

58-5

Dr. Vallarta

Ca 2414

«Gastroectasia consecutiva a la estenosis del piloro y su tratamiento»

81-1-C-17

Nº

1898

Teris

para el doctorado presentada por

Manuel Novoa y Puga.

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE  
5415212038



Concepto de la Gastro-ectasia.

Los elementos anatomicos no podran vivir, sino dispusieren de un medio propio y adecuado del cual pudieran extraer los materiales necesarios con que subvenir a sus necesidades organicas. Estos materiales de renovacion que conocemos (a mas del oxigeno) con el nombre de alimentos, necesitan para producir sus efectos nutritivos de una cierta preparacion y poder luego transportados por la sangre ser asimilados en los tejidos. Para indispensable preparacion de esas sustancias, destinadas a reemplazar las que los tejidos han tomado de la san-



que, hallare asegurada y tiene lugar, en el complicado aparato de la digestión.

En esta importantísima función nutritiva, distinguen los fisiólogos varios tiempos, en relación con los diferentes tramos del aparato digestivo, que como sabemos se extiende desde la boca hasta el ano, y presenta en su trayecto la forma de un larguísimo tubo, con dilataciones y estrecheces, al objeto de que el alimento pueda detenerse mas o menos tiempo, allí donde el proceso digestivo sea mas o menos intenso y rápido.

Precediendo ya de la prehensión de los alimentos, distinguen en la digestión los tiempos siguientes: primero digestión bucal, (impropiamente llamada así) cuyo resultado es la preparación del bolo alimenticio; segundo, deglución o tránsito faríngeo-esofágico, acto mecánico por el cual, el

alimento es transportado desde la boca y por el conducto esofagico hasta el estomago, tercero, digestion estomacal, durante la que, el bolo alimenticio sufre una serie de operaciones mecanicas y quimicas, cuyo producto recibe el nombre de quimo, cuarto, tránsito por el piloro del quimo ya preparado hacia el duodeno, quinto, digestion intestinal, en la cual, los alimentos sufren su ultima y mas importante transformacion, constituyendo el quimo intestinal, una parte del cual, sera absorbida y el resto pasa al recto, y sexto y ultimo la defecacion, mecanismo complejo, mediante el cual, las heces fecales, son expulsadas desde el recto, al exterior.

En todos estos, que pudiéramos llamar actos digestivos, el que más directamente nos interesa, es el de la digestion gastrica, por ser



el estomago, el organo en donde principalmente se presentan, las alteraciones, así anatómicas como funcionales, de la gastropatía que me propongo estudiar con el nombre de gastro-ectasia, que en los casos observados y que motivan esta memoria, era consecutiva a la estenosis del piloro.

---

Por mucho tiempo se han usado indiscriminadamente los dos términos dilatación y gastro-ectasia, para designar un mismo estado patológico en el cual se destacaba como único carácter de importancia, el aumento de la capacidad del estomago, producido por la distensión exagerada de sus paredes. Muy diferente es el aspecto bajo el cual se estudia hoy, tan importante como debatido punto de patología gástrica

debido, a los incesantes progresos de los medios exploratorios y de la terapéutica quirúrgica.

Contrariamente a la opinión desde antiguo sostenida, que querría hacer de la dilatación de estómago, una entidad morbosa independiente, o por lo menos un síntoma dominante, razón principal y causa inmediata de todos los fenómenos, locales y generales que le acompañaran, en la actualidad, los médicos modernos con buen criterio clínico en nuestro sentir, consideran, que el aumento de la capacidad del órgano en sí mismo carece de importancia y no representa más que el papel de un síntoma de secundario interés, concomitante con múltiples y variadas afecciones del aparato digestivo.

Los hechos confirman esta opinión, en efecto: el solo aumento de ca-



7.  
acididad gástrica, es un concepto muy vago e inseguro para poder formar juicio exacto sobre él, porque el tamaño del estómago varía considerablemente aun dentro de los límites fisiológicos, debido, ya a las condicionales, ya, y es lo más frecuente, a la influencia del medio alimenticio que dejó sentir su acción, no solo por su calidad, sino también por su cantidad, pues sabido es, que las personas que se alimentan de vegetales, patatas, etc., adquieren poco a poco un estómago muy grande que no por eso se le ha de considerar como enfermo y lo mismo o más acentuado aún, los que usáren gran cantidad de líquidos, como de continuo se observa en la práctica. Es muy demostrativo a este respecto, el caso citado por Liebermeister, de un cochero que bebía vasos de cerveza y cuando, después de su muerte debida a un accidente desgraciado, se le practicó la autopsia, pudo apreciar

8.

se, que a pesar de que su estómago tenía seis litros de cabida, hallábase, sin embargo sano, sin que tampoco durante la vida del sujeto, pudiesen observarse trastornos digestivos.

De la misma manera, nos enseña diariamente la clínica, que con estómagos normales y aun de menor capacidad, se encuentran profundamente alteradas sus funciones digestivas, lo que equivale a decir, que la dilatación no guarda estrecha relación con el estado de aptitud funcional.

Por otra parte, no disponemos de puntos de referencia ciertos y precisos, trascurrido los cuales, vendríamos en conocimiento del grado de dilatación gástrica existente, porque sus límites y relaciones con los demás órganos que nos pudieran ilustrar sobre este punto, varían



segun los distintos autores, no solo de unos individuos a otros, sino tambien, con los estados de vacuidad o plenitud del organo, asi, para fijar el limite superior, mientras algunos alemanes admiten, que la pequena corvadura, estando el estomago misuflado, contornea exactamente el apendice ensiforme, otros en Francia, le colocan a dos o tres traveses de dedo, distante de la linea media y aun mas en la mujer, por la especial conformacion de su base toracica.

Respecto al limite inferior o gran corvadura, aun cuando se ha tomado como punto de partida para fijar su posicion, el ombligo, (mal punto de referencia por ser variable) los autores discrepan en sus apreciaciones; Lagner le coloca a dos centimetros por encima del ombligo; Gutermau a igual distancia del apendice ensiforme y del ombligo; Eichorst

el nivel del ombligo y Bouchard cuyo criterio es el generalmente admitido en clínica, le hace llegar a una línea, llamada costo-umbilical, que desde el ombligo, se extiende hasta el punto más próximo del rebordillo costal izquierdo.

Por todos estos detalles y algunos más que tendré ocasión de citar en el curso de este trabajo, no menos convenientes que los hasta aquí reseñados, bien se comprende, que no podemos conceder a la dilatación en sí misma, como hecho particular, la importancia que antes le concedían, sin que por eso, tratemos de negar en absoluto su valor clínico como sintoma secundario o factor auxiliar en la gastro-ectasia.

Terminado pues, esto presente, hemos de reconocer en la función motora del estómago, un papel de verdadera importancia, considerándole como el



mento esencial y de la que dependen los principales sintomas y la gravedad de la afección.

Como sabemos por fisiología, el estómago, en ayunas debe hallarse vacío, contraído y se ejecuta ningún movimiento, pero desde el momento en que los alimentos penetran en su interior, provocan por acción refleja dos clases de movimientos, uno de deslaxamiento y otro de circulación.

Estos movimientos dan por resultado que la masa alimenticia se enriquece de jugos gástricos y contribuyen a la progresión del quimo ya preparado hacia el intestino delgado, en donde han de sufrir su mas completa transformación, para absorberse en parte y en parte eliminarse. El curso normal de este vaciamiento del estómago, nos da la pauta demandadora para formar juicios sobre las variaciones morbidas, que son

muy diversas según su grado, si bien, pueden dividirse en dos grupos principales: en el primero, se comprenden aquellos casos, en los que el estómago, expulsa su contenido a través del píloro, aunque lentamente, de una manera completa y se le ha dado la denominación de atonía insuficiencia motoria de primer grado; en el segundo, el estómago, no llega jamás a vaciarse por completo de su contenido y en cualquier momento en que se introduzca la sonda gástrica, se podrán extraer restos alimenticios más o menos fáciles de reconocer, a esta forma de insuficiencia se le ha denominado de segundo grado o absoluta y a la que Vauvry llama insuficiencia por retención.

Aunque cuando cada una de estas formas de insuficiencia, puede acompañarse y se acompaña generalmente de diferentes formas de dilatación, no



crea sin embargo, que la insuficiencia ha de ir ligada constantemente a la dilatación y viceversa, son dos estados que pueden existir con cierta independencia y por esta razón <sup>es</sup> que es impropio comprenderles bajo el mismo nombre de dilatación, sin un título explicativo que precise claramente su significación.

Como precisamente en los casos que motivan esta memoria, habiéndose la dilatación íntimamente relacionada con la insuficiencia motora, ante la imposibilidad de comprenderles con un nombre común por las razones antes apuntadas, prefiero atendiendo al factor etiológico, calificarlos con el título de gastro-ectasia consecutiva a la estenosis del píloro.

## Etiología y Patogenia.

La gastro-ectasia no es enfermedad rara, por el contrario, el contingente de estos enfermos en la actual sociedad es bastante crecido. Afecta de ordinario con mas frecuencia a los hombres que a las mujeres, y suele hacer su aparición de los 15 a los 40 años, todo lo cual tiene su explicación en las causas que la determinan.

En general, tampoco respeta a los niños, se hallan predispuesto a padecer a los raquiticos, idiotas glotinos y los que padecen de gastroenteritis crónica segun Bläcke y de sífilis y paludismo segun Moncivivo.

La etiología, dado el concepto que de la gastro-ectasia nos hemos formado, es sumamente importante porque sobre ella descansa el diagnóstico, pronóstico y el tratamiento de la afección. En efecto, como sabemos la diversidad



de orígenes, entraña la diversidad de formas morfológicas y a pesar de que poseen  
 internas comunes, gozan de cierta autonomía, razón por la cual, merece cada  
 una ser descrita separadamente.

Desde luego la gastro-ectasia, implica un desequilibrio persistente entre  
 las fuerzas expulsivas, las sustancias alimenticias y el orificio de salida del  
 estómago. A establecer este desequilibrio, concurren múltiples y variadas cau-  
 sas que a pesar de su diversidad podemos reducir a los siguientes grupos:  
 intrínsecas o que proceden del órgano y extrínsecas o de los que le rodean.

Entre las primeras figuran, la estrechez u obstrucción del píloro, las al-  
 teraciones que recaen principalmente sobre la túnica muscular y se deben ya  
 a una degeneración grasienta ocasionada por el catarro crónico que es muy  
 hondo para coartar las energías de los elementos musculares, ya a adhe-  
 rencia

rias a las visceras inmediatas, o a la pared anterior del abdomen, (Duplay) los  
 choques y contusiones en la region epigástrica, la alimentacion excesiva, sobre  
 todo de sustancias que dan lugar a la formacion de gases, y una multitud de  
 causas generales que disminuyen considerablemente la energia de las fibras mus-  
 culares y determinan, andando el tiempo, la dilatacion patológica del orga-  
 no.

En el segundo grupo de causas, mencionare los tumores quistes y distoca-  
 ciones de todos aquellos organos, que proximos al piloro o en sus inmediaciones  
 llegan a abocarse y condesen por obliterable, produciendo tricanticos y acci-  
 dentes, que temporales e insignificantes al principio, pueden hacerse definitivas  
 dificultando el paso del alimento y ocasionando en no pocas ocasiones, una indicacion  
 de la intervencion quirurgica. Estas dilataciones de origen extrinseco



pueden también reconocer por causa, una accidentada brusca del duodeno co-  
 mo en la dislocación vertical del estómago, o una obstrucción de su conducto  
 como en el caso citado por Courpault, en que la vesícula biliar extraordinariamente adheren-  
 te a la primera porción del duodeno, comunicante con él por un canal daba paso a  
 un cálculo saliente en dos o tres centímetros en el intestino.

Por Bartels, Malbraun y otros, se ha dado importancia a la coexistencia del riñón  
 movable y de la gastro-ectasia, en cuanto pudiese aquel, considerarse como factor  
 fisiológico de esta; pero Eichorst, de quien tomamos este dato, duda que sea el riñón  
 el que ocasione la estrechez pilórica y se inclina a reconocer relaciones reflejas  
 entre los nervios renales y gástricos y explica la gastro-ectasia por disminución, re-  
 flijamente determinada, de la contractilidad muscular del estómago.

