3065

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LAS ESTRECHECES DEL PÍLORO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JULIO ALONSO UBALLES

Ex interno del Hospital de Clínicas

BUENOS AIRES

6819 — Imp. MARIANO MORENO, Corrientes 829

1899

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LAS ESTRECHECES DEL PÍLORO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JULIO ALONSO UBALLES

Ex interno del Hospital de Clínicas

BUENOS AIRES

6819 — Imp. MARIANO MORENO, Corrientes 829

1899

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE E. DEL ARCA.

Vicedecano

DR. D. JOSÉ T. BACA.

Académicos Titulares

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.
» » JOSÉ T. BACA.
» » RAFAEL HERRERA VEGAS.
» » JACOB DE TEZANOS PINTO.
» » EUFEMIO UBALLES.
» » JUAN R. FERNÁNDEZ.
» » ENRIQUE E. DEL ARCA.
» » PEDRO N. ARATA.
» » MANUEL BLANCAS.
» » ROBERTO WERNICKE.
» » PEDRO LAGLEYZE.
» » JOSÉ PENNA.
» » LUIS GÜEMES.
» » ELISEO CANTÓN.
» » GREGORIO N. CHAVES.

Académicos Honorarios

DR. D. ERNESTO ABERG.
» » PABLO MARENGO.
» » EDUARDO WILDE
» » MARTÍN SPUCH.
» » TELÉMACO SUSINI.
» » EDMUNDO NOCARD.
» » EMILIO R. CONI.

Secretario Titular

DR. D. LUIS M. ACUÑA.

Prosecretario

DR. D. ZENÓN AGUILAR.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan José Naón.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Fisiología general y humana	»	Pedro J. Coronado
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Higiene pública y privada	»	Melitón G. del Solar.
Patología externa	»	Obdulio Hernández.
Patología interna	»	José Penna.
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriología	»	Carlos G. Malbrán.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y su Clínica	»	Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y su Clínica	»	Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y su Clínica	»	Domingo Cabred.
Enfermedades génito-urinarias	»	Federico Texo
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Julián Aguilar. Antonio C. Gandolfo. Alejandro Castro.
Clínica médica	Dres.	Gregorio N. Chaves. Abel Ayerza Luis Güemes. Francisco A. Sicardi.
Laringología, otología, rinología	Doctor	Eduardo Obejero.
Obstetricia y Clínica respectiva	»	Samuel A. Molina.
Medicina legal	»	Francisco de Veyga.
Toxicología	»	Juan B. Señorans.
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata.
Física médica	»	Jaime R. Costa.
Zoología médica	»	Eliseo Cantón.
Botánica médica	»	Martín Spuch
Botánica farmacéutica	»	Adolfo Mujica.
Química analítica	»	Atanasio Quiroga.
Farmacia teórica	»	Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	»	J. Manuel Irizar.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernández.
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda.
Dentisteria operatoría	»	León Pereira.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutiérrez.
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid.
Fisiología general y humana		Horacio G. Piñero.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Gregorio Aráoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica	Dres.	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Higiene pública y privada	»	Enrique Revilla. Ricardo Schatz.
Patología externa	»	Pascual Palma. Daniel J. Cranwell.
Patología interna	Doctor	Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica	»	José Badia
Bacteriología	»	Vacante.
Medicina operatoria	»	Nicolás Reettpo.
Enfermedades de mujeres y su Clínica	Dres.	Alfredo Lagarde. José F. Molinari.
Enfermedades de niños y su Clínica	»	Antonio F. Piñero. Facundo Larguía.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Francisco Barraza. Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José A. Estevez. José R. Semprún.
Enfermedades mentales y su Clínica	Doctor	Benjamín T. Solari.
Enfermedades génito-urinarias		Vacante.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Juan B. Justo. Diógenes Decoud. Alejandro Posadas.
Clínica Médica	»	Julio Méndez. Ignacio Allende. Patricio Fleming
Laringología, otología, rinología	»	Wenceslao Tello. Eliseo V. Segura.
Obstetricia y Clínica respectiva	»	Luis F. Vila. Fanor Velarde
Medicina legal	Doctor	Domingo S. Cavia. .....,
Toxicología	Doctor	Juan Alba Carreras.
Química aplicada á la Medicina	»	Francisco P. Lavalle.
Física médica	»	Juan J. Galiano.
Zoología médica		Vacante.
Botánica médica	»	Lucio Durañona
Botánica farmacéutica		Vacante.
Química médica	»	Francisco B. Reyes.
Farmacia teórica	»	Juan A. Dominguez.
Farmacia práctica		Vacante
Obstetricia para alumnas parteras	»	Enrique Pietranera.
Odontología		Vacante.
Dentisteria operatoría		Vacante.

