloruros y la exis  
tencia del peristaltismo estomacal en los dos últi  
mos son datos suficientes para pensar en el sindro  
me de las estenosis pilóricas.

Como hay como sucede en la enfermedad  
de Reichman protoplásmica en el que existe gastrosucorra

sin enterosis pero el liquido extraido en ayunas es un liquido de secrecion incoloro espumoso acido y nunca de retencion no hay fenomenos de estasis es decir nunca existen alimentos en el liquido. Por otra parte si muchos de los sintomas son comunes a las dos afecciones se les puede separar por los hechos siguientes. Duracion de las crisis, los vomitos son menos frecuentes, menos abundantes, y con siempre liquidos, no encierra nunca residuos alimenticios y el lavado del estomago facil con siempre no acusa nunca la presencia de restos alimenticios cuando se hace por la mañana sino que aparece un liquido incoloro espumoso y acido. Con los antecedentes de utera de los dos enfermos se podia haber pensado que todo el sindrome pertenecia a la existencia del estomago bilobular y suponiendo la existencia de una gastritis antigua en la enferma tambien se podia pensar en dicho estomago bilobular que habia



ra nido producida por adherencias de las caras anterior y posterior del órgano. Pero en el estómago bilingüe la dilatación debida a la cavidad cardiaca es la sola perceptible ordinariamente porque está casi siempre a la izquierda y en la estenosis pilórica al contrario el estómago pasa a la línea media; otro dato al que Jaworski da mucha importancia es la posibilidad de producir el ruido de bariqueo con la imposibilidad de extraer nada de líquido por la sonda (cavidad pilórica donde se produce el bariqueo separada de la cavidad cardiaca por un estrechamiento).

Para Weelfler tampoco se puede retirar todo el líquido introducido por el lavado a causa de la doble cavidad, existen también tales alternativas en el líquido del lavado estomacal que tan pronto sale claro como lleno de alimentos y por último se puede recurrir a un procedimiento aconsejado por Bonveret cual es la inflación del estómago en que permite reconocer la forma de este

el reloj de arena.

Cada de esto ~~los~~ ocurrido en nuestros enfermos y desechemos por tanto dicho diagnóstico.

La gastroptosis puede inducir a veces a confusión porque es susceptible de presentar la misma dilatación, el mismo ectasia, los mismos trastornos gástricos, los mismos dolores tardíos, el adelgazamiento general etc. pero en estas gastroptosis coincidiendo con un fondo neurasténico del enfermo van acompañadas de la enteroptosis de Grenard de ese aflojamiento general de las vísceras de la cavidad abdominal, todos esos trastornos se alivian por el decubito dorsal y por la aplicación de un cinturón de Grenard, y los vómitos repetidos, el peristaltismo y la oliguria son muy raros en la enteroptosis.

Campores se podía pensar en una gastritis, renieca por que ninguno de ellos existía nefritis, síntomas de hipertensión ni de brigatismo, ni ruido de galope etc.

además de que en estos casos los vómitos son poco abundantes, incesantes y alternan frecuentemente con crisis diarreicas que los hacen cesar.

Y por último vamos a demostrar que la dilatación del estómago juntamente con la retención de los alimentos era debido todo ello a un obstáculo pilórico que impedía la evacuación normal de los alimentos y no atribuible a la dilatación estomacal por atonía la explicación de estos síntomas.

En los casos en que la evacuación difícil es debida a una estenosis pilórica los líquidos existen de una manera constante en el estómago a menos de que tenga el individuo vómitos frecuentes o falta de alimentación prolongada. Además, estos líquidos encierran de una manera habitual residuos alimenticios reconocibles a la simple vista y este es un signo tan característico que según Galliard todas las veces que se presenta se puede afirmar la existencia de un obstáculo me

cómic.

Otro dato de importancia es la presencia en los residuos de trozos alimenticios ingeridos hace bastante tiempo. Cuando el líquido residual es más o menos hiperpeptico aun como sucedía en estos enfermos se puede afirmar según Hayem la existencia del obstáculo mecánico a la evacuación, no deduciéndose ninguna conclusión cuando el líquido residual y el líquido digestivo son ambos hiperpepticos. En la dilatación producida por obstáculo los rúmitos son frecuentes, y falta la bilis en el líquido del lavado. Y por último la existencia del peristaltismo estomacal apreciable a través de las paredes abdominales como en los dos últimos enfermos a la simple vista es un fenómeno de gran valor diagnóstico.

Quando la dilatación es por atonía del músculo gástrico nunca existen el peristaltismo estomacal visible a la simple vista además suele haber gran dificultad para hacerles a estos enfermos la extracción del

líquido estomacal por medio de la sonda teniendo casi siempre que recurrir a la aspiración del líquido, y por último los vómitos son muy poco frecuentes.

Pues bien, ¿que síntomas eran los que nuestros enfermos presentaban? vómitos bastante frecuentes, abundancia de líquido en ellos, gastrocorrea, presencia en los líquidos de restos alimenticios ingeridos hace algún tiempo y apreciables a la simple vista, hiperpepsia del líquido residual más exagerada que la del líquido digestivo, falta de bilis en el líquido del lavado, y la existencia del peristaltismo estomacal a través de las paredes abdominales. Síntomas todos, como se ven correspondientes al cuadro clínico de la dilatación y retención de los alimentos ocasionada por un obstáculo mecánico a la evacuación no debidos en nada a la dilatación por acción de la musculatura estomacal.

Es tan importante la observación del peristaltismo estomacal, que juntamente con la dilatación

constituyen datos importantes para el diagnóstico.

Trancou dice que en los casos de dilatación consecutiva a un obstáculo pilórico y que al mismo tiempo se observa a la inspección del abdomen movimientos peristálticos, se puede afirmar la existencia de la dilatación del estómago consecutiva a un obstáculo asentado al nivel del píloro. La sola presencia del peristaltismo permite distinguir la ectasia gástrica consecutiva a las lesiones del píloro de la dilatación del estómago tipo protopático de H. Bouchard. En esta hay debilidad primitiva de la fibra lisa mientras que en la primera el elemento muscular hipertrofiado muchas veces siempre intacto anatómicamente reacciona en ondulaciones aparentes.

Siempre que se presenta este peristaltismo indica la existencia de la estenosis pilórica; además este peristaltismo se presenta no solo en las estenosis pilóricas sino también en las estenosis supra-sub-

vaterianas, en ambos casos hay dilatación secundaria del estómago que se puede contraer peristálticamente según Chammel y Pic en cambio no se presenta este peristaltismo en los casos de estómago bilobular.

Es necesario saber distinguir el peristaltismo estomacal del de los órganos vecinos y así se pueden diferenciar de los del intestino que se producen solo en las obstrucciones bruscas intestinales porque los movimientos se producen bajo el ombligo son difusos continuos sin orientación ni ritmo. El colon puede igualmente presentar movimientos peristálticos pero este peristaltismo del colon transverso se produce de derecha a izquierda, no es nunca modificado por la ingestión de los alimentos y no se puede producir mas que por un obstáculo que asienta en el colon descendente. S íliaca o el recto obstáculo apreciable por la palpación abdominal o el tacto rectal;

De todo lo cual se deduce que el síndrome presentado por nuestros enfermos es el correspondiente a las estenosis pilóricas.