En todos estos casos, bien se hecha de ver el importante papel que juega

la debilidad muscular, pudiendo decir de una manera general que todas las causas de depauperacion y miseria organica pueden dar lugar o por lo menos predisponer a la estenosis gastrica.

Pero es indudable que en la mayoria inmensa de los casos, la gastritis reconoce como factor etiologico la estenosis pilorica, y como en los enfermos que he podido observar, era consecutiva a la retraccion cicatricial de las ulceras que habian existido en el piloro y sus inmediaciones, a esta forma morfoloica habré de referirme especialmente en el curso de esta memoria.

La estenosis del piloro consecutiva a la ulcera, presenta un caracter muy curioso, que consiste en el polimorfismo e inconstancia de sus formas clinicas. Como Joubert lo hace notar, hay que distinguir una ulcera aguda en plena actividad, una ulcera antigua en parte cicatrizada, y por



ltimo, una ulcera crónica completamente cicatrizada. Mientras esta última  
 llamada también callosa, entraña siempre una dilatación considerable, con  
 intervención alimenticia abundante, no susceptible de mejorarse espontáneamente,  
 ni por el tratamiento médico, por el contrario, las úlceras en actividad ope-  
 ran la particularidad de obrar menos por sí mismas, que por la contrac-  
 tura del piloro, que provocan.

Efecto de esta diferente manera de obrar las úlceras, según su estado de agu-  
 da o cronicidad, los síntomas de la afección van de variar, habra alter-  
 nancias de mejoría y exacerbación en las agudas y al contrario, en las cróni-  
 cas, si bien estas traen muchas veces como consecuencia, lesiones peritoneales, que  
 dan lugar a adherencias y vicios de posición.

Una vez la ulcera se ha cicatrizado y la estenosis del piloro se ha

establecido, la gastro ectasia sobreviene por el siguiente mecanismo patogenico:  
 ya conocemos la funcion rectora del estomago en estado normal; pues bien, cuando el piloro esta estrechado, ya el contenido gástrico no pasa al intestino delgado a completar su digestion, porque las fuerzas expulsivas no se hallan en equilibrio con la amplitud del orificio de salida, y por esta razon quedan retenidas ocasionalmente en la ampolla gástrica. Cuando la esteriore pilorica esta en sus comienzos y por consiguiente poco desarrollada, el obstáculo es vencido generalmente por la actividad muscular reforzada del estomago y se consigue evacuar su contenido aunque lentamente; pero si el obstáculo aumenta, aun cuando la capa muscular gástrica halla desarrollado gran energia, el quimo no pasa al intestino, sobreviene el cansancio, la atonia y las fibras musculares distendidas y relajadas, no desplegaran la actividad que



en estado normal al verificar su contraccion; la mucosa alivientica así es  
 tancada, produce por descomposiciones anormales gran desarrollo de gases, los  
 que distendiendo mecánicamente las paredes del estomago, son causa de  
 inflamaciones de la mucosa gástrica, perturban su vitalidad y alte-  
 ran su funcion química, con lo cual la digestion se hace difícil, la absor-  
 cion incompleta y sobreviene el cuadro clínico de la gastroectasia, con hiper-  
 trofia de la túnica muscular a consecuencia del exceso de trabajo, que a ve-  
 ces alcanza el doble o triple de su espesor normal. Ocurre aqui algo pareci-  
 do y por el mismo mecanismo que en el corazon, en los casos de insuficiencia  
 mitral.

Cuando la region pilórica es la unica afectada, se presenta la dila-  
 cion con estasis abundante, mas, si la induracion cicatricial alcanza y ci-

tiende por las paredes del estomago, la dilatacion se detiene, de una manera pa-  
recida a lo que ocurre con la linfite plástica, es decir, que la dilatacion disminuye  
en razon de la induracion cicatricial de las paredes gastricas.

---



## Sintomatología.

Comenzan los pacientes por sentir tan insignificante perturbaciones digestivas, que a primera vista pudiera creerse en un simple catarro del estómago, pero a medida que el tiempo avanza estas alteraciones de poca importancia al principio, van aumentando cada vez más, la nutrición general se veiente los enfermos decaen y sienten disminuir sus fuerzas, hasta el punto que se ven obligados a consultar en serio su padecimiento. Después de haber agotado los recursos terapéuticos de que pueden disponer sin obtener resultados satisfactorios, se deciden a ingresar en la clínica, en un estado verdaderamente lastimoso.

El aspecto de estos enfermos es demacrado, triste, sin fuerzas, su piel

se pone palida, adelgazada y con un tinte especial que nos demuestra un estado anémico mas o menos pronunciado, los ojos hundidos, los puntos sa-  
 berites, las orejas notablemente separadas e inclinadas hacia adelante, el cuello  
 parece que se alarga, sus espacios intercostales son anchos los músculos muy delga-  
 dos, los húmero-platos y la mano frias. Este conjunto de caracteres generales, no  
 indica desde luego, una profunda alteracion en el proceso nutritivo, consecuencia  
 no obligada de la lesion organica del piloro, que impidiendo o por lo me-  
 nos dificultando el paso de los alimentos hacia el intestino duodeno, hace que  
 estos no se absorban y por consiguiente no se acumulen en la proporcion nec-  
 esaria a reparar las perdidas que el organismo sufre por sus emeticonos.

Para mayor claridad explicita, distinguire en la gastroec-  
 tasia dos grupos de sintomas subjetivos y objetivos.



## Síntomas subjetivos.

Apetito— Esta sensación interna que nos indica la necesidad de tomar alimentos, no se sujeta a una regla fija y determinada en la gastro-estasia, por el contrario, presentarse con grandes oscilaciones, encontrándose en unos casos aumentada, y en otros disminuida o abolida. En nuestros enfermos enfermos he podido observar la polifagia, pues en todos ellos, efecto de la alimentación insuficiente por las digestiones incompletas, sentían una imperiosa necesidad de comer, acentuándose mas este deseo cuando lograban evacuar su estomago por medio del vomito, unas veces espontáneo, las mas provocado.

A pesar de este aumento del apetito, los enfermos avarados por el dolor y la sensación angustiosa de plenitud y tensión gástrica que experimentaban

cuando vigieren el alimento, lo rechazarán y no comen por no sufrir.

**Dolor**- La masa alimenticia retenida y fermentando en la ampolla gástrica, da lugar a una sensación muy desagradable de plenitud, tensión o presión al nivel del epigastrio, que se acentúa después de las comidas y se acompaña de eructos, cefalalgia y mal estar general; pero otras veces no son ya molestias, sino que se trata de verdaderos fenómenos dolorosos, que con carácter constrictivo, rodovi o perforante se inicia hora y media o dos horas después de comer en la región epigástrica y se irradia en diferentes direcciones, especialmente hacia el dorso y parecido al que experimentaban los enfermos cuando la úlcera se hallaba todavía en actividad. Estos dolores cesan tan solo cuando el paciente consigue evacuar su estómago, y como la musculatura gástrica lucha constantemente con el obstáculo que le opone el píloro retrai-



lo, no pudiendo atravesar los alimentos, como en estado normal, el estómago se desembaraza de su contenido por medio del vomito. Sin embargo, a veces también se mitiga este dolor parasitario adoptando el enfermo, ciertas y determinadas posturas o decubitos; así le sucedía al enfermo n.º 3 que solo podía descansar, echándose sobre el catre en decubito ventral y comprimiendo la región epigástrica con el borde de la cama.

En ninguno de ellos hemos podido observar el decubito lateral derecho (síntoma de los doctores Robert y Roig.)

Sed- Uno de los tormentos que constantemente martirizan a los gastroentendiados, es la sed exagerada, (polidipsia) sobre todo en los que cuentan muchos tiempos en su padecimiento. La enorme pérdida de agua, que por la piel, el riñón, los vomitos y el pulmón se está verificando, necesitan una

eparacion urgente, que la exterior del piloro impide llenar a cabo, por no dar paso a la suficiente cantidad de liquido hacia el intestino, en donde van de ser absorbidos principalmente por las vellosidades intestinales.

La superior necesidad de liquido no se satisface aun despues de haber ingerido grandes cantidades de liquido, porque la absorcion de agua por el estomago, aun cuando la admitimos es sin embargo muy pequeña e insuficiente para sustituir la intestinal, y algunos enfermos, cansados de sufrir, apelan al recurso de meterse en el agua (obrev. 1.<sup>o</sup>) con objeto de mitigar tan molesto polidipsia.

La sequedad de la boca, que continuamente le acompaña contribuye en gran manera a incomodar al enfermo.

Ereos - Concomenan obligado de las fermentaciones anormales que su-



he la masa alimenticia retenida en el ventriculo abdominal, es el desarrollo  
 e gases que unida a las gastrosecretorias no solo por los movimientos de  
 estension que produce en el estomago, sino tambien por la compresion me-  
 mica que ejerce sobre los organos vecinos, corazon, pulmones, etc. que inter-  
 mien las funciones respiratoria y de circulacion, hacen que el enfermo  
 sufra de ahogo, accion pseudo-asmatica, palpitaciones e inquietud gene-  
 ral.

Estos gases, que por su ligereza ocupan las regiones superiores, desde el  
 momento en que por su tension logran franquear el cardias, son expul-  
 sados por la boca de una manera brusca, produciendo el ruido que cono-  
 cemos con el nombre de eructo. A medida que se van expulsando  
 el enfermo se encuentra mas aliviado, pero nunca llega a estarlo

de una manera completa porque la renovación es sucesiva, y la  
 renovación, resulta inferior a la producción.

Pueden ser erisipidos e inodoros, pero por regla general con fetidos  
 de olor a hiecos podridos y vienen acompañados de una sensación de  
 quemadura que se percibe en el esófago y la faringe (perosis) que es un  
 momento molesto parece el que la padece.

Algunos autores mencionan la existencia de gases combustibles en el  
 estómago: ácido carbónico, hidrógeno, gas de los pantanos, oxígeno y nitrógeno  
 que a su salida pueden inflamarse al contacto de una llama. Como ejem-  
 plo cita Eichenst en su libro de patología interna, una observación de Zuercher  
 en la cual el enfermo, refería que cuando eructaba al encender un  
 cigarro, el gas se encendía y le ponía en peligro de quemarse el bigote. No



dudarios de esta afirmación, demostrada por celebridades médicas, nunca en ninguno de nuestros casos pudimos apreciar este fenómeno.

Regurgitación - Muy cuando no se le concede importancia en el orden patológico, por presentarse en el niño de pecho y aun en el adulto dentro de los límites fisiológicos, la menciono en este lugar, por ser muy frecuente en la estenocardia, segun he podido comprobar en la clinica.

Vómito - En todos los casos de gastrocardia, cuyo origen es la estrechez del piloro, presentase el vómito ordinariamente, precedido de náuseas, palidez y mal estar general, que por sus circunstancias puede ser considerado como característico de la afección que estudiamos.

Por tan complicado este reflejo, en el cual toman parte los músculos respiratorios, las paredes abdominales, el estómago, esófago y la faringe, re-

fido y determinado por intrincado mecanismo nervioso espulsa los alimentos  
 materiales a que el estomago no puede dar salida naturalmente por  
 la insuficiencia de sus fuerzas expansivas. Estas luchando y no pudiendo  
 vencer el obstaculo pilorico, lanzan el contenido gastrico hacia el car-  
 deno, punto de menor resistencia y a traves del esofago, es precipitado en  
 la boca y al exterior.

Esta espulsion violenta por la boca de esos materiales estanca-  
 dos en el estomago, tiene lugar ordinariamente por la noche o por la ma-  
 ñana en ayunas cuando el estomago debiera hallarse vacio; muy fre-  
 cuentes al principio, van haciendose mas raras a medida que la am-  
 plia gasticia se dilata y la mucosa se adapta a las condiciones de  
 normalidad, hasta llegar a desaparecer en un periodo mas avanzado



de la enfermedad, fenómeno de mal augurio, que nos indica la insensibilidad e impotencia funcional.

Lo primero que llama nuestra atención, es la enorme cantidad de materias vomitadas que pueden medirse por litros en una sola sesión y que en los mismos pacientes hacen notar, por ser mayor el producto vomitado que el ingerido; esto nos indica ya un estado de hipersecreción continua (gastrorreca) efecto de la irritación de que es objeto todo estómago que no consigue vaciar completamente su contenido, como sucede en esta forma de gástrita por las causas ya mencionadas.