PADRINO DE TESIS

Dr. Manuel Blancas

A mi querido tío

Dr. Eufemio Uballes

A mis padres

Señores Académicos:

Señores Profesores:

En el estudio de las afecciones del estómago, se ha iniciado una evolución, digna del mayor elogio, no solamente porque tiende á simplificarlo, sino también, porque está de acuerdo con los nuevos datos anátomo-fisiológicos.

Hasta hace poco tiempo, los autores, alentados por el perfeccionamiento obtenido en los medios de investigación, crearon diversas entidades autónomas, algunas de las cuales la clínica sensata muchas veces rechazó.

Hoy que un control más científico permite apreciarlas en su justo valor, vemos que algunas de ellas deben con justicia desaparecer: la gastrosucorrea y la dilatación primitiva se encuentran en estas condiciones.

En efecto; los progresos realizados en la fisiología normal y patológica, han demostrado el rol tan importante que el píloro desempeña en la mayor parte de las enfermedades del estómago, á tal punto que se ha llegado á decir, que su espasmo domina la patología gástrica. Es en sus alteraciones, tanto

primitivas como secundarias, que debe buscarse la causa de esos conjuntos sintomáticos, que tantas veces ha sido desconocida asignándole otro origen.

Conjuntamente con esta nueva concepción patogénica, se ha verificado un cambio, que es su consecuencia en el tratamiento de esas afecciones en el cual, la creación de un nuevo píloro ó que llene las funciones de tal, es su objeto más importante.

Al elegir para tema de tesis, las estrecheces del píloro, me he propuesto tratar aquel punto de patología y la intervención quirúrgica que es su corolario, según las prescripciones de actualidad. Al hacerlo, no he tenido de ninguna manera la injustificada pretensión de acercar conocimientos de importancia, para la dilucidación de esta cuestión, sino que he buscado simplemente referir el estado actual de los conocimientos á su respecto y dejar constancia de los hechos observados entre nosotros, de los cuales dan testimonio las historias que complementan este trabajo inaugural.

Mi agradecimiento más profundo hacia los doctores Blancas, Ayerza, Sicardi y Gandolfo, especialmente al primero, que me hace el honor de acompañarme en este acto.

Anatomía y fisiología del píloro

El píloro es el orificio que pone en comunicación el estómago con la primera porción del intestino delgado ó duodeno.

Situado en la extremidad inferior de la pequeña curvatura, como sirviendo de unión entre ésta y la mayor, es fácil reconocerlo, por una estrechez que lo separa del duodeno y por su dureza mayor á la palpación.

Sus relaciones como su dirección varían, según que el estómago se encuentre en el estado de vacuidad ó de plenitud. En el primer caso, el más importante, se presenta con una dirección, de arriba hacia abajo y de izquierda á derecha, continuando el eje longitudinal del estómago y siendo su punto más declive. Su cara anterior se encuentra en relación con la cara inferior del hígado, casi en contacto con el borde inferior, con la cara interna de la vesícula biliar y más raramente con la pared abdominal; su cara posterior responde á la columna vertebral á la altura de la primera vértebra lumbar, de la cual la separan la arteria hepática y la vena porta; su borde

superior cóncavo al pequeño epiplón y el inferior convexo en contacto con la cabeza del páncreas.