Hay casos que coinciden los síntomas de las estenosis pilóricas con la existencia de una tumoración y entonces es más difícil el diagnóstico porque puede inducirnos a error o complicar la estenosis. La úlcera estomacal con perigastritis es pasando la pared al nivel del píloro puede sin que exista estenosis hacer vacilar en el diagnóstico; más tarde la estenosis se constituirá sea por cicatrización de la úlcera sea por la compresión de la perigastritis sea por adherencia de la pared estomacal anterior o posterior impidiendo al estómago vaciarse y dar lugar a trastornos dispepticos y a síntomas de retención. En estos casos la insuflación demuestra en lugar de la dilatación ordinaria del estómago deformaciones más o menos



marcadas en la region epigastrica. Huchard cita dos casos en que el proceso escleroso extendiéndose se por el estomago determina una gastritis intersticial con induracion fibrosa la cual con los sintomas de la gastritis uremica puede hacer descarnar el diagnostico.

¿Pero cuales son las causas que ocasionan las estrecheces fibrosas en nuestros tres enfermos? Este es el segundo punto que vamos a dilucidar el diagnostico etiológico.

Si bien el diagnostico de la esterosis fibrosa es relativamente facil mucho mas dificil es el diagnostico etiológico y es tan importante averiguar la causa productora de la estrechez que por una determinacion exacta de la causa se podria instituir un tratamiento racional sea medico sea quirurgico y en estos casos con una intervencion precoz se obtienen resultados de curacion.

Dos casos pueden presentarse que exista o no tumoración en la región pilórica. En el caso de que exista tumoración hay que esforzarse por averiguar el asiento exacto del tumor limitarlo y ver si radica en el pílboro o está en algún órgano vecino teniendo en cuenta en todos los casos que el pílboro puede estar desplazado.

En el cancer del pílboro el tumor ha sido precedido de síntomas dispepticos durante largo tiempo de hematemesis la estancación de los alimentos ingeridos muy marcada el líquido estomacal sale conteniendo algunas veces coágulos de sangre la pobreza de la secreción hace que los restos alimenticios se hallen con existencia de infartos ganglionares la hipocacidia del jugo gástrico y acompañando a todo esto una gran demacración juntamente con el color amarillento pálido de la piel mas o menos perceptible pero que aumenta de día en día.

La úlcera con perigartitis y tumoración puede dar lugar a confusión con un carcinoma pero siempre el úlcero nos da signos por los que venimos en conocimiento de ella; en los casos en que hace la aparición el cancer sobre la cicatriz de la antigua úlcera es mucho más difícil hacer un diagnóstico.

El cancer de la vesícula biliar da un tumor duro y ligeramente fluctuante globuloso móvil con el diafragma y que aparece entre el borde externo del gran recto y las falsas costillas dando ori lugar a los fenómenos ictericos no debiendo de confundirlo con la vejiga calculeosa que es diagnosticable por su asiento consistencia y por los antecedentes de litiasis.

Pero como quiera que en nuestros enfermos no existia tumoración ninguna podemos hacer caso omiso de dichos diagnósticos.

No hay que pensar mucho para averiguar el agente causante de la estrechez en los dos enfermos; no existiendo ninguna tumoración en la región pilórica y teniendo los antecedentes tan característicos de úlcera lo lógico y natural es pensar en un estrechamiento cicatricial consecutivo a la úlcera.

En cambio en nuestra enferma no era la úlcera la causante de la estenosis pilórica por que nunca había tenido hematemesis ni melena ni los puntos dolorosos xifoides y raquídes ni ningún otro sintoma de úlcera de estómago.

Como podemos atribuir a un carcinoma del piloro hay un dato importante para pensar en el por que en padre murió de un cancer del estómago y ya sabemos la frecuencia con que se hereda este neoplasma asegurando algunos autores que se hereda en un 6% de los casos. pero no es edad de la

enferma para padecer neoplasia tan grave (21 años) no escribí el ácido láctico en el jugo gástrico y que según el autor Brous es el primer sintoma que aparece en el cancer hay hipoclorhidria no hay ganglios aumentados de volumen y sobre todo que los enfermos cancerosos refieren larga historia de padecimiento de enfermedad gástrica de donde por tanto este diagnóstico etiológico.

Campo puede pensarse en la extensión de origen biliar por falta completa de antecedentes litiasicos de infección biliar de eliminación de cálculos ni la existencia de la tumoración, abollada saliente, dolorosa al nivel del borde inferior del hígado y del borde externo del gran recto dando lugar a veces a hematemesis que indican la invasión del cálculo en el piloro ó en el estómago por una fistula. Ninguno conmemorativo hay para pensar en la extensión debida a la ingestión de líquidos causticos

Si bien a priori no se pudo desecharse con seguridad la hinitis plástica apesar de que no presentaba los dolores intensísimos y la cara delgada y de facciones estricadas de enfermo que padecia mucho tiempo del estómago síntomas que correspondían a la hinitis plástica o posteriori fundimos asegurar la no existencia de la hinitis plástica por la curación de la enferma.

Podría haberse tratado de un cancer del pancreas que comprimiría el pílboro pero en estos casos existen fenómenos hepáticos de ictericia por retención gruesos dolores lancinantes un enfraquecimiento escagerado síntomas de hidracion del triplancico que con mucha frecuencia se producen en el lavado estomacal y por ultimo existe generalmente un tumor limitado entre las falsas costillas y el ombligo.

Heo viendo por tanto la estenosis pilórica consecutiva a una ulcera ni a cancer de estómago

ni pancreas ni hinitis plástica ni á litiasis renal etc. ? Como explicamos la gran retencion de alimentos juntamente con los sintomas de peristaltismo y gastrocorria ? ¿ á que es debida esta enterosis ? No cabe duda que es debida á una contractura pilorica y la existencia de esta es lo que voy á demostrar.

Es una cuestion esta de la enterosis pilorica espasmódica interesantísima e importante tanto bajo el punto de vista practico que doctrinal por las continuas discusiones que han existido con el fin de establecer el valor real de los espasmos y contracturas del piloro en la genesis de la enterosis y admitir por tanto la existencia positiva del estrechamiento espasmódico.

Dos médicos ilustres Robin y Hayem son los que disputan acerca de este punto el primero

Robin afirmando la existencia del espasmo pilórico que antes se admitía como hipotético el segundo Haysen negando la existencia del espasmo pilórico como causa ocasional de la estenosis pilórica.

Segun la ipotesi de Haysen no le cree al espasmo pilórico capaz de provocar la retencion permanente pues para el la causa unica de la retencion es decir de la presencia en el estómago de restos alimenticios es un obstaculo orgánico a la evacuacion del estómago es una estenosis del piloro o algunas veces subpilórica. La palabra estenosis la emplea Haysen como sinonima de estrechamiento con la condicion de tomar la palabra estrechamiento en el sentido mas amplio por tanto para Haysen los estrechamientos comprenden todas las lesiones que mecanicamente producen un obstaculo material a la evacuacion del estómago.