Además, la circunstancia de encontrar entre los productos vomitados, restos de sustancias alimenticias ingeridas muchos días serenos y aun meses antes, (observ. 2.<sup>a</sup>) nos proporciona un dato de mucha importancia diagnóstica

por medio del cual estamos autorizados a creer en la existencia de una acidez  
 en su mayor grado o absoluta, que se considera como factor esencial  
 en la gastropatía objeto de estudio. Su olor es fuertemente ácido, fétido y muy repug-  
 nante, molesto para el enfermo y los que le rodean; depende de las fermentacio-  
 nes que sufre el contenido gástrico estancado. El análisis ha encontrado los ácidos  
 lacticos, acético y butírico.

A esta acidez exagerada se debe la sensación de aspereza que después del  
 vomito queda en los dientes y que se conoce con el nombre de dentura.

Como se comprende por lo dicho, es de suma importancia clínica y muy  
 característica de la enfermedad que estudiamos el conocimiento y análisis del  
 vomito, no solo por su modo de aparición, sino también por su cantidad,  
 consistencia y productos que en él se encuentran.



Ahora bien, ¿ que efectos produce el vomito en la economia organica en los  
 casos de dilatacion patologica? Consideramos este acto, compensador o de deflaca  
 dependiendo a un lado accidentes a que el vomito puede dar lugar, creemos que  
 es util y saludable, no solo porque alivia en gran manera a los enfermos,  
 sino tambien porque libra al estomago de sus residuos que como resulta  
 de digestiones incompletas e imposible progresion al intestino, habrian de  
 dar lugar a fermentaciones e incomodidades que hacen mas penosa la vida  
 del gastroenterizado. Este, por regla general no aguarda a que el vomito se  
 presente espontaneamente, sino que causado de suplex y ansioso del momento  
 de descanso, introduce sus dedos en la garganta y adopta deculitus especiõs  
 con objeto de provocar y favorecer asi el vomito. Nuestros enfermos, sin excep  
 cion recurran a tan vulgar procedimiento.

Estreñimiento - Es sumamente frecuente y muy pertinaz; podemos compararlo con el vómito, considerarle como un síntoma constante en la dilatación patológica del estómago. A veces pasan los enfermos mucho tiempo sin evacuar su intestino, ocho (observ. 4.<sup>a</sup>) doce, (observ. 2.<sup>a</sup>) y aun quince días, (observ. 1.<sup>a</sup>) y retienen las heces fecales; ya no surten su efecto los purgantes de que al principio abusaron, hay que emplear abundantes irrigaciones intestinales, ayudadas de movimientos espasmos, para que el enfermo consiga deponer. Después de tanto trabajo, expulsan sus excrementos en forma de bolas, que son de gran consistencia, del tamaño de nueces, (círculos) y aun mas pequeñas de de parecido aspecto a las heces de cabra o excremento caprino.

Este trastorno digestivo reconoce varios factores etiológicos: primero la estrechez del píloro que se opone al paso del contenido gástrico hacia el intestino, y ha-



de disminuir la cantidad de residuos excrementicios en que mas tarde se han de convertir; segundo, la absorcion intestinal exagerada, auida de reparar las perdidas de liquidos suptidas por el organismo, contribuye a que la masa excrementicia se desaque y endurezca; tercero, la disminucion del peristaltismo intestinal, ya por falta de estimulo, ya por el estado de reposo e inactividad del paciente; en mas o en menos todas estas causas contribuyen a que la constipacion se establezca.

Secrecion urinaria.— La cantidad de orina eliminada en las veinticuatro horas es muy superior a la normal, llegando, como se vera en los casos que despues expongo a 500, 650 y 900 gramos.

---

## Síntomas objetivos.

Después de examinar los síntomas subjetivos, que tan solo nos permiten sospechar la existencia de una dilatación patológica del estómago, voy a ocuparme de los objetivos, de verdadera importancia clínica y serivo medio seguro de establecer el diagnóstico.

Para esta investigación, disponemos de gran número de medios de los cuales unos se apoyan en la simple observación por nuestros sentidos y otros utilizan diferente métodos exploratorios, físicos y químicos.

La simple inspección, nos proporciona ya datos de alguna valía, para conocer el cargo del grado de dilatación y forma del estómago, teniendo en cuenta su posición y relaciones en estado normal; para obtener el resultado pretendido, examinaremos al paciente en decubito dorsal, con las piernas en



lesión, al objeto de que las paredes abdominales, se relajen y por sea mas fácil y  
 provechosa la exploración.

Descubierta el abdomen, apreciamos la región epigástrica algo deprimida,  
 contrastando con el abultamiento que suele existir al nivel del ombligo y aun  
 varios traveses de dedo por debajo de este, y mas acentuado a la izquierda  
 que a la derecha. Cuando el enflecamiento es muy pronunciado, como ocu-  
 rra en nuestros casos) y examinamos detenidamente al paciente, podremos ob-  
 servar la gran curvadura del estomago, a través de la pared abdominal, en  
 forma de media luna.

Aun cuando es innegable, que la determinación exacta de la gran curva-  
 dura, aceptada como límite superior del estomago, nos ilustra en gran  
 manera al diagnóstico, no podemos sin embargo, contentarnos con este dato

para admitir la existencia de la dilatación del órgano en cuestión; así por ejemplo en la llamada gastroptosis, encontramos el límite inferior, muy por debajo del ombligo y no obstante, puede el ventrículo abdominal puede no hallarse dilatado; de la misma manera, hay casos de anomalía congénita, en que pudiéramos suponer un error de diagnóstico, si tan solo nos guiáramos para establecerlo por su límite inferior.

Para evitar en lo posible estos errores, tendremos en cuenta la situación que ocupa la pequeña cornadura, que oculta tras el ligado, e inabordable en estado normal, no es raro que se perciba cuando el estómago se halla en descenso por debajo del apéndice ensiforme.

Pero además, y como lo hace notor Saupault, es necesario medir sobre la línea media, el espacio comprendido entre los dos límites ya citados



superior e inferior, que es aproximadamente de cinco a siete centímetros y medio, para cuando este diametro sea muy grande, contar con un dato para admitir la dilatación en altura, muy frecuente e importante, a la cual acompaña el aumento de la superficie transversal del organo.

También a través de la pared abdominal adelgazada, percibimos las contracciones del estomago, que bajo la forma de ondas sucesivas, se dirigen desde el lado izquierdo al derecho y producen una sensación de oleada y contracción en la región subumbilical, de que han hablado todos los autores, y que representan los desperados espasmos de la musculatura gástrica, para vencer el obstáculo que le opone el piloro estenoiado. A estos movimientos que agitan el estomago, sobre todo despues de comer, los designa Küssmaul con el título de tormina ventriculi nervosa, o inquietud peristáltica.

Este síntoma, frecuentísimo en la estenosis del píloro, podemos acentuarlo y provocar por medio de fricciones, aspersiones de agua fría, etc. sobre el abdomen, como he tenido ocasión de apreciar en la clínica. (observos 2.<sup>o</sup> y 3.<sup>o</sup>).

Estado de la lengua — Realmente no ofrece nada de característico que pueda llamar la atención; la he visto encontrada blanquecina y saburrosa en dos de mis enfermos y en el resto limpia y rosa. No le concederé importancia alguna por ser en aspecto muy variable, aun en estado normal.

Percusión — Por este medio exploratorio, podemos apreciar con bastante exactitud, el sitio que ocupa la curvadura mayor, en algunos casos la menor y todos aquellos datos que se refieren a la anchura y posición general del ventrículo abdominal.

Trataré de un órgano blando y flácido como el estómago, oculto en



casiones por quebras paredes abdominales, no sería muy difícil limitar sus contornos por medio de la percusión, si se practicase como tal y como el enfermo se encuentra; su sonoridad timpánica pudiera confundirse con la del colon distendido por gases y el error sería su consecuencia. Para evitar estos inconvenientes, haríamos accesible el estómago a nuestra investigación, por los diferentes procedimientos aconsejados por los especialistas que tratan esta cuestión.

El más sencillo es el de Ferrius, consiste en administrar al enfermo una cucharadita de bicarbonato de sosa disuelto en agua, e inmediatamente después, una cantidad igual y en la misma forma de ácido tartárico; el ácido carbonico que se desarrolla, distiende la ampolla gástrica y le coloca en condiciones de poder ser examinada.

Este procedimiento a veces fracasa, siempre produce dolores al paciente y es

ta expuesto, por las contracciones que el acido carbonico provoca en la musculatura  
gastrica, a que varien los resultados de la exploracion.

En vista de estos inconvenientes, dimos preferencia por ser mas rapido y  
seguro, al metodo de insuflacion segun Mannheim, para conocer la forma, si-  
tuacion y volumen del organo. Para ello, se introduce ave atmosferico mediante  
la sonda esofagica y una pera de doble juego, hasta que el enfermo comienza  
a sentir molestia. En estas condiciones, percutimos y hemos podido apreciar  
un area de timpanismo gastrico, mucho mayor que en estado normal, va-  
riable en los distintos sujetos, segun su grado de dilatacion; asi en las observa-  
ciones n.º 1 y 2, alcanzaba la distancia de dos traveses de dedo por debajo del  
ombigo y en las n.º 2 y 3, llegaba a tres traveses de dedo por debajo de dicho pun-  
to.



Tambien hemos puesto en practica (observ. 4.<sup>a</sup>) el procedimiento recomendado por algunos autores, de aprensar por medio de la percusion, despues de haberle inyectado cierta cantidad de agua; los decretos tocos de orisionidad o trippa, mismo que se pueden producir, colocando al sujeto en ciertos y determinados decubitos.

Esta practica unicamente por muchos conceptos, conforma los resultados obtenidos por la inyeccion, si bien algo exagerado por lo que respecta a la gran curvadura, debido sin duda al mayor peso de la masa líquida.

Palpacion — Es sin disputa, el metodo exploratorio, que proporciona mas valiosos datos en la gastronomia que estudiamos. Para ponerle en practica, es necesario guardar ciertas precauciones, no solo por lo que

respecta a su técnica, sino también, en la manera de interpretar los síntomas que suministra. El doctor Pél le considera, como el más difícil de los métodos de exploración. Comenzamos siempre, por palpar el abdomen en toda su extensión, para apreciar la movilidad de los órganos y las adherencias y anomalías que pudieran existir, para pasar luego, a explorar la región que suponeremos ocupa el estómago y hacemos cargo de una tumefacción más o menos manifiesta que suele existir al nivel del píloro, consecuencia de la retracción del tejido de cicatriz; al mismo tiempo recorremos su mayor y menor movilidad, fijándonos especialmente en el costado del paciente, para cerciorarnos, por sus contracciones, cuando la presión es dolorosa. Uno de nuestros casos (serv. 1<sup>er</sup>) no consentía que le palpáramos el límite derecho del epigastrio por el intenso dolor que experimentaba.



Si a la palpación unguis, frecuentes y repetidas simplisimas sobre la región que ocupa el estómago, apreciáremos, una sensación, llamada por Bravanger, de almoha dilla de uento, y a la que Richerst concede importancia para fijar la situación de la gran curvadura, por la especial resistencia que ofrece la región, comparada con la de las inmediatas.

Pero en donde, la palpación percutoria, presta señalados servicios, es en el descubrimiento y comprobación del llamado ruido de barquero o chapoteo vivificado por Choumel y elevado por Mourhard al rango de patognomónico en la dilatación del estómago.

Para apreciarle, adoptará el paciente, el decubito dorsal, en posición parecida a la indicada anteriormente, para obtener la relajación de la pared abdominal. El estómago debe hallarse en ayunas o podemos vaciarle

por medio de la sonda.

En el supuesto, aplicamos la mano izquierda sobre la region epigastrica y con la derecha percutimos ligeramente sobre el hipocostros y al nivel de las ultimas costillas del lado izquierdo y podemos apreciar un ruido comparable al que se produce cuando se agita una botella a medio llenar de liquido.

Este ruido de glu-glu, es debido a la colision entre liquidos y gases que el estomago contiene.