En el estado de plenitud, gracias á su movilidad relativa estas relaciones se modifican sensiblemente; así tenemos, que la dirección de su eje, que era de arriba hacia abajo, se hace horizontal ó ligeramente ascendente y sus relaciones que correspondían á su situación en la línea media también se modifican, pues sufre un desplazamiento hacia la derecha de tres á cuatro centímetros, pudiendo en casos de distención extrema del estómago llegar á siete centímetros.

Estos datos anatómicos del píloro, no están de acuerdo con los que hacen la mayoría de los autores, pues corresponden á una dirección casi vertical del gran eje del estómago y á su situación á la izquierda de la línea media, comprobados en numerosas autopsias y operaciones por observadores como Doyen y otros.

El píloro se compone además de la serosa exterior de un esfínter y una válvula. El esfínter es nada más que la capa de fibras circulares del estómago, espesada de tal modo, que no teniendo más de medio milímetro, llega en esta región á tres y cuatro; termina bruscamente del lado del duodeno, para formar un anillo de un centímetro de diámetro aproximadamente, revestido por la mucosa espesada á este nivel y saliente hacia adentro, constituyendo la válvula pilórica. Mirada del lado del duodeno esta válvula es perpendicular á la pared, pudiendo com-

pararse á un diafragma; del lado del estómago ella no es tan aparente y más bien parece la terminación de un embudo.

La irrigación como la inervación del píloro, se hacen por medio de ramas desprendidas de los troncos que van al estómago. Últimamente Openchonski ha descripto grupos ganglionares independientes del plexo de Auerbach y que recuerdan por su estructura los del corazón.

Ocupando el píloro la parte inferior y de más declive del estómago, la estadía de los alimentos en esta víscera sería casi nula si este orificio no se modificara; pero desde el momento que los alimentos, sean sólidos ó líquidos, se ponen en contacto con las paredes del estómago, el píloro se contrae enérgicamente y así permanece hasta que la acción de los jugos digestivos haya sido suficiente para darles la transformación necesaria en quimo. Es lo que se observa en el perro si se hace el tacto digital del píloro en el período de la digestión estomacal, como también clínicamente se puede apreciar si se estudia la digestión en los dispépticos.

Ahora bien; se creía hasta hace poco, que el estómago colocado en una situación casi horizontal, necesitara para vaciar su contenido de una acción poderosa de sus túnicas musculares y que el píloro, colocado en un punto mucho más elevado que el

límite inferior del estómago, desempeñara un rol casi pasivo. Hoy contrariamente sabemos, que el estómago es casi vertical, que en los casos de mayor repleción fisiológica el píloro se encuentra á cuatro ó cinco centímetros encima del nivel inferior del fondo de saco prepilórico y que la mayor parte de los ingesta pasan obedeciendo á las leyes de la gravedad del estómago al duodeno, desde el momento que el esfínter relajando sus fibras se entreabre. Si así no fuera no se explicaría cómo en las gastritis por ingestión de substancias cáusticas resultara el píloro el punto más lesionado.

El estómago en una digestión normal solamente efectúa movimientos vermiculares, que tienen por objeto realizar una mayor mezcla entre el jugo gástrico y los alimentos. Únicamente en los casos de distención pasiva las fibras longitudinales y oblicuas contrayéndose enérgicamente elevan el antro prepilórico y enderesan la pequeña curvatura, facilitando así el pasaje de los alimentos.

Etiología y patogenia de las estrecheces pilóricas

Para que los alimentos, obedeciendo á las leyes de la gravedad, pasen del estómago al intestino, es necesario que el equilibrio fisiológico que existe normalmente entre dos fuerzas contrarias, la una que llamaremos potencia y la otra resistencia, no se

altere. La potencia se encuentra representada en este caso por la musculatura gastro-duodenal y la resistencia por tres factores diferentes, que son: 1º, el pasaje de una cavidad más amplia á otra más estrecha; 2º, la cantidad y calidad de los alimentos, y 3º, la diferencia de nivel entre el antro prepilórico y el píloro.