Claro es que el grado de esta dificultad de



evacuación es variable y puede en el mismo enfermo modificarse en cierta medida en diversas circunstancias y según el modo de alimentacion pero para que se pueda decir que hay estenosis es necesario según Hayem que constituya un estado permanentemente continuo eliminándose así del cuadro nosológico las insuficiencias las estenosis transitorias mas o menos duraderas y los fenómenos espasmodicos que pueden dificultar con intermitencia la evacuacion gástrica. Hayem no cree nunca que este espasmo pueda provocar una retencion suficiente para manifestarse por la mañana en ayunas.

Alberto Robin en contra de la opinion de Hayem dice que se produce el nudo de Reichman en el curso de las estenosis debidas a una contraccion del pñloro y esta contraccion permanente se encontraria sobre todo en hiperestensicos con hiperclorhidria y por excepcion en los casos de insuficiencia gástrica con fer-

mentaciones gástricas ácidas secundarias muy abundantes. En estos enfermos la hiperacidéz determinaría primero un espasmo del píloro espasmo pasajero intermitente después a la larga sin ningún tratamiento es substituido una contractura esta daría lugar a trastornos de retención gástrica y en ciertos casos al síndrome de Reichman.

Y ya sabemos que existen dos formas un gran síndrome siempre sintomático de una estenosis orgánica para No Hayem lo cual no es verdad (según hemos demostrado antes) y que para Robin la contractura pílorica es suficiente algunas veces para determinar esta forma de síndrome. En el pequeño síndrome la causa sería según Hayem una estenosis orgánica entonces sub-pílorica según Robin en la mayoría de los casos una contractura.

Los hechos prácticos han venido a confirmar la teoría de Robin de espasmos y contracturas

Doyen que ha observado 46 estenosis espasmodicas con dilatacion en 61 enfermos operados por afecciones no cancerosas. Este autor ha demostrado despues de sus observaciones que en enfermos que tenian directamente todos los sintomas de la retencion gastrica, vómitos dilatacion del estomago etc. no encontro ningun obstaculo material en el curso de la operacion en 22 casos, la mitad de estos espasmos eran atribuibles a una ulcera lejosa los otros a la hiperestesia gastrica de Robin.

Carle y Fantino que habian intervenido en enfermos presentando sintomas ciertos de estenosis no encontraron ninguna causa extrinseca ni intrinseca en 9 casos de 41 operados. Estos enfermos tenian una gran cantidad residual del liquido en el estomago por la mañana en ayunas. En el acto operatorio no se encontro ninguna causa de estrechez.

No se podía invocar como quisieren muchos autores alemanes la anatomía del músculo gástrico como causa de la retención puesto que el estómago se contraía violentamente y de una manera visible a través de las paredes abdominales a cada irritación mecánica (palpación etc) o química (ingestión de alimentos) y tenía la fuerza de expulsar las materias vomitadas hasta un metro de distancia además como se pudo observar en la operación las paredes estaban hipertrofiadas y no existía ninguna señal de estrechamiento pulmonar o subpulmonar. Por todas estas razones la retención no podía ser atribuida más que a un espasmo permanente del pectoro este espasmo en estos casos se encuentra casi siempre en los hiperclorhidricos.

Conforme con todo esto se encuentran las aserignovenas de Boas, H. Wald. Ullman, Robin que han demostrado que una acidez mediana excita el pectoro

altísimo y favorece la evacuación del estómago. mientras que una fuerte acidez engendra el espasmo del píloro. Según esto se comprende que no haya nunca solamente un simple espasmo pasajero sino un espasmo persistente una contractura y las paredes estomacales se hipertrofiaron por la lucha prolongada que ha sostenido para vencer el espasmo.

En un caso fundieron los autores antes citados demostrar la causa del espasmo; un sujeto en el que el estómago estaba sano ingiere 50 gr<sup>s</sup> de ácido nítrico los fenómenos agudos desaparecieron pero el enfermo continuó vomitando todo lo que ingería y en tres meses llegó a un grado de caquexia extrema. En el acto operatorio se encuentra el orificio pilórico completamente libre pero a una distancia de 4 centímetros se descubre una pequeña ulceración asentando sobre la pared anterior del intestino sin existir señal de estrechez. La retención

gástrica dependia evidentemente de un espasmo.  
H. Kulier admite tambien como estos autores el  
espasmo del pilor. Bentzac en 1886 habia visto un  
caso de espasmo del piloro de origen histérico. Schmitzler  
(de Tuna) cita una observacion de espasmo del mis-  
mo origen muy tipico. En una mujer histérica que  
venia padeciendo del estomago durante cuatro años  
notó al examinarla un tumor en la region pilorica  
el estomago apenas llegaba al ombligo el ruido de  
buzos era muy evidente en ciertos momentos sin  
embargo no existian el peristaltismo el estado gene-  
ral era muy grave y todo hacia pensar en una  
neoplasia del piloro hizo la parotomia y no encon-  
tró nada se curó la herida cuando bruscamente  
sin que ninguna causa determinante interviniese  
se vieron producir tres contracciones espasmodicas  
consecutivas reproduciendose a la simple vista y bajo  
la exploracion directa el tumor percibido antes (piloro

plastia) curacion). Despues citade Schnitzler los datos  
 recopilados por esta y otras observaciones de estensis pi-  
 loric con la paratonias despues de cur y medio los  
 resultados concuerdan plenamente con los de Nickenliex  
 Mientras que normalmente en el hombre en estado de  
 narcosis el piloro es franqueable por el indice se en-  
 cuentran sujetos en los que el piloro que no está este-  
 rosado por un neoplasma o por una cicatriz no  
 deja pasar el dedo por la contraccion del anillo mus-  
 cular y en corroboracion dice normalmente el piloro no  
 debe estar energicamente cerrado mas que al princi-  
 pio de la digestion y jamas observa en esos momen-  
 tos el operador el estomago, el operado está siempre  
 en ayunas despues de pasado algun tiempo.

En tres casos personales en que Schnitzler ob-  
 serva el espasmo del piloro encuentra como causa dos  
 veces la dispepsia con hiperacidez y una vez la  
 ulcera. Sin ~~osia~~ piensa tambien como Robin que el

esporádico fibroso juega un papel muy importante en los fenómenos de estasis y que Hayem atribuye únicamente a la estenosis.

Layral señala dos casos de estenosis del píloro en el curso de la intoxicación saturnina.

Sinovice dice que en los casos en que el estasis abintencional sobreviene por crisis es debido indudablemente a un espasmo fibroso casos bien observados demuestran que lo mismo se pueden explicar los estasis permanentes.

Sinovice ha publicado recientemente la siguiente observación por la palpación ayudada de la insuflación se había localizado una tumeración en la cara posterior del órgano y se había supuesto a causa de la retención considerable que el píloro estaba interesado. M. Jaboulay juzgó necesaria una gastroenterostomía hecha la laparotomía vio que toda intervención era inútil y se contentó con practicar



el cateterismo digital del píloro a través de la pared del estómago invaginado en dedo de guante.

Esta simple intervención fue suficiente para restablecer el curso normal de las materias alimenticias durante un mes después apareció otra vez la retención.