No hemos de negar el valor del chapoteo en un diagnostico de la dilatacion patologica del estomago, pero tampoco por su presencia estamos autorizados a decidirlo. En efecto, hay casos en que por la obesidad de las paredes abdominales o por su tension exagerada no nos es permitido apreciar el ruido, o, aun cuando la dilatacion exista y ocurra, podemos percibir el chapoteo



por la palpacion, sin que por eso el estomago, halla de tener su volumen aumentado y disminuida la elasticidad y retractibilidad de sus paredes.

Pero cuando empleamos la succusion total y el ruido se produce, se precede una verdadera importancia diagnostica, que no deja lugar a duda cuando se comprueba en algunas o siete horas despues de las comidas, en una zona que sobrepasa los limites del estomago normal. Con este caracter, se apreciaba el borborigo gastrico en nuestros casos. observos 1.<sup>o</sup> 2.<sup>o</sup> y 3.<sup>o</sup> borborigos a tres traveses de dedo por debajo del ombligo y la 4.<sup>o</sup> a dos traveses de dedo por debajo de dicho punto.

Inse trataba del borborigo del estomago nos lo conferimos el diagnostico diferencial que establecimos para separarle del gorgoteo intestinal, fundandonos en la diferencia de tono que en uno y otro caso se produce y en

as condiciones en que se presentan. Tambien seguimos el consejo de Hagen, que consiste en interponer el borde cubital de la mano izquierda, entre el estomago y el punto en donde se determinan las sacudidas, para limitar de esta manera su zona de produccion, si bien, cuando los organos estan llenos de materia, de homonima constitucion la diferencia es casi imposible.

De esta sintoma, sacamos conclusiones muy importantes, no solo para el reconocimiento del funcionamiento motor, sino tambien, para fijar la movilidad mayor y por ende su grado de dilatacion.

Si al mismo tiempo que percutimos, auscultamos (percusion auscultatoria) nos daremos cuenta exacta de la sonoridad timpánica del estomago, y aumentando un poco la observacion, podremos apreciar un ruido o trueno metálico que acompaña al timpamismo antes mencionado; para percibirle



con claridad percutivos con un objeto duro el plexómetro, y al mismo tiempo auscultar la región percutada, por de esa manera, el ruido producido por los cuerpos duros, hace resaltar los dos tonos complementarios, que son los que caracterizan la resonancia metálica.

Con el fonendoscopia de Meinelke hemos percibido especie de crepitación, debida quizás, a la fermentación de los materiales estancados en la arropolla ástica. De todas maneras, son tan pequeños los datos que la auscultación nos suministra que podemos prescindir de ella.

Modernamente se han propuesto y empleado en las clínicas, nuevos métodos de investigación como la gastroscopia introducida por Mikulicz, Rosenheim y gastrodiafanía por Eimbom y la radioscopia por Rosenfeld. Si en muchos países y enfermos dóciles, pueden proporcionar indicaciones exactas, sobre todo la

adopción, acerca del volumen y posición del órgano no son de aplicación inmediata en la práctica corriente por las dificultades y exigencias de su técnica.

Examen de la función motora — Seudo la dilatación — entendiéndose por tal el aumento de la capacidad del estómago — la consecuencia ordinaria de la insuficiencia motora y ésta a su vez, el eje al rededor del cual gira el cuadro sintomatológico de la afección, necesario se hace conocer el estado torácico y resistencia de los plexos gástricos y lo que es más importante, la manera como el ventrículo abdominal evacúa su contenido en el intestino.

En el individuo normal, esta evacuación tiene lugar rítmicamente y a medida que el jugo gástrico impregna y actúa sobre el bolo alimenticio; de vez en cuando el píloro se abre para dar paso de una manera precipitada al quívico ya preparado, que va a completar su digestión al inte-



tiro. El tiempo que tarda el estómago en vaciarse por completo, aunque se in-  
 ne ligado con la naturaleza y cantidad de los alimentos, se ha fijado en dos  
 horas para las sustancias líquidas y en seis o siete para una comida mix-  
 ta ordinaria.

Desde el momento en que el estómago cumple un tiempo del vi-  
 vaciado en librarse de su contenido, existe retención, que será mas o menos  
 accidental, cuando la evacuación sea mas tardía e incompleta.

Pero no basta con diagnosticar el trastorno motor, es necesario  
 conocer su forma o grado de insuficiencia.

Hará con los procedimientos de que poderios hechos mas para llegar  
 a su conocimiento: ocupa el primer lugar el cateterismo del estómago que  
 introducido por Kussmaul en la terapéutica y por Leube en el diagnós-

to, es el mayor de los adelantos en el estudio de la gastropatología.

El instrumental es delomas sencillo: basta una sonda cuyo calibre exterior sea de 12 m. m. y un embudo grande de cristal. La sola introducción de la sonda es lo suficiente a veces para que el contenido gástrico se vacíe a través de ella; sin embargo, nosotros tuvimos necesidad de aguar sus espuevros por el procedimiento de Ewald y otros llamado de expresión.

Extraído el contenido gástrico y a pesar de ~~lo~~ que los enfermos no habían comido cosa alguna desde el día anterior, pudimos apreciar, que su cantidad era enorme y contenía restos de alimentos, ingeridos 20 y aun 30 horas antes del momento del examen. Pudió claro aparecer que se trataba de una insuficiencia motriz absoluta del estómago porque su vaciamiento no solo era tardío, sino también incompleto y conducía al extenso reten-



con abundancia.

Además, y aun que sea addeutor ideas, la circunstancia de no encontrar  
 en estas este producto revelado con la litis, como frecuentemente sucede a consecuencia  
 de las contracciones despertadas por la sonda, no hizo presumir una estero-  
 si del piloro, cualquiera que fuese por otra parte su causa.

También empleamos el procedimiento del salol de Oswald y Sieners y aun-  
 cuando está muy sujeto a error, el resultado obtenido fue el siguiente: en la  
 observación 1.<sup>a</sup> coloración violeta de la orina a las dos horas, en la 2.<sup>a</sup> a las dos horas  
 cuarto y en la 3.<sup>a</sup> a las tres horas y minutos. Quizás desaparecerían estas diferencias  
 si que el salol no se descompone al ser absorbido y eliminado siempre con la misma  
 rapidez, razón por la cual pierde su importancia, aunque no se lo pueda  
 negar en teoría.

Una consideracion ~~gran~~ apreciada, merece el metodo del aceite de Klemperer, que si teo-  
ricamente esta bien fundado, es de dificil aplicacion practica.

Otra cosa muy distinta ocurre con el procedimiento de Ewald y Straus, en el te-  
nido de la clunia. Nosotros le hemos ensayado y sus resultados fueron positiv-  
os; para ello administramos a los enfermos con la ultima comida del dia un  
pequeño número de pasas de Corinto, al objeto de examinar, al extraer el jugo gas-  
trico al dia siguiente si las citadas pasas o sus restos aparecian, y en que propor-  
cion o si por el contrario no se hallaba nada de ellos como ocurre en estado normal.  
En todos ellos y unas o menos transformadas, hemos reconocido los frutos, confirman-  
do asi los resultados obtenidos por el simple cateterismo.

Completamos el estudio de la funcion motora con la comprobacion del cha-  
teteo hallado, no solo por la mancha en agujas y en los mismos li-



ritas, sino tambien a largos intervalos de las comidas, cuando ya el estomago  
 chico hallase vacio.

Análisis del jugo gástrico— Es importante para conocer el valor diges-  
 tivo del estomago que padece dilatacion, y la naturaleza de la lesion causal.

Cuando la estenosis del piloro, reconoce por causa un proceso canceroso,  
 los líquidos de estasis deben ser acidos, a la presencia de los acidos organicos,  
 el acido clorhidrico libre falta y el combinado se halla en debil propor-  
 cion, encontrandose el lactico en cantidad considerable. El cloro total, es po-  
 elevado relativamente al cloro fijo: la clorhidria es minima. (Sampault)

Por el contrario, cuando la ulcera es su causa, se pueden observar  
 otros casos: (Sampault) si la ulcera es reciente, la acidez elevada es siempre debida  
 al acido clorhidrico con reacciones muy amarcaadas, faltando el acido lactico, si la

ulcera es antigua, la acidez es menos pronunciada, pero tambien, como en el caso anterior es debida al clorhidrico, con muy pocos acidos de fermentacion.

Pero caracter-interesante, en los dos casos, dice Soupault, el cloro total es abundante y el fijo es debil; la clorhidria elevada indica ya la intensidad de la secrecion estomacal.

Para esta exploracion del jugo gástrico (quimismo gástrico) son varios los procedimientos de que poderiamos valer mano; pero lo mejor es propinar al enfermo en ayunas o despues de lavado el estomago, una comida de composicion determinada, llamada de prueba y extraerla por medio de la sonda gástrica al cabo de cierto tiempo para sacar las conclusiones a que hallan lugar segun la cantidad y propiedades quimicas etc. de las sustancias extraidas.



De entre las comidas de prueba propuestas para este fin, la mas generalmente empleada es la de Ewald y Boas.

Despues de lavar el estomago, hicimos tomar a los enfermos uno 25 gramos de pan blanco y una taza de té debil, sin azucar; a la hora de tomarlo, procedimos a su extraccion por medio de la sonda esofágica, ayudados del método de expresion, y obtuvimos mayor cantidad de él (1.º observ. 1.º Nos. observ. 2.º y 1.º c. s. observ. 4.º) que la que corresponde al estado normal, que como sabemos fluctua entre 15 y 30. c. c.

Filtrado el jugo, quedaban en el filtro gruesos de pan que no habian sido atacados por el jugo gastrico y pequeños filamentos mucosos, aunque en debil proporcion; en el liquido filtrado reconocimos la acidez, por sus varias reacciones con el tornasol (coloracion roja) y soluble todo con el rojo

Congo que ofrece la ventaja de no colorearse por los acidos organicos con la intensidad que lo hace cuando del clorhidrico se trata. Que existia libre o unido al rojo congo (papel) con el reactivo de Ginnburg (poroglucina y vainillina) por el color rojo carmesi que aparecia, a medida que se iba calentando en una capsula, una mezcla formada por unas cuantas gotas de jugo gastrico y otras tantas del reactivo citado.

La coloracion violeta, obtenida por medio de la reaccion con la tropesolina, segun el proceder de Moas, confirmo el resultado de la de Ginnburg.

La acidez total medida por medio de la solucion normal de sosa al diximo y la fenolftaleina como indicador, nos dio resultados diferentes, en los distintos sujetos que examinamos, aunque demuestran



do siempre mayor cantidad de ácido que en estado normal. Esta hiperclorhidria actuando sobre la mucosa, la irrita y produce dolores agudísimos y si aquella se encuentra, como en estos casos permanentemente en estado, insusceptiblemente protegida por su epitelio o sufre alguna alteración que disminuya su resistencia vital puede ulcerarse momentáneamente, por una especie de autodigestión.

En ninguno de los resultados la reacción de Mfelmian, lo que demuestra la ausencia de ácido láctico. También negativa la de Pettensöfer y Gmelin, lo cual apoya la idea de estrechez pilórica, que imposibilita la entrada en el estómago del contenido duodenal. Los granos de pan que hemos recogido sobre el papel de filtro, indican la mala digestión de los amiláceos en estos casos de hiperclorhidria intensa. El color del jugo

activos, ~~pero~~ mas obscuro en unos casos que en otros, y en otros fuertemente acido en todos.

Actividad absorbente de la mucosa gástrica - Para reconocer las propiedades absorbentes del estomago, empleamos el conocido procedimiento de Penzoldt y Jaker, fundido en la rapidez, con que en estado normal es absorbido por la mucosa gástrica, el yoduro potásico y en la proporción en que, por la exquisita sensibilidad de las reacciones del yodo se puede reconocer su eliminación por la saliva. Pevio lavado del estomago, administramos un decigramo de yoduro potásico, recogimos la saliva en una capsula y la tratamos con el acido nítrico, despues de añadirle un poco de almidon. Repetimos el analisis y la coloracion violeta característica de yoduro de almidon, no se presento hasta transcuridos 39.



herw. 1<sup>a</sup>) 43 (observ. 2<sup>a</sup>) y 56 minutos (observ. 3<sup>a</sup>) en virtud de cuyos resultados dedujimos, que el poder absorbente de la mucosa gástrica se hallaba disminuido.