Si cualquiera de estas causas se modifica, ya sea la potencia disminuyendo la energía contráctil de la musculatura gastro-duodenal ó la resistencia, aumentando de intensidad en uno ó varios de sus factores, tendremos, que el equilibrio mecánico se habrá roto y por lo tanto se producirá un retardo en la evacuación de los ingesta.

Esta concepción ó vista patogénica del retardo en la evacuación del estómago por su contenido, podría tal vez tacharse de ser más teórica que práctica, á causa de que en la mayor parte de los casos estos diversos factores se encuentran más ó menos reunidos ó combinados, siendo difícil afirmar la parte que ha correspondido á uno ú á otro, pero en cambio ella aclara y facilita singularmente el estudio de numerosas afecciones cuya evolución era bien poco conocida hasta hoy.

Ahora bien; por los progresos de la fisiología y por los estudios clínicos comprobados por la anatomía patológica, realizados en estos últimos años por autores de reconocida competencia, se puede asegurar, que las modificaciones del primer factor de la resistencia, pasaje de alimentos de una cavidad más

amplia á otra más estrecha ó más claramente alteraciones del píloro, desempeña un rol mucho más importante que todas las demás similares reunidos. No solamente él se enferma y produce con frecuencia estrecheces de diversa naturaleza, sino, que secundariamente todos los otros factores reaccionan después de más ó menos tiempo sobre él, provocando lesiones más ó menos intensas, pero que hacen que á la larga sea su sintomatología la que domine el cuadro mórbido.

Es por eso que su estudio como factor etiológico, ha adquirido tanta importancia en estos últimos tiempos.

En efecto; si nosotros aceptamos como una ley fisiológica, que el píloro no deja pasar los alimentos hasta que no hayan sufrido la transformación necesaria, tendremos que las alteraciones del quimismo estomacal, de origen funcional ú orgánico, provocadas casi siempre por las alteraciones del segundo factor de la resistencia, repercutirán de una manera evidente sobre el píloro. Éste á su vez produciendo su espasmo, exigirá un aumento de trabajo á la musculatura gastro-duodenal ó factor potencia, que si en un primer período llega á compensar el aumento de la resistencia, á la larga será vencido conjuntamente con un aumento del tercer factor ó descenso del antro-prepilórico. Otras veces no es ya secundariamente que él se altera, sino que las lesiones se localizan desde el primer momento sobre él, provocando un proceso cuya evolución patológica es más ó menos análoga al caso anterior.

De aquí numerosas consecuencias.

Afecciones consideradas hasta hace poco como entidades primitivas é independientes, tales como la gastrosucorrea y la dilatación de estómago, dependen ó se encuentran ligadas en su gran mayoría á estrecheces orgánicas ó espasmódicas del píloro.

Cuando Bouveret y Devic hicieron del sindroma de Reichman una enfermedad, no faltaron autores que hicieran notar la analogía de síntomas que presentaba con las estrecheces pilóricas. Los trabajos se sucedieron, tanto en las mesas de autopsias, como en los casos en que por error se intervino quirúrgicamente, y hoy la cuestión ha llegado á tal punto, que autores como Hayem, Boas, Schreiber, y otros, sostienen: que no hay gastrosucorrea sin estrechez orgánica y que las dos palabras deben ser sinónimas. Ultimamente Linosier (de Lyón) analizando detenidamente la cuestión, llega á la conclusión, de que es posible reconocer cuatro tipos patológicos diferentes, que son los siguientes:

1°, gastrosucorrea primitiva sin estrechez pilórica; 2°, gastrosucorrea primitiva con estrechez pilórica espasmódica consecutiva; 3°, gastrosucorrea primitiva con úlcera y estrechez pilórica anatómica consecutiva; y 4°, gastrosucorrea por retención consecutiva á una estrechez pilórica. De estas cuatro variedades, cree más frecuente la última y más rara la primera.