Y por último Doyen comunica la observación de un enfermo que presentaba al nivel de la región epigástrica un pequeño tumor que parecía ser un cáncer del estómago; hecha la laparotomía se vió que el pretendido tumor era debido en realidad a una simple contractura permanente del píloro. He aquí como queda demostrado la existencia de la estenosis espasmódica dando lugar a todo lo que pueden producir todas las demás estenosis orgánicas.

¿Qué conclusiones podemos deducir de todo lo que llevamos dicho? dos clases de estenosis pilóricas espasmódicas se pueden constituir una pasajera intermitente por accesos otra continua permanente dando

lugar a los síntomas de retención gástrica etc.

La primera se presenta en los enfermos que Robin llama hiperesténicos en los cuales se encuentra aumentada la excitabilidad nerviosa debida muchas veces a la anomalía en su nutrición y algo sanguíneo por eso el médico en esos casos nunca debe olvidar que siempre que se presentan en estos enfermos síntomas de excitabilidad nerviosa bajo la influencia de una nutrición perturbada o defectuosa cuya excitabilidad puede aparecer bajo formas muy variadas (enormísima debilidad irritable) se trata en todos estos casos del primer periodo de una debilidad en la energía nerviosa y que hay que combatir vigorizando la nutrición con medios tónicos y no recurrir a una terapéutica deprimente o debilitante por que cuando los aparatos nerviosos terminales experimentan un trastorno pasajero en su nutrición responden al restablecimiento de esta provocando un estado de excitación nerviosa mas o menos

nos intensa; y así entre los síntomas de irritabilidad nerviosa del pneumogastrio en general se observa una contracción espasmodica del conducto esofagico pasajera intermitente. Entre las contracciones espasmodicas de los musculos de la laringe se encuentra el espasmo de la glotis. Existen algunos casos de disnea muy pasajera que duran desde quince minutos hasta algunas horas atribuyen (Salter y Bergson) a una excitacion del pleo pulmonar que determinaria una contraccion espasmodica de los musculos bronquiales (asma bronquial) contraccion espasmodica de origen reflejo? el mismo enfisema pulmonar agudo que se produce en el asma constantemente no podria ser ocasionado por una excitacion (Kredel) de las fibras musculares del pulmon ayudado de la contraccion espasmodica de los bronquios?.

Como se ve en todos los casos estos espasmos son por accesos pasajeros nunca permanentes

por que la excitacion excesiva produce al cabo de algun tiempo la fatiga.

De la misma manera que sucede con la inevitabilidad nerviosa del puerrogastrico debe ocurrir con la inevitabilidad nerviosa del simpatico dando lugar al espasmo del esfinter pilorico puesto que el es el encargado de cerrar dicho esfinter durante el acto digestivo como lo han demostrado H. Constade y Guyon. y asi se ve en la clinica en los enfermos atacados de tabes dorsal aparecer las crisis gastricas transitorias juntamente con el espasmo del esfinter pilorico demostrando la gran participacion que el simpatico toma en toda la sintomatologia de estas crisis gastricas pero todo intermitente por accesos. Asi se ven en los colicos hepaticos repetitivos de espasmo de los conductos pasajeros por accesos intermitentes tomando gran parte en todo ello el simpatico ¿por que pues no ha de suceder lo mismo en el piloro? -

Admitamos por tanto la existencia del espasmo pilórico intermitente por accesos sin ninguna lesión anatómica perceptible que lo sostenga y cuya causa probable resida en la excitabilidad nerviosa; asemejándose en esto a lo que ocurre en el organismo con todos los espasmos de la misma índole.

A estos enfermos corresponde la sintomatología de ligera secreción y estasis alimenticia inconstante todo ello agravándose y desapareciendo por períodos no encontrándose grande dilatación ni contracciones peristálticas ni vómitos de alimentos ingeridos después de algún tiempo y no revelando en los síntomas ni en los datos anamnésticos ningún signo de úlcera ni de colicos hepáticos etc.

La segunda forma de la enteritis pilórica espasmodica está constituida por la contractura permanente del esfínter dando los síntomas de retención gástrica y todos los demás pertenecientes a las enteritis etc.

gástricas.

Heo estoy conforme con la teoría de Robin que en contra de la opinión de Hayem dice que existe la contractura permanente del píloro dando origen al síndrome de Reichman y que esta contractura permanente se presentaría en sujetos hiperesténicos con hiperclorhidria sin ninguna otra lesión; por que en primer lugar esta contractura pilórica se presenta en casos que no existe hiperclorhidria sino insuficiencia gástrica con fermentaciones gástricas secundarias y en segundo lugar que no sucediendo en ninguna parte del organismo el que existan estas contracturas permanentes sin ninguna lesión que lo sostenga no hay razón ninguna para que suceda solo en el píloro.

Heo admitiendo la teoría de Robin ¿cómo explicarse todos esos casos citados por Doyen Carle y Tassin etc: que presentando los enfermos todos los síntomas de las estenosis pilóricas se hubo de operarles y ninguna

denir a que atribuir la estenosis se encontraba teniendo  
 que admitir el espasmo fibriloso como agente productor  
 de dicha estenosis? Yo creo que esta estenosis fibrilosa es  
 spasmodica descrita por Robin y confirmada en las o-  
 peraciones practicadas por Doyen Carl Fautino etc  
 es exactamente igual que lo que pasa con las contrac-  
 turas en la forma de ano caracterizada por una ulce-  
 racion superficial generalmente oculta en el fondo de  
 uno de los pliegues radiados del ano y que se acompa-  
 ña constantemente de dolores violentos y de una con-  
 tractura espasmodica del esfinter; sea la ulceracion  
 o fisura producida por un traumatismo eruption es-  
 pecifica etc reacciona el sistema nervioso al pasar el  
 bolo fecal y viene la contractura; siente el enfermo un  
 dolor violento sensacion de rasgadura que le hace  
 arrancar gritos siendo el momento maximo del dolor  
 cuando el bolo franquea el ano y fuerza el esfinter  
 luego disminuye poco a poco; al cabo de algunos mi-

metros un nuevo dolor mas cruel que el primero apa-  
 rece espontaneamente este dolor tardio es patognomonic  
 y no es otra cosa que el calambre muscular indicando  
 el comienzo de la contractura del esfinter ¿ si sucede esto  
 en el esfinter anal hay alguna razon para que no  
 suceda en el esfinter pilorico? Ambos esfinteres estan  
 formados del mismo modo el pilorico por las fibras cir-  
 culares del estomago que muy debiles al nivel de la  
 gruesa tuberosidad van aumentando hacia la region  
 pilorica hasta constituir el esfinter pilorico de tres a  
 cuatro milimetros de espesor; lo mismo sucede en el in-  
 testino grueso las fibras circulares constituyendo un  
 plano excesivamente delgado en toda la longitud del  
 intestino grueso van engrosando a medida que se a-  
 cercan a la ampolla rectal continua este espesamen-  
 to gradual por debajo de dicha ampolla hasta el ano  
 y forma alrededor de este orificio un anillo muscular  
 llamado esfinter interno de tres a seis milimetros de



espor los dos tienen el mismo oficio dar paso á los alimentos aunque de muy distinta elaboración pliegues de la mucosa existen en uno que partiendo del cardiac se dirigen al piloro pliegues tambien existen en el otro de forma semilunar; y por ultimo hasta la misma inervacion influye en ambos plexos sobre de Meisner y Meisner. Estando por tanto ambos esfinteres constituidos de la misma manera siendo casi del mismo espesor siendo su destino el mismo y parte de su inervacion identica ¿que razon hay para que exista el espasmo caracteristico tipico antes descrito de la fisura anal y no exista el pilorico en identicas condiciones?