No se me ocultan las afirmaciones de von Mering, basadas en sus trabajos experimentales, en el perro y en el hombre, de los que deduce, que el estómago nunca absorbe agua. "Si la función motora del estómago sufre morbosamente el agua se detiene en aquella visera y la absorción no ocurre." Con este último criterio concuerdan en parte en parte nuestras observaciones, en las que ya a pesar de la enorme cantidad de líquidos ingeridos, su nivel no llegaba a disminuir, ni su onza aumentaba, probándonos todo esto, que efectivamente el agua no pudiendo pasar al intestino, por impedírselo la retracción del píloro, se estancaba en aquel órgano, flácido e inerte y su absorción no tenía

ugar. Pero esto que se refiere al gastroectarioide, no quiere decir, que en esta  
 normal, no goce en absoluto de esa propiedad absorbente, admitida moder-  
 armente por los fisiólogos, si bien en un mismo menor grado que la inte-  
 tinal e insuficiente para sustituirla.

Por otra parte, las afirmaciones de von Mering, no se hallan confirmadas  
 aceptadas de una manera general, y mientras esto no ocurra, no en-  
 uentro inconveniente en decir, que la absorción gástrica en la dilatación  
 patológica, se halla disminuida.

Secreción de orina — Como más atrás dejó expuesto, hallase ser in-  
 re disminuida en la gastro-ectaría de origen pilórico y a veces tan conside-  
 rablemente que los pacientes no llegan a excretar en las 24 horas, más  
 de 500 gramos (observ. 1.ª) Debe de atribuirse en estos casos a la falta



la absorción de líquidos, a la alimentación insuficiente y a la falta de ejercicio muscular, que es considerado como uno de los mejores diuréticos.

De los tres periodos que Boas distingue con relación a la secreción de orina, como medida aprovechable para apreciar el grado de insuficiencia gástrica, nuestros enfermos se hallaban comprendidos en el segundo, pues su cantidad, no excedía de 900 a 500 c.c. por día.

Su reacción, acida en estado fisiológico, en el momento de la emisión, es menos acida o alcalina en la enfermedad que estudiamos. Su alcalinidad, es tanto más pronunciada, cuanto más acido sea el jugo gástrico, excretado por el vomito o los lavados del estómago, porque en estas condiciones, como no puede pasar a las vías sanguíneas por haber sido eliminado, se encuentra el organismo privado de su contenido y se rene-

en la orina, por un descenso notable de su acidez.

Para reconocerla, empleáramos el papel de tornasol, siempre con resultados positivos; no podía menos de suceder así, dadas las relaciones existentes entre la acidez gástrica y la urinaria, también estudiadas por A. Mathewson y Ch. Treblaux como puede verse por sus conclusiones. (1)

La orina aparecía densa y enturbada sobre todo cuando la calentábamos, presentándose un precipitado parecido al de la albumina, que se resolvía añadiéndole unas cuantas gotas de una solución débil de ácido acético, lo que prueba se trataba de fosfatos. Su color más obscuro y la concentración, dependen de la poca cantidad, pues en este caso, las sustancias colorantes de la orina se hallan tanto menos diluidas, cuanto menor es la cantidad de agua que se ha excretado con la orina, y como esta es sumamente

(1) Arch. gen. de med. 1885 y Treblaux. Recherches sur l'acidité urinaire après le repas chez l'homme sain et chez les dyspeptiques. Thèse de Paris 1895.-



mente pequeña, su color directamente proporcional al peso específico, se hace mas obscuro.

No hemos encontrado en ninguno de nuestros casos, ni albumina ni urinas.

Estado general - Existen motivos mas que suficientes para que el estado general se resienta, asi en lo físico como en lo moral. Los dolores, la alimentación insuficiente, los vomitos repetidos, la sed, y el estreñimiento hacen que estos enfermos, desnutridos, de color gris terroso y sin fuerzas, presenten un caracter triste y abatido, con un aspecto que nos recuerda un tuberculoso en el periodo avanzado de la enfermedad.

La desaparición del parivulo grasoso y de la sustancia muscular se ve en el peso total del cuerpo, cuya medición hemos llevado a cabo en

nutriendole muy por debajo del que puede abarcar un adulto regularmente  
 nutrido en estado fisiológico. El sueño es superficial, agitado e intercum-  
 plido por pesadillas, aumentando el insomnio por la idea que los mismos  
 enfermos tienen de no poder conciliar el sueño, (observs. 2.<sup>o</sup> y 4.<sup>o</sup>). El pulso era  
 pequeño y blando y aunque no nos indica nada respecto al diagnóstico  
 de la afección, es no obstante, una buena guía, que nos ilustra sobre el es-  
 tado general. No existía elevación de temperatura, esta se mantenía nor-  
 mal, en unos casos y subnormal en otros demostrando la profunda altera-  
 ción del metabolismo nutritivo; sin embargo hemos podido apreciar en  
 uno de ellos ligera elevación térmica, debido sin duda a la infección gas-  
 trica producida por la fermentación anormal y absorción de productos  
 descompuestos, que introducidos en la sangre y no eliminados en canto-



hid suficiente por ser defectiva la depuración renal, dan lugar a verdaderas auto-intoxicaciones que disminuyen la resistencia orgánica y le hacen más vulnerable a todas las causas morbosas.

También existían fenómenos de orden reflejo, ya en el cerebro, (cefaleas, náuseas, vertigos) ya en el corazón y pulmones (disnea, palpitaciones) ya por últimos dolores vagos, móviles y fugaces y diferencias de temperatura en su cuerpo, frío en la mitad superior, y bañado en sudor copioso y caliente en la superior.

La tetania, síntoma nervioso que con razón ha llamado la atención de los médicos, es muy rara en la gastroenteria. La facilidad con que según algunos de los autores que de este punto se ocupan, se presenta después de vomitos y lavados gástricos, no se confirmó, en nuestros enfermos, pues es

los vomitaban frecuentemente y les lavaban el riñón todos los días en estomago  
ni que el estado febril se presentase.

Quando observamos las mudoridades de Bouchard, ni la icteri-  
a por congestión e infección hepática, raras por la cual, no me entretien-  
o en describirlas.



## Diagnóstico.

Que en nuestros casos se trataba de gastro-ectasia, lo abona cum-  
 plidamente la sintomatología que acabo describir; en ella se destacan  
 como caracteres de importancia, la amplitud de los límites del estómago, (cor-  
 adura mayor a dos y tres traveses de dedo por debajo del ombligo) sensa-  
 ción de plenitud y tensión en el epigastrio motivada por la retención  
 alimenticia, los vómitos abundantes y repetidos especialmente por la no-  
 che y por la mañana en ayunas de productos ingeridos uno o varios días  
 antes, los movimientos peristálticos exagerados, el síndrome de los doctores Ro-  
 bert y Roig, y el hemorragio gástrico apreciado por debajo del ombligo en un  
 momento en que ya el estómago debería hallarse completamente vacío.

Si individual y aisladamente, ninguno de estos síntomas tiene significación patognomónica, su conjunto, tal y como se ha observado, no autoriza a creer con seguridad de acierto, en lo que impropriadamente se ha llamado dilatación del estómago, y que hoy consideramos representada por sus dos factores esenciales: el aumento de la capacidad gástrica, acompañada de un trastorno de su motilidad, es decir, la insuficiencia motriz.

Descartamos desde luego la megalogastria, porque aun cuando en estos casos el estómago llega a alcanzar un volumen extraordinario, capaz de recibir, uno, seis o mas litros de comida, perceptible a la exploración física, sus funciones digestivas se cumplen bien y el sujeto no experimenta trastorno alguno que nos indique un estado morboso. No es más que un estómago grande.



La atonía gástrica - entendiendo por tal, una disminución de la tensión  
 del contenido estomacal, merece en concepto de Salvi, ser tenida en cuenta  
 para el diagnóstico. Este no ofrece dificultades en su concepto, por las mu-  
 chas diferencias que entre una y otra existen, pues mientras en la dila-  
 tación patológica son característicos, el trastorno motor y el aumento  
 de la capacidad del órgano, en la atonía, pueden no presentarse o lo han-  
 en un grado mucho menos pronunciado, hallándose el estómago libre de  
 su contenido, en el tiempo comprendido en los límites fisiológicos. Además,  
 a esto concede Salvi valor diagnóstico, el ruido de succión superficial  
 que se percibe con toda claridad, cuando se dan ligeras y superficiales  
 auscultadas sobre la pared gástrica, indica la existencia de una dis-  
 minución de la tensión del contenido estomacal, no perceptible en la

gastróctaria, sobre todo cuando es de origen pilórico.

Por último, el curso del padecimiento, progresivo y de avance en la gastróctaria, influye de tal manera en el estado general, que en el enfermo se revela la depauperación y miseria orgánica, propia del estado grave, al contrario de lo que ocurre en la atonía simple, susceptible de mejorarse aun curarse por una terapéutica sencilla, apoyada en los preceptos higiénicos.

También excluimos el descenso del estómago (gastroptosis de Glénard), viniendo en cuenta la gran cantidad de productos alimenticios en descomposición que el estómago de nuestros enfermos contiene en ayunas, el aspecto típico de sus materias vomitadas, la situación normal de la pequeña curvatura, la existencia del tormina ventriculi nervosa (Kussmaul), la polidip-



na y oliguria, por demás notables, y el estado de profunda alteración nutritiva, todo lo cual habla en pro de la gastroectasia y en contra del llamado descensus ventriculi; que aun puede evolucionar, sin manifestaciones importantes que le denuncien, ni incomodidades de mayor entidad que los pacientes pudieran revelar. Pero y todo, la una no excluye la otra; por el contrario es frecuente que a la gastroectasia acompañe la gastroptosis.

El diagnóstico con la dispepsia nerviosa, si bien no tiene interés hoy día, supuesto un examen atento, como dice Boas, hay sin embargo casos en que sus síntomas tienen tanto de común con la neuroprenia mecánica del estómago, que se hace necesario separar lo que a una y otra corresponden. Hablan en favor de la primera, la poca fijera de los síntomas, la no correspondencia de las molestias digestivas, con la cantidad y

solidad de los alimentos ingeridos, la falta de trastornos nerviosos pronunciados  
 as oscilaciones en la secrecion del jugo gastrico, sobre todo, en lo que al acido  
 los hidricos se refiere, encontrandose, hiper, hipó, y anaclorhidria en ciertos in-  
 tervalos de tiempo y la aparicion de sintomas neurastenicos, quizá de ori-  
 en reflejo procedente del estomago.

Lo contrario precisamente, acontecia en los casos observados como que  
 se demostró en la sintomatología.

El diagnostico con la ascitis, hidronefrosis etc, que algunos autores se en-  
 tretienen en establecer no se comprende ante un examen atencioso.

Pero no basta con reconocer la estasis gastrica, es necesario determinar  
 la causa que le dio origen.

La etiología de esta afeccion es múltiple y variada y nace de



particular tiene, que en algunas ocasiones haya dificultades para llegar a un conocimiento, sobre todo cuando se trata de formas poco pronunciadas; más en nuestros casos, tan claro y preciso era el conjunto de síntomas que formaban el cuadro clínico que no vacilamos en diagnosticar la estrechez del píloro. La ausencia de bilis en el jugo gástrico, excluyen su localización de la porción descendente del duodeno con la que se pudiera confundir.

Ahora bien, pudiera preguntarse de que variedad de estrechez se tratase. Los síntomas de ulcera, que según relato de los enfermos se presentaron antes de su ingreso en el hospital, como las hematemesis y deposiciones de aspecto de alquitran (melena) los dolores punzantes, dislacerantes y corrosivos que localizaban especialmente en el lado derecho y aparecieron después

de las comidas, el reflejo dorsal o raquidiano (dolor en la espalda); la exquisita sensibilidad de la región ocupada por el estómago, la hiperacididad del contenido gástrico que les producía dentura, y por último los traumatismos y la consideración sobre la región epigástrica en unos; los excesos alcohólicos en los otros y la edad en todos, nos hablan en favor de la úlcera que por el proceso de cicatrización se retrajo y dio lugar a que el píloro se estrechara más o menos completamente.

En la mayoría de naturalmente mesoplásica, por la larga duración del padecimiento, sin cambio notable en el cuadro clínico, por la edad de los enfermos, todos ellos jóvenes, la falta de tumor pilórico manifiesto, la ausencia de infartos de los ganglios supraclaviculares e inguinales, y por la ausencia de hidruria crónica.