Es algo difícil, con los datos de fisiología que he citado, comprender cómo la alteración secretoria,

caracterizada por la gastrosucorrea, no reacione ni aún secundariamente sobre el píloro. Creo que es mucho más razonable aceptar, en lo que Linosier hace un tipo, un grado de evolución en la enfermedad, caracterizado porque el factor potencia compensa el aumento de la resistencia. Es lo que confirma también tanto la sintomatología, como el desenvolvimiento de la enfermedad. En efecto; si observamos los síntomas, vemos que ellos son los mismos que en los otros tipos, más esbozados es cierto, ó que todavía no han aparecido, como la retención, pero que con el tiempo, si la lesión progresa, llegarán á ser idénticos. Hayem sostiene, basándose en dos autopsias que él personalmente ha ejecutado, que esta variedad de gastrosucorreas son debidas á estrecheces, situadas en el duodeno más allá de la ampolla de Vater; pero hay un punto en desacuerdo y es que Linosier asegura, que no se encuentra bilis sino en muy pequeña cantidad, siendo así que debería encontrarse en abundancia.

Respecto de los otros tipos, no insistiré más, porque me parece que ellos encuadran perfectamente en el proceso de fisiología patológica, que he desarrollado anteriormente al referirme á la influencia de las alteraciones del quimismo sobre el píloro y viceversa.

La mayor parte de las llamadas Dilataciones primitivas por atonía muscular, hasta hace poco, no son más que hiperclorhidrias en las cuales la hiperacidez excitando la mucosa gástrica, ha provocado

por vía refleja una contractura espasmódica del píloro. Estas oclusiones intermitentes producen un retardo en la evacuación del quimo, que trae por consecuencia una distención permanente del estómago, y secundariamente su dilatación. Efectivamente, si se hace la palpación del píloro en una de las crisis dolorosas, tan frecuentes en estos enfermos, se le encontrará contracturado, endurecido, y dando muchas veces la sensación de tumor, pero que se administre un alcalino en cantidad suficiente y se verán todos estos síntomas desaparecer, coincidiendo al poco tiempo con la casi completa vacuidad del estómago. Ahora, que estas crisis no se corrijan, que las secreciones sigan siendo exageradas, y se verá bien pronto presentarse la dilatación con todos sus acompañantes.

En el menor número de estas dilataciones (de las llamadas atónicas), el píloro aunque no juega un rol causal tan importante, se asocia desde el principio, contribuyendo á agravarlas. Sucede así, en muchas alteraciones funcionales de la mucosa, de tipo hipopéptico ó de estructura como en ciertas gastritis.

El proceso se inicia, porque siendo los jugos digestivos insuficientes, la transformación de los alimentos en quimo se encuentra retardada, razón por la cual, el píloro no los deja pasar en el tiempo fisiológico, produciéndose en estacionamiento mayor de ellos en el estómago. Consecutivamente, por su peso y por los gases que la fermentación produce,

se establecerá una distención exagerada del estómago, que pronto se transformará en dilatación. Descendiendo el fondo del saco prepilórico, el eje del píloro que se dirige normalmente de arriba hacia abajo y de izquierda á derecha, sufrirá un cambio completo, pues tomará una dirección de abajo hacia arriba, tanto más cerca de la vertical, cuanto más se haya dilatado el antro. Este cambio en el eje del píloro, producirá una mayor dificultad para el paso de los alimentos al duodeno, y como ese cambio se encuentra en relación directa con la dilatación, se establecerá un verdadero círculo vicioso, que agravará cada vez más la lesión.

Es lo que la observación clínica en el estudio prolijo de los enfermos, ayudada del laboratorio, confirma hoy plenamente, y lo que permite afirmar, que la mayor parte de las dilataciones son secundarias á procesos diferentes, en los cuales el píloro actúa de una manera más ó menos predominante.

Solamente en un número muy limitado de casos (atonía nerviosa de G. See y Mathieu), se pueden considerar por el momento como primitivas, siendo asimismo precedidas y acompañadas de numerosos síntomas generales y locales.