Por tanto creo yo probable que debe existir alguna erosion ó pequena ulceracion en la region pilorica que sea la causante y sostenedora de la contractura pilorica espasmodica. Asi como siempre existe una ulcera que es la causa productora del espas-

mo en la fisura de ano. Doyen en 22 casos operados en enfermos que tenían todos los síntomas de las estenosis pilóricas no encontró ningún obstáculo material en el acto de la operación eran por tanto atribuibles estas estenosis al espasmo pilórico pero en 11 de estos 22 existía una úlcera visible y en los otros once no existía nada al parecer a la simple vista. Carle y Fontino en 9 operados le pasa lo mismo ninguna lesión encuentran a que atribuir el espasmo pilórico.

Yo creo que en estos casos en que no se ha encontrado erosion úlcera ninguna en la operación es que no serian perceptibles a la simple vista pero probablemente existía siendo la que sostuviera el espasmo pilórico. Doyen y todos los demás ninguno de ellos a examinado la mucosa pilórica y de la vecindad mas que macroscopicamente y pueden muy bien haber existido erosiones o ulceraciones imperceptibles a la simple vista siendo indispensable para descubrirlos

el examen microscópico.

Recuerda esto lo que le pasó á Diebafoy en varias ocasiones al estudiar el proceso que él denominaba ulceración simple. Se le morían los enfermos por hematemesis abundantísimas y luego en la autopsia no descubría ninguna ulceración de la úlcera á la simple vista fué preciso recurrir en varios casos al examen microscópico para descubrir en el fondo de una ulceración pequeña la boca de un vasito arterial que se había roto y era el causante de la hemorragia y muerte del sujeto. Si solo se hubiese fiado del examen macroscópico no hubiera encontrado la lesión causante de la muerte del enfermo; y así del mismo modo que en 11 casos de los 22 operados encontró Doyen úlceras en la región pilórica en los otros 11 casos que no encontró lesión ninguna macroscópica y los 9 de Carle y Fontino i no podían existir lesiones erosivas i ulcerosas imperceptibles á la simple vista pero que se hubieran

descubiertos quizá por el examen microscópico?.

Lo mismo sucede con la fístula de ano siempre el causante del espasmo es una ulceración mas ó menos perceptible. En el caso citado antes de Boas, Robin etc del sujeto que habia ingerido 50 granos de ácido nítrico y que después de haber desaparecido los fenómenos agudos se presentaron síntomas de estenosis pilórica se encontró en la autopsia una pequeña ulceración asentando sobre la pared anterior del piloro.

Y por último la curación en el enfermo de Simonier se obtuvo solamente haciendo el cateterismo digital del piloro a través de la pared invaginada en dedo de guante y ¿que es esto sino la manera de curar las fístulas de ano? por medio de la dilatación bien sea hecha sola por la introducción de la mano como quiere Maisonneuve ó con el especulum de Erelat produciendo la atonía del esfínter como dice Querin y la cicatrización de la úlcera y su curación.

De todo esto podemos deducir varias conclusiones que son expuestas al final de la memoria. Es pues indudable que el espasmo pilórico era el causante de los fenómenos de estenosis pilórica presentados por la enferma confirmados primero por no existir en ella antecedentes de cáncer, úlcera litiasis etc y segundo por la perfecta curación que se obtuvo con solo el tratamiento médico.

Y por último con respecto al diagnóstico del sitio donde origina la estenosis diremos que las estenosis pilóricas y sub pilóricas reconocen con frecuencia como origen muchas causas idénticas y presentan un conjunto de síntomas bastante semejantes.

Para Mayern existirían signos de diferenciación de la estenosis pilórica a la que pertenece un líquido de estómago abundante de restos alimenticios que sero como ocurría en muertos enfermos; a la estenosis

subpitórica un líquido residual poco abundante no englobando mas que restos alimenticios microscopicos, y sobre todo en las estenosis subvaterianas aparece la coloracion verdosa o amarilla del líquido de estasis por reflujos de la bilis y la presencia del jugo pancreático en el estómago.

---

## Pronóstico.

---

Ninguno de los 3 enfermos de que venimos ocupándonos correspondia a esas formas estenóticas caracterizadas por una marcha rápida con dolores vivos vómitos devolviendo rápidamente los alimentos ingeridos sin haberlos digerido vómitos numerosos y poco copiosos que llevan una evolución tan rápida que terminan por el colapso; en pocas semanas el adelgazamiento y la pérdida de fuerzas hace grandes progresos y la muerte llega rápidamente en ese colapso.

El curso del padecimiento de estos enfermos ha sido lento y gradual llegando a producirse en

el primer enfermo una estenosis bastante acentuada y que a última hora dificultaba en grado máximo el paso de los alimentos; los vómitos y dolores habían desaparecido no existía el peristaltismo estomacal por tanto el pronóstico era grave.

Por el contrario en los otros enfermos no avanzaron tanto las lesiones ~~de~~ estenosis eran más recientes no había gran dificultad en el curso de los alimentos y sobre todo la existencia del peristaltismo estomacal nos demostraba la integridad del músculo estomacal las contracciones eran más exageradas en la enferma menos manifiestas en el enfermo existía por tanto integridad muscular necesaria para cumplir la función de forzar la estenosis pilórica y vaciar el antro pilórico de los productos que contenía.



Passa uma coisa análoga à lo que succede en los viejos prostaticos en los que el orificio vesical de la uretra está situado mas alto que el bajo fondo la vejiga no puede vaciarse completamente mas que en virtud de una sobre actividad funcional de su capa muscular.

Tanto mas reciente es el obstáculo fibroso cuanto mas exagerado se halle este peristaltismo estomacal y el pronóstico es tanto mas leve cuanto mas exagerado tambien se halle este peristaltismo por tanto en el caso de la enferma que presentaba con claridad este sintoma indicaba que el obstáculo fibroso era el mas reciente de los 3 y el pronóstico mas leve que ellos. En el tercer enfermo este peristaltismo se encontraba mas difuso no existia integridad tan completa de la

musculatura estomacal como en el caso anterior el obstáculo era mas antiguo el pronóstico mas grave por tanto.

Ademas este pronóstico variaba en los 3 enfermos por la clase de estenosis organica en los dos enfermos y espasmodica en la enferma. Son mucho mas leves estas estenosis espasmodicas que no las organicas y si hay casos en que es necesaria la intervencion quirurgica en las estenosis espasmodicas esto es la excepcion lo general es la desaparicion solo por el tratamiento médico.