Al lado de estas estenosis orgánicas, pudieramos colocar aquellas que son producidas por el espasmo del píloro solo o asociado a feúres, erosiões pequeñas, irritaciones etc, que forzando la musculatura gástrica dan lugar a una dilatación permanente del estómago; pero esto que puede admitirse para las pequeñas dilataciones, con traxtorios motivos de poca importancia, en manera alguna se acepta para las grandes estenosis con retención alimenticia abundante y seripre en aumento cuyas molestias martirizan continuamente a los enfermos. Evitábase pues de la estenosis cicatricial del píloro.

---

## Tratamiento.

Desde el momento en que el gastroectasiado se somete a nuestro cuidado y vigilancia, es nuestra obligación recomendarle y hacerle cumplir una serie de prescripciones higiénico dietéticas, que por sus beneficios resultados en la mayor parte de las gastropatías, pudieran llamarse de aplicación general. Consisten éstas, en el reposo físico, la tranquilidad moral, alimentación adecuada y conveniente, reclusión epigástrica etc. etc. que aun cuando por algunos se purgan como detalles insignificantes, y de poca importancia, se imponen sin embargo, y aun se hacen indispensables, para mas adelante establecer un plan curativo y definitivo.

No se me oculta que el tratamiento medico, es por si solo insuficiente para vencer el obstáculo pilórico, ni aun para susodicho



haciendo cuando es muy acentuado, pero tampoco se puede dudar de su eficacia como medio preparatorio y paliativo, a la vez que posterior auxiliar de la intervención quirúrgica, nunca capaz de asegurar la curación.

Mientras esto no suceda, necesario se hace combatir y acallar ciertos síntomas, que molestos unos y peligrosos para la vida del paciente los otros, no obligan a recurrir a los medios higiénicos, farmacológicos y psíquicos, los que prudentemente dirigidos ayudaron a sobrellevar la difícil situación.

Fixaremos preferentemente la atención en el régimen alimenticio de que han de usar estos enfermos, no solo por lo que se refiere a su cantidad, sino también a su calidad y frecuencia. Las comidas deben ser frecuentes pero cortas, al objeto de evitar que se acumulen

en la ampolla gástrica, muchos residuos, que descomprometidos su-  
o y fermentados no solo son inútiles, sino tambien perjudiciales, ya por  
el desarrollo de gases, ya por los principios tóxicos que originan.

No convienen en manera alguna, las sustancias líquidas y las gra-  
as, porque a mas de no absorberse por el estomago, le recargan conside-  
blemente, le fatigan y entretienen la producción líquida. Sin embargo  
la leche en pequeñas y repetidas cantidades, presta buenos servi-  
os por su gran poder nutritivo y el pequeño trabajo que demanda.

Los alimentos que por sus condiciones nutritivas, parecen mas in-  
diados son la carne asada, jamón raspado, pescados magros, huevos, espi-  
rácas, arveja de avena y pan tostado en pequeña cantidad, limitando  
lo posible la ingestión de líquidos, por exagerada que sea la sed.



Cuando los dolores son muy vivos y los vomitos frecuentes, creo no hay inconveniente en recurrir a la alimentacion rectal. Ya si que este procedimiento tiene sus contraindicaciones. Hay que tener en cuenta que son de ordinario mal tolerados, producen colicos y diarrea, se retienen dificilmente y sobre todo, en que su valor nutritivo es muy problematico.

Ninguno de estos inconvenientes hemos observado en nuestros enfermos, por el contrario, todos los soportaban perfectamente, sus molestias disminuian, y experimentaban relativo bien estar, sin duda por la restricción de los movimientos del estomago y por la ausencia de los vomitos, por demas motivos que ocasionaba la alimentacion por via gastrica. Ademas, teniendo en cuenta, que el piloro cerrado mas o menos completamente, impide la progresion del quimo hacia el intestino, organo principal de la absor-

ni, y que esta en el estirajo, se encuentra considerablemente disminuida  
abolida, la nutrición tiene que resentirse, las fuerzas del enfermo se debilitan y  
adalganamiento y la prostración vendrán a agravar la situación y a crear un obs-  
táculo para la intervención quirúrgica. Por estas razones pues, y a pesar de los  
parecidos en contra, creo indicada en estos casos la alimentación rectal.

Respecto a las bebidas, ya dejó indicado más atrás las reservadas de  
mitigarlas en lo posible; se prohibirán en absoluto el vino, la cerveza, sidra y en ge-  
neral todos los alcoholos y espirituos; la mejor bebida es el agua pura, administrada  
a cortos intervalos, en pequeñas cantidades. Pero esto, no basta para mitigar la  
sed exagerada (psalidemia que constantemente tortura a estos enfermos y como  
demás, el organismo corre los fatidicos riesgos de la deshidratación; se imponen  
enemas de ablandantes de 150 a 200 gramos de agua hervida, repetido dos



tres veces al día en el intervalo de los alimenticios. Con ellos, calmábamos a una red de nuestros enfermos, añadiéndole un poco de sal común. —

En estos casos de retención gástrica abundante, juega un papel de primera importancia y de gran valor paliativo, el lavado del estómago, cuya práctica por medio de la sonda, ha sido introducida por Kussmaul en la gastropatología.

No es que con el lavado nos propongamos realizar — como algunos equivocadamente creyeron — la antisepsia del ventriculo abdominal, ni mucho menos modificar su sentido favorable, las lesiones que puedan afectar en la membrana que internamente le reviste; no, el éxito terapéutico del lavado, se circunscribe únicamente en estos casos de estenosis pilórica a la limpieza mecánica, por arrastre, de los materiales estancados.

los y en fermentación, que al ser conducidos al exterior y dejar tiempo el  
 estómago, evitan el círculo vicioso y con él las molestias que le acompañan.

En nuestros casos, el efecto era inmediato; de su utilidad en un pa-  
 riente nuestra la desaparición del peso y plenitud del abdomen, aumento del apre-  
 to, y la disminución de la presión y de los vomitos, con un estado general, aun-  
 que pasajero, tan satisfactorio, que ellos mismos nos lo pedían a pesar  
 de las angustias por que pasaban.

Claro está que no es una operación exenta de inconvenientes, pero estos pueden dis-  
 minuirse y contrarrestarse, no lausiendo diariamente el órgano, empleando  
 agua simple y templada y proporcionando una inyección de suero artificial  
 de suero 250 c.c. Con este procedimiento no temamos que lamentar ninguno  
 de los accidentes que se le imputan, evitamos a todos, por esta razón sí



hiados, no como modificaciones de las lesiones anatómicas, ni como antisépticos  
 del estómago, repito, sino como medio mecánico de limpieza, siempre de su-  
 lidad en este caso. —

Con objeto de calmar la excitabilidad del sistema nervioso, que juega un  
 papel importante en la reproducción y duración de las crisis, se prescribirán  
 medicamentos sedantes del sistema nervioso. Los extractos de cáñamo  
 indiano, estramonio, belladona, beleño etc. Menos empíricamente esta  
 indicación. El reposo es también un excelente sedante del sistema ner-  
 voso. (Soupart).

La hiperacidia del jugo gástrico que por su acción irritante sobre la mu-  
 cosa provoca intensos dolores, es preciso combatirla, neutralizando el ex-  
 ceso de ácido, por medio de los alcalinos, dando la preferencia siempre a los

des de magneria, que tienen la ventaja sobre el bicarbonato de sosa, de ser mas duradera su acción, facilitar la digestión de los almidanos, previniendo el desarrollo de ácido de fermentación, y combatir el estreñimiento tan pertinaz en estos casos.

Para activar los movimientos expulsivos del estómago, recurrimos al extracto de uenaonica a la dosis de 0g. 02 que ha dado medianos resultados.

Combatimos el estreñimiento, no por los purgantes que consideramos como producentes, sino por las enemias de agua, con sal, jaban, glicerina, etc.

La sed, por las inyecciones de agua templada en el recto, (100 o 150 gramos) y asimismo por los trocitos de hielo, que se disuelven en la boca y se degluten porque líquidos por, excitan sobremodera la secreción.

Como facilmente se comprende, el tratamiento medico, en estas dilatacio-



nes de origen pilórico por retracción pilórica, no culpe unas que indicaciones  
ritmáticas y aun cuando, los dolores, vómitos, peristaltismo etc, se atenuan, es so-  
lo temporalmente, porque el obstáculo anatómico asentado al nivel del píloro  
persiste, los alimentos no pasan al intestino y las consecuencias de la inanición  
se agravan. En estos casos, no se puede esperar mas tiempo, hay que espe-  
rar, cuanto antes mejor.

## Tratamiento Quirúrgico.

Aceptada la necesidad de la intervención quirúrgica, preciso se hace elegir un método operatorio que por sus indicaciones y resultado consecutivos nos ofrezca mayores probabilidades de éxito, sin que esto sea obstáculo para que en el curso de la operación, pueda el cirujano modificarlo a voluntad, según lo exigen las circunstancias y posibles accidentes, no siempre fáciles de prever, pues sabido es, que por muy bien estudiados que sean los superiores y muy fundados y racionales los juicios que acerca de sus lesiones nos hallamos formado, hay siempre una diferencia notable, entre estos juicios y lo que la realidad ofrece, muy a menudo a veces para hacer variar un plan preconcebido.

Entre las operaciones propuestas figuran: la división digital del piloro, así



variada por Loreta de Polonia, la piloroplastia u operacion de Heinecke-Mickulsi, la pilonectomia y la gastro-entostomia.

La operacion de Loreta, es insuficiente y peligrosa; es insuficiente, porque aun cuando se consigue la dilatacion, que no siempre sucede, es tan solo temporal, momentanea, pues una sola sesion por violenta que sea, no consigue la curacion definitiva, el piloro se retrae de nuevo y hay que repetir la operacion. Su peligro estriba en la fuerte distension a que se someten los tejidos, los que no pudiendo resistir, ceden rompiendo, desgarrandose y dando lugar a hemorragias y accidentes serios que pueden terminar con la vida del paciente. Esta justamente abandonada

La de Heinecke-Mickulsi, aun cuando como la anterior, es muy sencilla, tiene el inconveniente en estos casos, de actuar sobre tejidos duros

de los vasos de la región pilórica, difíciles de suturar y de malas condiciones para una buena coaptación; además, no precave la recidiva, ni garantiza bien funcionamiento del asa duodenal.

La pilorectomía, si bien pudiera emplearse en estos casos, a más de ser una operación grave, cuya mortalidad, alcanza próximamente el 25 por 100, encuentra su indicación más formal, en aquellas estenosis del píloro que se reconocen por causa un proceso neoplásico, (cáncer) donde sus resultados son casi siempre satisfactorios; pero cuando, como de los que me voy ocupando, se trata de retracciones cicatriciales consecutivas a úlceras que a ese nivel se presentan, el método operativo indicado, no es otro que la gastro-entérostomía.

Esta operación, ideada por Mikulicz y practicada por primera vez



por Wölfler, consiste en establecer una comunicacion entre el estomago y el intestino delgado.

Es en las estenosis cicatriciales, la gastroenterostomia, verdaderamente curativa, puesto que crea un nuevo piloro y previene, la retraccion alimenticia, constituyendola de este modo, al retracido o completamente cerrado.

Muchos son los procedimientos que se han ideado para llevarla a cabo y casi todos adolecen de defectos, que pueden reducirse a dos puntos principales: la dificultad de la evacuacion gastrica, por la nueva via establecida, y la facilidad de que se produzca el llamado cirulo vicioso o reflejo de la bilis y jugo gastrico hacia el estomago.

Estos inconvenientes, han tratado de evitarlos por medio de modificaciones en los diferentes procedimientos operatorios los cuales perfeccionandose cada vez mas, demuestran los adelantos que se realizan en la especialidad.

La operación que llamada a cabo, en nuestros enfermos por los procedimientos de Roux y Hackel, y los resultados obtenidos, fueron en verdad maravillosos. Prescindiendo de los vomitos, consecuencia de la anestesia cloroformica, ninguna complicación de importancia vino a interrumpir el curso normal postoperatorio. Al primer y segundo día de la operación, dieta absoluta, permitiéndoles tan solo la alimentación mental; desde el tercer día, empezamos a abrumar los operados con caldos, café con leche, humos, sernola etc, haciéndoles volver poco a poco a la alimentación sólida ordinaria, que soportaban bastante bien. Levantados los apósitos, al hacer la primera cura encontramos la herida abdominal, casi por completo cicatrizada, permitiéndonos sacar los puntos de sutura de la piel, dos días mas tarde.