En la generalidad de los casos estas contracturas pilóricas son intermitentes, desapareciendo en los períodos no digestivos y solamente cuando responden á dispepsias graves, ellas se hacen permanentes, lo mismo que las que producen las erosiones y fisuras situadas en la vecindad del píloro.

La gravedad en estos casos de contractura permanente, es debida á que muchas veces producen alteraciones de tipo inflamatorio en la mucosa, hipertrófico en la muscular, haciendo de una modificación funcional una lesión orgánica. Ellas vienen por decir así, á servir de intermediarias entre las estrecheces funcionales y orgánicas.

Las causas que actúan primitivamente sobre el píloro, produciendo su estrechez, son numerosas y en su gran mayoría orgánicas, siendo conveniente para mayor claridad de su estudio, dividirlas en intrínsecas y extrínsecas; las primeras, mucho más frecuentes son:

Espasmódicas.—Solamente se conoce el espasmo esencial del píloro, que se observa en ciertas neurosis como la histeria.

Congénitas.—Hasta la fecha sólo se han comprobado diez casos. Generalmente la lesión que se ha encontrado es una hipertrofia de todas las capas y especialmente de la muscular. Algunas veces ha sido sólo la pequeñez del orificio, lo que se ha notado.

Cicatriciales.—Las gastritis ulcerosas y cáusticas con localización pilórica, dejan al cicatrizar una estrechez más ó menos acentuada. Lo mismo pasa con las úlceras redonda, tuberculosa y sifilítica.

El grado de la estrechez, depende en gran parte de la situación que ella ocupa: así una cicatriz parietal profunda que comprenda las tres túnicas pero localizada á una pequeña parte del anillo pilórico,

no producirá el mismo efecto que otra delgada, situada en la mucosa, que no se palpe al exterior, pero que circunde todo el orificio; porque en el primer caso puede haber una dilatación compensadora de la parte sana, mientras que en el segundo es completamente imposible. Casi siempre á estas estrecheces, sobre todo cuando están en el período de organización, se agrega un elemento espasmódico que hace parecer más grave la lesión. La úlcera redonda, cuando alcanza cierto desarrollo, da lugar á una perigastritis, que secundariamente producirá una estrechez mucho más seria que la úlcera misma.

Neoplásicas.—Exceptuando algunos casos muy raros de sarcomas, fibromas y miomas puede decirse que el carcinoma es la clase de tumor que siempre se observa. Pueden encontrarse cuatro variedades, que son: el carcinoma medular, el adenocarcinoma, el carcinoma fibroso y el coloide ó gelatinoso. De todas estas formas la más importante es la fibrosa ó esquirro, pues no solamente es más frecuente (72 %, Brinton) sino, que es la única pasible de intervención quirúrgica curativa, á no ser que las otras se ataquen muy al principio de su desarrollo.

Para algunos autores, el esquirro es nada más que una transformación fibrosa de las otras formas. Él se localiza sobre todo en la submucosa, pasando de allí á la muscular y serosa; la mucosa es atacada tardíamente, presentándose irregularmente tumefacta y de un color violáceo apizarrado que contrasta con la parte sana. Casi siempre se extiende á toda

la circunferencia del anillo pilórico, terminando bruscamente del lado del duodeno, prolongándose en el estómago hasta que se pierde en capa muy delgada. Los ganglios de la región, se encuentran casi siempre infartados y con metástasis. Esta forma cuando se localiza en la capa muscular, se presenta bajo la apariencia de un mioma, por lo cual muchos autores han creído encontrarlos con frecuencia. Pero Doyen y otros sostienen, que estos miomas son nada más que carcinomas de tipo esquirroso en su comienzo, puesto que haciendo un examen microscópico riguroso de las otras capas, se notan algunos nódulos de tipo canceroso.