Por el contrario sucede en las estenosis organicas la intervencion es indispensable imposible es hacer desaparecer una cicatriz ulcerosa bidas fibrosas etc por el tratamiento médico; por tanto resulta el pronóstico siempre mas grave en las es-

tenosis orgánicas solo con las consecuencias que puede acarrear la intervención que en las espasmódicas

---

## Tratamiento de las estenosis espasmódicas.

---

Y hecho el diagnóstico de una estenosis de origen espasmódico el tratamiento médico se impone es el tratamiento racional.

Hay sin embargo casos en que la estenosis por contractura pertenece al Cirujano y para diagnosticarlos emplea Robin el procedimiento siguiente. Cuando se encuentra con un enfermo atacado de estenosis por contractura y que ha llegado a un estado tal

de caqueria que puede parecer estar atacado de un neoplasma filórico se puede saber si el enfermo sacará provecho del tratamiento interno por el régimen lacteo que demuestra si la estenosis es todavía permeable y que además disminuye la irritación filórica debida à la hiperacidéz la leche no excita nunca la secreción gástrica. Se pone al enfermo a régimen lacteo de 2 en 2 horas se le da trescientos gramos de leche esterilizada leche que debe ser tomada por pequeños sorbos lentamente à largos intervalos y por la noche se suspende toda alimentación se le deja en reposo absoluto. Dicen que dada la leche de esta manera la toleran todos los enfermos sin excepción; durante los 3 ó 4 primeros días el enfermo pierde de peso los días siguientes recupera su peso normal y hacia el 8º ó 9º día debe

umentar de una manera progresiva; si por el contrario el enfermo está estacionario ó adelgaza no se debe dudar el enfermo debe someterse al Cirujano. Segun el día este procedimiento excelente resultado; en los casos de grande distension es necesario antes de someter al enfermo al regimen lácteo hacer un lavado del estomago para quitar los residuos que son causa de fermentación.

Vamos à estudiar el tratamiento médico que se debe seguir en estos enfermos de estenosis fibroica espasmódica. Varios casos de contractura fibroica pueden presentarse 1.º en algunos casos muy raros la contractura existe despues de un cierto tiempo el enfermo está muy delgado sometido al regimen lácteo no siente nin-

guna mejoría ni aumenta de peso estas formas son del dominio del Crinjas. Robin cita 4 casos de estos que fueron gastroenterostomizados por Woyen no encontrando en el acto operatorio ninguna causa orgánica de estenosis y habiendo obtenido un gran resultado con la intervención.

2º Cuando es intermitente que no determina mas que pequeños signos de retención con algo de distensión gástrica el tratamiento de la hiperclorhidria, hace desaparecer los síntomas. Estos casos son muy frecuentes son los primeros pasos de la estenosis y pasan la mayoría de las veces desapercibidos la distensión estomacal llega a llamar la atención y son clasificados de dilatados de estomago.

3º Es en el que la contractura permanente del

filoso da lugar á los síntomas de la estenosis es el caso de la enferma historizada.

Si el tratamiento médico solo ha de hacer desaparecer todos los fenómenos hay que tener muy en cuenta la prohibición del empleo del bicarbonato á altas dosis este método no solamente es inútil sino que es causa de agravación del estado del enfermo.

En las grandes dilataciones uno de los primeros cuidados es el variar el estómago de los restos alimenticios que fermentando dan nacimiento á ácidos orgánicos. Es necesario evitar los lavados repetidos y frecuentes que son causa de irritación.

Los primeros dias solo se lavará ligeramente el estómago con agua tibia adicionada

de 4 ó 5 gramos de salicilato de sosa por litro; despues los días sucesivos si es necesario bastará vaciar el estómago sin lavarle.

El tratamiento general que debe seguirse en todos estos enfermos es el siguiente. Un 1<sup>er</sup> periodo durante el cual el enfermo debe someterse al regimen lácteo que permite el reposo del estómago. Al mismo tiempo para combatir la excitacion glandular es necesario recurrir á los moderadores reflejos veratrina, cocaina, morfina, atropina y para modificar el aflujo circulatorio que es una de las condiciones de la hipersecrecion se empleará la ergotina.

¶ Puede suceder que sea por fermentaciones sea por hipersecrecion se produce la hiperacidez y esta se combate haciendole tomar alcalinos.



Después de un período mas ó menos largo de régimen lácteo cuyo término será indicado por el aumento de peso del enfermo durante muchos días se empezará con un régimen de alimentación resistiendo con los alimentos que el examen del quimismo gástrico nos ha revelado como mas digeribles teniendo presente la noción de la individualidad.

En algunos casos (raros) la estenosis parece debida á un espasmo bajo la dependencia de los ácidos de fermentación. La indicación inmediata es el impedir las fermentaciones orgánicas; contra la fermentación láctica se dará el fluoruro de amonio. Contra la fermentación butírica el citrol ó yoduro doble de bismuto y de cincóxido. También se usa el azufre

yodurado en sellos de 10 à 30 centigramos uno despues de cada comida.

Si al mismo tiempo que estas fermentaciones el enfermo ofrece signos de insuficiencia gástrica se trata tambien esta. Y por ultimo para terminar el tratamiento de la estenosis se recurrirá en las formas con dilatacion y relajamiento de las fibras musculares à las preparaciones estrognicas que obran tambien contra la atonia de la mucosa.

Las bebidas calientes despues de las comidas y la ipecacuana à dosis debiles dacia segun Mathieu excelentes resultados.

El estado general del enfermo será atendido y se le ordena un tratamiento higienico. Cuando es atacado de un acceso de tetanos es necesario como aconseja Bouveret evacuar y lavar el estoma-

go con la sonda inmediatamente. La introducción de la sonda á parecido muchas veces aumentar las contracturas y provocan la vuelta del farosismo pero la excitación mecánica de la sonda no es mas que una causa ocasional mas vale cubrir el inconveniente de esta agravación momentánea que dejar en el estomago una dosis de sustancia tóxica suficiente para entañar la muerte. Una vez el estomago vacío no hay mas que seguir un tratamiento puramente sintomático que consiste en moderar los accesos de tetania por el cloral y los bronquios ó bien combatir los sintomas de depresion nerviosa y cardiaca por la inyección subcutánea de eter ó de cafeína. El tratamiento será el mismo en el coma disipéptico.

Este tratamiento mé dico como se puede ver

en la historia de la enferma fué instituido desde el primer momento. Grandes fueron las modificaciones que hizo el cuadro clinico de la enferma y así fueron desapareciendo progresivamente los sintomas hasta salir en perfecto estado de curacion.

En el aparato digestivo desaparecieron los vomitos y los dolores disminuyó casi por completo la gastro-mucosa y desaparecieron los fenómenos de estasis alimenticio juntamente con el peristaltismo estomacal. La nutrición que era muy deficiente al principio continuó en escala ascendente modificándose por completo el estado general de ella el color algo amarillento que tenía la enferma se trocó por el color roseo que era el normal de su piel las fuerzas de la enferma fueron en aumento ya no se fatigaba andaba todo el día por la

sala y franillo del hospital. Tenia apetito digería bien no tenia ni vómitos ni dolores de estomago al hacerle el lavado no sabia ningun resto alimenticio por tanto el éxtasis no existia la enferma se sentia bien habia ganado desde su ingreso en la sala 8 kilos este fué el estado en que salió de la clinica. Este año he tenido ocasion de verla y continua en buen estado de salud habiendo ganado aun otros 4 kilos

---

## Tratamiento de las estenosis orgánicas

---

1º Delante de un enfermo atacado de estreñimiento bilioso lo primero que el médico debe hacer es reconocer la causa que en diagnóstico preciso y precoz es para el enfermo de una importancia capital y de primer orden.