La mejoría fue tan rápida y siguió una marcha tan parecida en nuestros operados, que con pequeñas diferencias, y con arreglo a ellas, podemos en general, expo-



or los resultados por la operacion obtenidos, en la forma siguiente: los trastornos fun-  
 cionales desaparecen, los dolores, vómitos y eructos acidos, que tanto hacian sufrir a  
 enfermos antes de la operacion, cesan; el apetito renace, el estreñimiento desaparece  
 la acid. Ulega a mitigarse; el trastorno nistor del estomago de tanta trascendencia  
 a la gastroectasia, Ulega, paulatinamente, a desaparecer por completo, por con-  
 tado despues de la operacion no retiene mas tiempo del debido las sustancias alimen-  
 ticias. Esta modificacion, lenta, necesita varios meses y aun un mes para ser comple-  
 tamente normal. Es medida que los operados van alimentandose, el peso del cuer-  
 po aumenta, las fuerzas se van recuperando y el estado anemico desaparece.

El aumento de la capacidad tan notable en nuestros casos, por efecto del fun-  
 cionamiento del nuevo piloro, va disminuyendo paulatinamente, hasta ab-  
 bajar el nivel del umbiligo, reduciendose algunas veces a sus limites normales.

La secrecion, tan exagerada, como mas atras dejo expuesto, disminuye considerablemente, asi como tambien la hiperclorhidria.

El enfermo, antes superficial e intranquilo, se torna profundo y reparador de esta manera, recobrando los enfermos sus fuerzas asi vivas como muertas, fueron dados de alta, sin que de la operacion hallan quedado mas vestigios que las cicatrices del abdomen.



Observaciones.

Observación 1<sup>a</sup> Úlcera cicatrizada del piloro - Gastro-ectasia consecutiva, tra-  
 tada por Gastroenterostomía. —

J. R. de 26 años de edad, soltero y labrador, de constitución fuerte, dice por lo que  
 se relaciona con sus antecedentes, que le vienen sus padres y hermanos y gozaron de  
 buena salud.

No tuvo el enfermo ningún padecimiento anterior al que le molesta, del cual,  
 según él, viene sufriendo desde hace siete años. Refiere, que encontrándose  
 en aquella época trabajando en el campo, se le cayó una viga sobre el estómago,  
 produciendo casi sin sentido a consecuencia del tremendo golpe, que por el momento  
 produjo grandes dolores y ligeros escalofríos. Todo esto le obligó a guardar cama  
 por espacio de tres días, tuvo un vomito de sangre muy abundante después del

nal se sintió ligeramente aliviado y en condiciones de poder reanudar sus fa-  
 as. No lo tuvo sin embargo, con los bríos de antes; ni, por el contrario, un dolor difuso  
 que partiendo del epigastrio se irradiaba hacia la columna vertebral y los vómitos  
 se frecuentemente se repetían.

En estado, por cierto no muy satisfactorio, marchó a Cuba; no padeció  
 ni las enfermedades del país y su salud fue en general buena, viniendo solo  
 perturbada de vez en cuando por dolores y vómitos acostumbrados. Desde entonces co-  
 mence a preocupar el hecho de pasar, seis, nueve once y aun quince días sin  
 hacer deposición alguna, ni siquiera sentir necesidad de ello.

Conociendo con estos fenómenos, noto otro no menos digno de tenerse en  
 cuenta: dice que un día llegó a ver tan interesa que no contento con beber  
 varió unostillo de agua introducía la cabeza dentro de ella para ver si así



podia mitigar tan imperiosa necesidad de liquido.

A estos sintomas se agregaron luego, la pesadez del epigastrio, los eructos arrancados muy molestos, la frecuencia en los vomitos, la pectinacion en el estrechamiento y en general, se agravo el cuadro sintomatologico de tal manera que se vio obligado a negrarse a su cara. Respecto a los vomitos, dice que eran abundantes y en sus productos se reconocian restos de alimentos ingeridos dias antes (24, 20 y 26 horas de la ultima comida) y que cuando estos permanecian mucho tiempo en el estomago, eran grandes las pesadez y ardores por ellos producidos, asi como frecuentes los eructos fetidos y las eructaciones.

Despues de vomitar quedaba muy aliviado y con ganas de comer, cosa por la cual desde hace algun tiempo, no esperaba el enfermo a que

no vomito se presentase espontaneamente, sino que el mismo introducía sus dedos en el istmo de las fauces para provocarlo.

La materia vomitada, tenía un olor desagradable y su sabor era fuertemente ácido; a esta acidez era debido la aspersina que quedaba en los dientes (dentura) despues de vomitar; de ver en cuando acompañábanse pequeñas cantidades de sangre.

No podría acostarse sobre el lado derecho, (sintoma de los doctores Robert-Bois) de hacerlo, exacerbábase considerablemente su dolor epigástrico.

Preguntado respecto a la secreción urinaria, resultó hallarse su cantidad disminuida, pues según él no pasaba diariamente de unos 500 gramos.

En estas condiciones, el enfermo decayó en su nutrición y abatidas sus fuerzas, decidióse a ingresar en el hospital.



Los rictos subjetivos, algo mas accentuados, que los descritos al hablar del  
 numeromotorio patologico.

Los objetivos que hemos apreciar son los siguientes:

**Inspeccion ocular**— El enfermo se presenta con facies de sufrimiento, gran  
 emaciacion, palidez y con la piel un tanto seca; vomitaba todos los dias o  
 casi todos y sus materiales, eran tan abundantes en liquidos que algunos dias  
 llego a cinco litros. Descubierta el abdomen, apreciamos la region epigastri  
 algo deprimida, contrastando con un abultamiento que existio al nivel y por  
 debajo del ombligo, mas accentuado a la izquierda que a la derecha.

**Palpacion**— Por este medio provocabamos un intenso dolor en el punto de  
 el epigastrio; mediante el nos dimos cuenta del tamaño reducido,  
 hepatico o bursigues que se apreciaba a tres tranceros de dedo por debajo del

embargo:

Perusión— Esta no demostró que el estómago se hallaba dilatado; pero la  
 insuflación del órgano, no da cuenta de la sonoridad temporaria su-  
 ministrada por el estómago, que señalada con el lápiz dermatográfico, coincidía  
 en el límite obtenido por la palpación.

Cateterismo del estómago— con la sonda se extrajo ~~el~~ contenido, que  
 leonó a unos 500 gramos pudiéndose reconocer restos de comidas hechas 24  
 20 horas antes.

La coloración violeta de la orina por la prueba del salol (Ewald y Siemon)  
 pareció a las dos horas.

Los pasos de Corinto administrados el día anterior por el procedi-  
 miento de Strauss fueron extraídos al día siguiente con la sonda.



Lavado el estómago, y una hora después de haber tomado el desayuno de Ewald, extraímos unos 180 c.c. de jugo gástrico con sedimento de poca; su color normal color repugnante. Reacción al tornasol y al rojo Congo fuertemente ácida. Los reactivos de Giinshung (ferruglicina y vanililina) y de Ross demuestraron con el papel rojo de Congo la existencia de ácido clorhídrico libre. Al ácido lúctico lo demostró el reactivo de Muffelmann.

Querriéndonos en que la curvadura mayor del estómago se encuentra a tres traspases de dedo por debajo del ombligo, que a este nivel se percibe el bariquero gástrico en algunas, en que hay sensación de peso, frecuentes regurgitaciones, y eructos fétidos, motivados por estancación gástrica, creemos en un caso de gastro-ectasia.

Rememando presente, que hace tiempo el enfermo vomita, sino todo, la mayor parte de lo que come, que en sus productos se encuentran restos de comidas verdaderas

algunos días antes, que tiene estreñimiento perstirio, rebelde a los purgantes,  
 se hay en él una marcada polidipsia, gran disminución de orina y gusación  
 de hambre, todo esto unido a la existencia del fenómeno llamado por Kussmaul  
 "resaca ventricular nervosa", nos inclinan a admitir a pesar de la edad  
 del individuo, la etiología de la afección, la hiperclorhidria actual y las he-  
 matemias anteriores, en la existencia de una estenosis pilórica, producida por  
 una obstrucción cicatricial. —

Se ensayaron algunos tratamientos médicos, como el de Sebrst o de la  
 ura sea y como no dió resultado alguno satisfactorio, se acousió la inter-  
 vención quirúrgica, que consistió en la gastroenterostomía por el procedi-  
 miento de Hacker.

El curso post operatorio, no pudo ser mejor; desde el día de la operación



hasta el en que se levantó el apósito (ocho días después) ni una sola molestia,  
excepción de los vómitos producidos por el clorofornio, aquejó nuestro operado;  
los días después sacamos los puntos de sutura de la piel y la herida abdomi-  
nal aparece perfectamente cicatrizada. Quince días más tarde, fui dar-  
lo de alta, sin que le molestara ninguno de los fenómenos anteriormente  
citados y con un estado general muy satisfactorio abandonó el hospital  
para dedicarse a sus trabajos habituales.

---

Observacion 2.<sup>a</sup> Úlcera ulcerada del piloro - Gastrostomía traída por gastroenterostomía.

N. A. de 23 años de edad, soltero, jornalero, y sin antecedentes hereditarios dignos de mención, refiere: que desde hace algún tiempo y a consecuencia de excesos alcohólicos, empezó a sentir sensación de peso y plenitud en el estómago, al mismo tiempo que ardores y eructos ácidos y fétidos; estas molestias disminuían considerablemente a medida que el enfermo lograba por medio del vomito que el mismo provocaba, expulsar su contenido estomacal. Del mismo modo desaparecía un intenso dolor que desde el epigastrio terminaba en la región dorsal.

Forma estrechamente tenui pertinax que solo eran capaces de vencerle, los emélicos y purgantes drásticos; a veces pasaba doce días sin depositar.



La orina escasa y la sed muy viva. Concomitante con estas alteraciones del aparato digestivo, apreciaba el enfermo diferencias de temperatura, en su cuerpo, frío en la mitad inferior y bañada en sudor copioso y caliente la superior.

Con un régimen apropiado se mejoró notablemente. Al año de comenzar una afección, se exacerbaron de nuevo los dolores, las malas digestiones se hicieron muy frecuentes los vómitos, expulsando con ellos alguna cantidad de sangre así como deposiciones casi negras, en vista de lo que y viendo que sus fuerzas disminuían, se decidió a ingresar en el hospital.

A nuestra observación, se presentó, el enfermo decaído, triste y abatido acusando malas digestiones y dolor gástrico intenso sobre todo a las dos horas después de comer. La lengua saburrosa y húmeda.

da y el resto de los síntomas ya indicados por el paciente, mas acentuados que al  
comienzo de la afección.

A través de la pared abdominal delgada, percibimos las contracciones  
del estómago cuya dirección parecía ser desde el lado izquierdo hacia el  
derecho y que Russmann llamó inquietud peristáltica del estómago.

La palpación era dolorosa hacia el límite derecho del epigastrio.

Prima inspección del estómago, por el procedimiento de Muenchberg, percuti-  
mos y auscultamos dándonos así cuenta de la sonoridad timpánica del  
estómago y fijando el límite superior a algo ~~algunos~~ <sup>mas</sup> ~~de~~ <sup>de</sup> dos  
trios de dedo de la cicatriz umbilical. A este nivel próximamen-  
te percibimos el chapoteo con bastante claridad, a pesar de estar en aque-  
llos el enfermo.



Con la sonda se extrajeron los alimentados contenidos en el estomago y pu-  
 o observarse a mas de su cantidad enorme, que contenia restos de comidas  
 has algunos dias antes. Como hecho curioso, refiere este enfermo que habien-  
 o comido unas uvas en el mes de Julio, expulsó sus huesos por el vomito, en  
 de octubre del propio año. La coloracion violeta de la orina (Brodal y Finas) apa-  
 ra a las dos horas proximanente.

Tratado el jugo gástrico, se encontro acido clorhidrico libre por medio del  
 papel de rojo Congo, comprobado por las reactivas Guinburg y Boas.