2º Dos grandes indicaciones hay que llenar en el tratamiento de las estenosis biliosas. Si la estenosis es de origen neoplásico ó de origen orgánico definitivamente constituida la intervención quirúrgica rápidamente se impone. Necesita la intervención quirúrgica como dice el maestro Euffia los resultados médicos son inútiles así le ocurre á

nuestro enfermo ningun resultado dió el tratamiento médico fueron acentuándose cada vez mas los sintomas de retencion alimenticia fermentaciones vómitos etc la estrechez pilórica estaba bien constituida en los ultimos periodos la cicatrizacion de la úlcera era la causa de ellos, el tratamiento quirúrgico era indiscutible.

En cuanto á la naturaleza de la intervencion claro es que los procedimientos varian con las causas de la estenosis y en tesis general se puede decir que las indicaciones operatorias verdaderamente precisas se obtendrian mejor una vez <sup>practicada</sup> la laparotomia.

En efecto la exploracion atenta de la region precisa permite segun los casos ver la estension la solidez las adherencias entre el piloro

y los órganos vecinos la presencia ó ausencia de un  
irriguamiento ganglionar de la estension y de  
la naturaleza de la induracion estomacal del  
grado de estrechez de la estenosis del estado de con-  
tractura del piloro en los casos de estenosis por  
espasmos etc. Los procedimientos á los males se  
pueden recibir varian segun los casos.

Comenzaremos por mencionar el procedi-  
miento de Soreta para las dilataciones mecáni-  
cas del piloro consiste en despues de haber hecho  
la gastrastomía hacer una division digital del  
orificio estenosado se emplea en las estenosis cicatri-  
ciales ligeras en las estenosis poco marcadas de  
las paredes y la cicatrizacion pero por las hemo-  
orragias arteriales á que da lugar por las ras-  
gaduras posibles etc resulta un medio bastante



malo que da resultados nocivos. Segun Hartman es un mal procedimiento operatorio que hoy día debe pasarse al dominio de la historia cediendo el paso a otros procedimientos mas racionales y de mejores resultados.

La fibroplastia operacion de Heinecke y Mickulicz constituye con frecuencia un buen tratamiento. Esta operacion comprende esquematicamente 3 tiempos incision horizontal del piloro a igual distancia de la grande y pequena curvatura y en un trayecto de 8 a 10 centimetros traccion de los 2 labios del orificio formado o los que se impone una direccion inversa vertical y sustitua en esta situacion nueva. Los dos puntos extremos de la herida asi orientada (vertical) son los puntos medios de la incision primera

(horizontal). Para el autor Carle y Fantino los resultados dados por este procedimiento son con frecuencia excelentes y justaponebles a las gastroenterostomías posteriores puede decirse que se produce un verdadero restablecimiento de las funciones normales.

Es aplicable en los casos que hemos dicho anteriormente pero casi inaplicable en los casos de estenosis neoplásicas en los estrechamientos sífilíticos y tuberculosos y tiene sus indicaciones en el grupo de las estenosis cicatriciales teniendo en cuenta la antigüedad de las lesiones su extensión la densidad del tejido fibroso y por último la simultaneidad posible en las lesiones cicatriciales de puntos de naturaleza dudosa y al rededor del fúlcro de adherencias intensas. Fuffier hace

de esta intervención un complemento operatorio en los casos de estenosis muy limitada de origen dudoso hace por ej. después de una gastroenterostomía por estenosis muy limitada por temor de que sea de naturaleza epitelial practica la insercion del piloro y termina la exploracion hecha por la fibroscopia.

La gastroenterostomía hecha el año 1881 por primera vez en Viena por Wæffler fue de en los casos mas complejos constituir el tratamiento de eleccion. Numerosos procedimientos han sido propuestos estos ultimos años y variando el sitio de eleccion de la boca artificial se han fundado las

- |                              |   |                              |
|------------------------------|---|------------------------------|
| Gastroenterostomía anterior  | { | Proscopia                    |
|                              |   | Retrosocia                   |
| Gastroenterostomía posterior | { | Transesofagia y transmesocia |
|                              |   | Transmesocia.                |

Se me proponer para establecer este oficio gastroyeyunal el empleo de suturas directas de 3 planos de mucosa muscular y serosa para unos de mucosa y sero muscular para otros etc. botones anastomóticos especiales (Murphy) placas de hueso de calcificado laminas de catgut (Albe) ó de cuero de buey no curado (Robinson) precauciones diversas se preconizan para atender á los graves accidentes señalados en las primeras tentativas (vuelta del asa procedimientos valvulares anastomosis secundarias yeyuno yeyunales).

La gastroenterostomia posterior transverso colica procedimiento de Von Hacker da actualmente buenos resultados. Empleado solo en las enteritis simples del piloro constituiria con mu-

Una frecuencia el primer tiempo de las intervenciones mas completas que tiene por objeto la resección de lesiones neoplásicas limitadas sin propagaciones ganglionares limitis plásticas y lesiones de naturaleza dudosa.

Enffier ha modificado este procedimiento por la supresion de una serie de maniobras que hacen la operación muy sencilla.

El reflejo en el cabo superior era el principal inconveniente que presentaban todos estos procedimientos de anastomosis empleados y para evitarlo se imaginaron los procedimientos valvulares y las enteric anastomosis complementarias cuyos procedimientos tambien resultaron insuficientes para evitar los accidentes de acumulacion de liquido en el asa duodenal

y esto lo ha evitado Roux por medio de un procedimiento de la gastroenterostomía posterior por implantación seccionando el yeyuno para implantar el cabo periférico del intestino seccionado en la cara posterior del estómago y el cabo central en el periférico de esta manera se impide el reflujo del contenido estomacal y por tanto es el procedimiento más usado. Este procedimiento se siguió con el 1<sup>er</sup> enfermo historiado.

La fibrosectomía (Bean, Billroth, Rydquist) completaría en ciertos casos precedentes la intervención. Hecha primitivamente permite la anastomosis latero terminal de las extremidades de la resección y con más dificultad la anastomosis termino terminal dificultada por un defecto de coaptación consecutiva de la superficie de sección

Para algunos autores la fibroectomía constituiría la operación de elección en las estenosis simples del píloro mejor que la gastroenterostomía porque conservaría el estómago en forma y función. Estas resecciones fibrosas pueden no interesar más que la parte anterior del conducto en ciertos casos de limitaciones bien determinadas y entonces basta con la resección elíptica ó cuneiforme de Czerny sobre todo aplicable á los estrechamientos fibrosos.

En las estenosis por rodadura ó constricción la sección de las bridas agentes de la estenosis entre dos ligaduras es algunas veces suficiente para librar el ara estrangulada ó acodada; la sección con el termocauterio ha sido preconizada para evitar recidivas.