El vido tarda en aparecer en la saliva 4.5 minutos.

Se le sometio a las lances del estomago, alimentacion solida y de facil diges-  
 ion. El tratamiento medico se limito a cubrir indicaciones sintoma-  
 ticas, y como esto no dio mas resultado que lo que eran de esperar, se recur-

io a la intervención quirúrgica, que consistió en la gastroenterostomía por el procedimiento de v. Hacker, gastroenterostomía posterior transmesocolica.

Durante la acción quirúrgica pudo apreciarse el aumento de volumen de la capacidad del estómago, llamando la atención el anillo cicatricial por su gran espesor que alcanzaba.

Durante el día de la operación se presentaron los vómitos que combatí-  
mos por el hilo; al día siguiente algunos dolores y ligera elevación térmica  
por la noche 38°; al tercer día desaparecieron con los vómitos, los dolores y la tem-  
peratura era normal. Se levantó el apósito al séptimo día de la opera-  
ción y la herida estaba cicatrizada, excepto en dos puntos que se habían  
sgarrado, y veinte días después de la operación, sale del hospital perfec-  
tamente curado, habiendo aumentado su peso en dos kilogramos.



Observacion 3.<sup>a</sup> Gastroectasia consecutiva a la retraccion cicatricial del piloro, tra-  
da por gastroenterostomía —

M. L., joven, marineró no guarda recuerdo alguno de enfermedades digesti-  
as en sus accendientes y colaterales. Su salud, fue buena hasta la edad de 23  
años que comenzó a padecer del estómago. Atribuye su enfermedad a trasgre-  
siones dietéticas, abuso alcoholico y empíamienos supridos en su ocupacion su-  
a y penosa. Segun relata, comenzó a sentir despues de comer una sensacion  
horstura toon molesta, que le parecia estar lleno hasta boca; al mismo tien-  
po, experimentaba algunos dolores gastrálgicos, con eructos, nauzeas y pirosis  
al fin, tras un tiempo que no era siempre igual, le acometia el vomito; este  
al principio era facil, formado por alimentos ingeridos en comidas anteriores  
alguna vez los acompañaba sangre, en parte líquida y en parte coagulada.

A pesar de las molestias ocasionadas por el padecimiento, conservaba inalterable su apetito. El dolor epigástrico que se irradiaba a la espalda, disminuía por todo, después de los vomitos y adoptando el enfermo el decubito lateral izquierdo, precisamente lo contrariopendiendo se hacia sobre el opuesto.

Minime durante unos meses merced a una terapéutica bien dirigida, los hematemias desaparecieron, los vomitos eran más raras y los dolores no tan intensos.

Poco tiempo duro esta mejoría, después de este periodo de calma, reapareció con los dolores, sobrevinieron los vomitos, escasearon las deposiciones y el enfermo en fuertes perosis, malas digestiones y sensación de hartura después de comer, me disminuí sus fuerzas y como no encontraba alivio entre los miembros reuní que ensayo, ingresó en el hospital.



Deteriorado su organismo, por las causas dichas, presentare el cuadro sintomatológico de orden subjetivo, muy parecido, aunque con mayor intensidad, que anteriormente descrito.

Por lo que respecta a los fenómenos de orden objetivo, hemos podido apreciar lo siguiente: abultamiento poco marcado del abdomen, al nivel y por debajo del ombligo.

La palpación, permitió apreciar, aunque en grado débil, visibles movimientos ondulatorios de izquierda a derecha y despertaba un dolor débil en toda la zona gástrica. El gorgoteo estaba perfectamente claro en una zona cuyo límite inferior correspondía a tres traveses de dedo por debajo de la cicatriz umbilical.

Por la percusión simple y auscultada, adquirieron el commencement de

que el estómago era mayor que en estado normal, llegando su brinde inferior al punto indicado por Barueki. Para esta observación seguimos el procedimiento de insuflación de Rummelberg.

Con la sonda gástrica extrajimos el contenido estomacal, de consistencia líquida, de color caoba con restos de alimento ingeridos dos y tres días antes del momento del examen.

La coloración violeta de la orina, por el procedimiento de Ewald y Sevier, hizo su aparición a las dos horas y cuarto de haber ingerido el salol.

Las pasas administradas el día anterior se encontraban al día siguiente en el contenido estomacal.

La absorción gástrica, hallábase notablemente disminuida, como se veía el hecho de no aparecer la reacción del iodo en la saliva hasta para-



50 minutos de haber administrado el yoduro potásico.

Medida la cantidad de orina eliminada en las 24 horas, no pasaba de 100 gramos; era obscura y tenía bastantes fosfatos.

Sometiere a los lavados gástricos y alimentación sólida. Los medicamentos igual delos casos anteriores, cubrían indicaciones sintomáticas.

Con todos estos datos, hecho ya el diagnóstico, se propuso al enfermo la operación y aceptada que por éste, se llevó a cabo por el procedimiento Roux, por la inyección de suero artificial.

Durante la operación, pudieron apreciarse, una gran dilatación, hiperesplasia considerable de la tímica muscular y ligera tumefacción en la región lórica. El curso post operatorio, es regular y a los ocho días se le hizo la primera cura; cuatro días mas tarde se sacaron los puntos de sutura y una

La devuelta la tranquilidad y la salud perdida, el enfermo abandono el hospital.



Observación 4.<sup>a</sup> Retracción cicatricial del píloro. Gatroectasia consecutiva. gastro-  
tostomía.

A. P... de 28 años de edad, de oficio abañil, no padeció otras enfermedades que  
propias de la infancia.

Atribuye el origen de su mal, a continuas transgresiones en el régimen ali-  
menticio y sobre todo a los excesos alcoholicos. Dice, que estando trabajando, se le presen-  
ta de repente, a las dos horas de haber comido, un intenso dolor en el estómago, que se  
dirige hacia el dorso y fue seguido de eructos de mal olor y muy repugnantes; que  
aliviaban por el vomito al cual, a más de los alimentos acompañaba alguna san-

Este trastorno continuó molestando al enfermo, si bien algo menos prom-  
tos, hasta que hacia próximamente un año se exacerbó y sin interrupción  
margó los días de la existencia.

Las digestiones eran difíciles y tardías y siempre acompañadas de una sensación angustiosa de peso y tensión en el epigastrio; el dolor muy intenso en el estómago sobre todo después de comer y los vómitos muy abundantes con parte de los alimentos que el día o días anteriores habrían deglutido el paciente. A pesar de todo esto el apetito estaba aumentado y la sed era viva; por el contrario, las funciones intestinales eran pesosas, y algunas veces se interrumpían ocho, diez o más sin deponer; la cantidad de orina eliminada era menor que la normal, puesto que en las 24 horas solo expeleía 800 c. c. siendo esta de un tipo y con sedimentos fosfáticos.

Tiene sudores profusos, extremidades frías, pesadez de cabeza y palpitations; el sueño era intranquilo e interrumpido por pesadillas y la demeritacion grande como lo revela el peso total de su cuerpo de 8 kilogramos.

La piel es mucosas de un color pálido, indican ese estado anémico y



deprimi6n de animo esta representada por su cara triste; la lengua es ancha y es-  
sahumal.

La palpaci6n, despista algunos dolores; el examen por medio de aspiraciones de agua  
y el potamiento a' fin de provocar las contracciones del est6mago no di6 resultados  
positivos.

Practicada la anterior investigaci6n, pudo apreciarse el bari6queo g6strico en  
una muy estensa zona que alcanzaba a' unos de dos traveses de dedo por debajo del om-  
blio.

Previo insuflaci6n del est6mago, por el procedimiento Rumenberg, percutido y bomo  
dedo apreciar un area de timpamismo g6strico que coincidi6 con la marcada por el  
bari6queo. La auscultaci6n, ningun dato nos proporciona que merezca consignarse.

Con la r6nda extrafuimos el jigo g6strico una hora despues de haber adminis-

do una terna de teñir ambar y un paucillo, (Ewald) y nos dio el resultado siguiente: cantidad recogida 190. c.c.; color normal, filtración regular; sedimento de pan alimenticio, reacción fuertemente ácida demostrada por el tornasol y rojo de Congo; ácido clorhídrico libre comprobado por los reactivos Ginnburg y Poas; reacción negativa con el Uffelmann; ácidos y pigmentos biliares, no existen por ser negativas las reacciones de Antoper y Gmelin. —

La prueba de las parásitos, de Straus, demostró la existencia de la uniparásitosis, porque a la mañana siguiente se le extrajeron con la sonda, restos de las citadas parásitos. El método del salol de Ewald y Huber nos permitió reconocerlo en la orina por medio del perchloruro de hierro a las tres horas de ingerido, dejando de presentarse la reacción ileta a las 24 horas.

El yodo aparecía en la saliva 50 minutos después de administrarse el yoduro potásico.



Como el tratamiento dietético asociado al farmacológico no diere resultado alguno satisfactorio, decidiose la intervención quirúrgica que fue aceptada por el enfermo.

Después del lavado del estómago y una inyección de suero, se le practicó la gastrostomía por el procedimiento de Roux.

Abierta la cavidad abdominal, se apreció la dilatación del estómago, y el ensanchamiento del píloro.

Durante el día de la operación tuvo vomitos y ligera elevación térmica  $37^{\circ}9$ , en el segundo día algunos dolores en el abdomen que desaparecieron con un enema de hipocloro, y pudo descansar por la noche; desde el tercero el curso postoperatorio, fue excelente.

Se levantó el apósito a los ocho días apareciendo la herida abdominal perfectamente

reintegrada, dos días mas tarde sacamos los puntos de sutura de la piel y tres días despues de la operación salió del hospital con un peso de 51 kilogramos en estado general muy satisfactorio



## Conclusiones

No es lo mismo dilatación de estómago, que gastroectasia; la primera, significa simple aumento de la capacidad del órgano, la segunda, implica además la insuficiencia muscular.

Quedan las causas divididas en dos grupos: intrínsecas o del órgano, y extrínsecas o de lo que le rodea; las primeras son las más importantes, y entre ellas ocupa lugar preeminente la estrechez del píloro.

De la diversidad de orígenes, dependen las diferentes formas morfológicas.

No hay síntomas patognómicos de la gastroectasia; éstos quedan divididos en subjetivos y objetivos; los primeros dan tan solo probabilidad, los segundos aseguran el diagnóstico.

En nuestros casos, la gastroectasia era consecutiva a la retracción cicatricial de úlceras que habían existido en el piloro y sus inmediaciones.

El diagnóstico diferencial se establecerá con la megalogastria, gastritis (glenoid) atonia y la dispepsia nerviosa.

El pronóstico es grave.

El tratamiento se divide en médico y quirúrgico; el primero cubre todas las indicaciones sintomáticas, el segundo es curativo.

Entre los procedimientos operativos propuestos en estos casos, ocupa lugar preferente la gastroenterostomía.

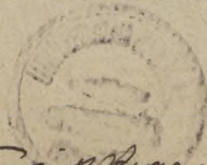
Los resultados serán tanto más satisfactorios cuanto más pronto se opere.

Madrid P. de Junio de 1905.

Admiral

J. V. Valera

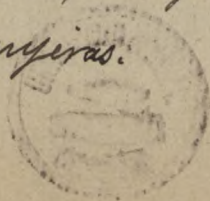
Manuel Novoa y Riego





## Bibliografía.

- Ainslie - Tratado enciclopédico de Patología médica y terapéutica.  
 Astori - Medicina clínica y terapéutica.  
 Behr - Tratado de Patología interna y terapéutica.  
 Bernheim y Laurent - Tratado práctico de Medicina clínica y terapéutica.  
 Charcot, Bouchard y Brissaud - Tratado de Medicina.  
 Bouchard - Enciclopedia de Patología general.  
 Boas - Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del estómago.  
 Von Mering - Patología interna.  
 Cahli - Métodos de exploración clínica -  
 Siquinault - Les dilatations de l'estomac.  
 Cholot - Tratado elemental de Medicina y cirugía operatorias, y  
 Varios revistas médicas españolas y extranjeras.



Moanet 30 de Junes de 1674

Certificacion obtenida de Sobrecienso

Noticia Collige

Mano Jimena

El Sr. D.

Don Juan de los Rios y Lara

Pedro de Alarcon

Don Juan de los Rios y Lara