En las estenosis de origen biliar a los que con frecuencia pertenecen estas producciones fibrosas la colecistotomía es necesaria a título de complemento rara vez sola constituiría la intervención.

En los casos de obstrucción por un cálculo biliar la incisión simple con extracción del cálculo y la sutura puede ser suficiente pero con dificultad es solo el cálculo de la estenosis va generalmente acompañada de adherencias fibrosas y espesamiento de la pared y en estos casos se necesitan la piloretomía gastroenterostomía etc. La extracción del cálculo hoy que hacerla con grandes precauciones Bonnet ha señalado un caso de hemorragia secundaria mortal por rasgadura de la mucosa.

Después de este estudio general vamos a hacer una comparación de los resultados estadísticos de



estos últimos años en relación con los diversos métodos. Vamos a estudiar primero los resultados inmediatos de las intervenciones quirúrgicas y 2º los resultados funcionales lejanos que son de grandísimo interés.

Los resultados inmediatos de la gastroenterostomias van siendo cada vez mejores del 53% de mortalidad que publicaba Wilhem en 1893 hasta Hartmann que de 7 gastroenterostomía los 7 curaron.

Los resultados lejanos varían en las estenosis pilórica por úlcera etc don un gran resultado de las gastroenterostomias mejora rápida y progresivamente el estado general aumenta de peso el cuerpo se atenuan primero y despues desaparecen los trastornos fisiológicos subjetivos y objetivos

la adaptación perfecta á su nueva función del orificio creado artificialmente la desaparición de líquidos de *extasis* y la persistencia de la digestión gástrica algunas veces una ligera retención subsiste y casi siempre se observa en estos *extasis* ligeros la presencia de corta cantidad de bilis que en nada altera el quimismo estomacal por último desaparición de la hiperclorhidria claro es que todos estos resultados están subordinados á la antigüedad de las lesiones. En el enfermo operado por el Dr. Ribera se obtuvo la curación completa.

En las estenosis cancerosas no llegué á vivir el sujeto arriba de 6 ú 8 meses en estas la pilorotomía con gastroduodenostomía ó gastroenterostomía sería la operación de elección.

Los resultados inmediatos lo mismo que en la gastroenterostomía han ido mejorando de 10 muertos de 35 casos con los procedimientos antiguos de fibrectomía desciende la mortalidad a 4 de 35 con el procedimiento de la gastroduodenostomía de Kocher habiendo estadísticas recientes de 8 ó 10 casos que no acusan mortalidad ninguna.

En cuanto a los resultados lejanos no están bien conocidos Greeny, Carle y Fantino han publicado observaciones con intervenciones de fecha de 1 a 3 años y 3 casos de 5 y 6 años hechos que demuestran curaciones radicales.

En la gastroenterostomía simple por cancer se nota la desaparición ó atenuación marcada del ícteric y de los signos de retención

otras veces no hay mas que una mejoría relativa  
ó una del quimismo la afección puede constituir  
el último término de las lesiones glandulares que  
van invadiendo progresivamente apesar de la  
intervención. En suma en estas intervenciones la  
nutrición es mas favorecida que el quimismo;  
el poder alimentarse la desaparición de los fenó-  
menos dolorosos las supervivencias de 5 y 6 meses  
en un estado muy modificado constituyen en la  
mayoría de los casos un conjunto de beneficios que  
son bien decisivos para admitir la indicación  
de estas intervenciones.

---

## Conclusiones.

- 1.<sup>a</sup> Son muy frecuentes las estenosis del píloro: 1.<sup>o</sup> por continuación por ser el punto mas declive del estomago todos los venenos cáusticos etc ingeridos obran lesionando ese punto; 2.<sup>o</sup> por el aumento de volumen patológico del ligado pancreas vesigja biliar etc dadas sus relaciones mas ó menos directas ó tambien por desplazamiento renal; 3.<sup>o</sup> por su estructura muscular puede estenosarse por la contractura pasajera ó intermitente del esfínter; por su mucosa dan origen á neoplasias y ulceraciones y por su conjuntiva á estados cicoticos del orificio.
- 2.<sup>a</sup> De la relacion existente entre la hiperclorhidria

y las estenosis pilóricas se pueden formar varios tipos

1.º gástricoantral primitiva sin estenosis pilórica

2.º gástricoantral primitiva con estenosis pilórica espasmódica consecutiva

3.º gástricoantral primitiva con úlcera y estenosis pilórica anatómica consecutiva

4.º gástricoantral por retención consecutiva á una estenosis pilórica

3.<sup>a</sup> Se admite la existencia de la contractura pilórica de Robin.

4.<sup>a</sup> Parece estar sostenida esta contractura por alguna erosión ~~ó~~ úlcera pilórica.

5.º No es suficiente la hiperclorhidria y el que recaiga en sujetos hiperesténicos para sostener dicha contractura como cree Robin.

6.º Parece en el piloro lo que ocurre en la finca de ano por tener idéntica estructura idéntica función ~~ó~~ idéntica parte de la inervación ambos esfínter

7.º Se confirma esto por que en muchos casos

se ha encontrado esta ulceración y en los que no se ha hallado por el examen macroscópico probable hubiera sido hallazgo por el examen microscópico.

8<sup>a</sup> Otro dato a favor de la ulceración es la hipercontractilidad que existe siempre en estos casos y ya sabemos la relación de esta con la úlcera.

9<sup>a</sup> Confirman la identidad de la fisura de ano con el espasmo pilórico los casos en que se ha obtenido la curación por medio del cateterismo digital pilórico, tratamiento idéntico al de la fisura de ano.

10. Dos formas de estenosis pilóricas existen respecto de su sintomatología una aguda de marcha rápida y otra lenta.

11. Los dolores epigástricos vómitos la presencia de alimentos en el estómago por la mañana en ayunas juntamente con dilatación del estómago

y la existencia del peristaltismo estomacal son síntomas suficientes para admitir la existencia de una estenosis fibrótica.

12. El diagnóstico etiológico es más difícil que el anterior y <sup>se</sup> hará teniendo en cuenta los antecedentes y síntomas correspondientes a cada una de las causas.

13. El pronóstico es mucho más grave en las formas agudas que en las lentas es también más grave en las estenosis orgánicas que en las espasmódicas y más grave también en las que el peristaltismo es poco marcado.

14. Fuera de algunos casos raros en que la contractura fibrótica es del dominio del Cirujano el tratamiento médico es suficiente en los casos de estenosis fibrótica espasmódica para obtener



la completa curacion.

15. El tratamiento quirúrgico es indispensable en las estenosis orgánicas.

16. Como quiera que los procedimientos de intervención varían con las causas de las estenosis las indicaciones operativas se hallarán con mayor precisión después de practicada la laparatomía según las adherencias su extensión la solidez etc.

17. De todos los procedimientos de intervención quirúrgica los más generalmente usados son las gastroenterostomías y de estas la posterior transversocólica de Von Hacker y más aun la posterior por implantación de Roux.

He dicho

Miguel Vidaur y Baraibar

Madrid 1900



Admirable.

Al. Alonso Landa.

4 de Julio 1900

Visitó al ejército y sus alrededores

solamente

Alonso Landa

Merian Bellini

Alonso Landa

Alonso Landa



Alonso Landa