El carcinoma medular ó cáncer atípico, se caracteriza por su tendencia á la destrucción y á la ulceración, debido á que casi siempre se extiende en profundidad. Es la forma más maligna y pronto se encuentran numerosas metástasis, tanto en el hígado, como en los ganglios vecinos. Se compone de alveolos, llenos de células epiteliales, de diversas formas y más ó menos grandes, separadas por tabiques conjuntivos. Forma vegetaciones blandas, más ó menos voluminosas, blancas ó rosadas y de las cuales la compresión hace salir un líquido lactecente. Lancereaux y Remond, creen que toma nacimiento en los fondos de saco glandulares.

Carcinoma cilíndrico ó adeno-carcinoma.— Es generalmente blando, fungoso, bastante vascular, teniendo tendencia á prolongarse en napa á la inversa de la forma anterior y siendo más tardías sus metás-

tasis. Con pocas diferencias su estructura se parece mucho á la de las glándulas á epitelio cilíndrico.

El coloide se parece tanto al cilíndrico, como al medular, siendo su característica la degeneración coloide que ataca las células en gran número. Es muy raro.

Pólipos de origen diverso, pero que casi siempre se acercan al adenoma situados cerca del píloro, pueden dar signos de obstrucción si ellos se dirigen hacia el orificio.

Extrínsecas.—Entre las causas de origen extrínseco, que llegan á provocar compresiones y tironeamientos del píloro, tenemos: los tumores vecinos de cualquier naturaleza que ellos sean (quistes, aneurismas, ganglios, etc.), los restos de peritonitis localizada que dejan bridas más ó menos estenosantes, las cole-cistitis, el uso del corsé, los cuerpos extraños y algunas acodaduras ó vicios de posición del estómago y duodeno. No dejan de tener importancia, porque algunas son más frecuentes de lo que aparenmente se cree.

Síntomas

Los autores hacen de las estrecheces pilóricas una descripción, que enumeraremos fielmente, para darle luego á cada uno de los síntomas que la constituyen el valor que le corresponda de acuerdo con los últimos estudios.

Tomemos el caso más frecuente en el cual la estrechez ha comenzado paulatinamente, hasta llegar á impedir ó obstaculizar el libre curso del contenido gástrico. Se pueden dividir en dos categorías los síntomas que se observarán, los unos propios á la lesión inicial, los otros correspondientes á la estrechez y de los cuales sólo me ocuparé: ellos se subdividen en funcionales y físicos.

Síntomas funcionales.—El dolor.—Más ó menos intenso según el grado de la estrechez, es constante, pues no falta nunca, acusándose en el momento en que el quimo debe atravesar el píloro, es decir, tres á cinco horas después de la comida. Es producido, sobre todo en el primer período, por espasmos del píloro y por las contracciones de las túnicas musculares situadas detrás del obstáculo. Mas tarde, cuando se presenta la dilatación con atomía, estos dolores pierden el carácter agudo y paroxístico para transformarse en una sensación de peso ó de tironeamiento; se hacen casi continuos y más difusos, teniendo siempre como foco principal la región pilórica.

El vómito.—Al principio se muestra de una manera irregular, pero después se hace constante. En un primer período es consecutivo al dolor y se produce por contracciones antiperistálticas que alternan con las peristálticas, á causa de que éstas no pueden hacer franquear al quimo el obstáculo pilórico. De aquí resulta, que muchos alimentos refluyen hacia el cárdias, produciéndose el vómito. Más tarde,

cuando el estómago se dilata, tienen lugar, cada veinticuatro ó cuarentiocho horas, hasta que llega un período en que se puede decir que el estómago vacía su exceso. A veces, sobre todo en individuos jóvenes, se establece una especie de intolerancia gástrica, que sobreviene por crisis y en la cual los alimentos, sean sólidos ó líquidos, son inmediatamente vomitados. La cantidad de materias expulsadas es variable: así cuando los vómitos tienen lugar frecuentemente no es mucha, pero si se efectúan separados por largos intervalos pueden llegar á dos y tres litros de caldo estomacal.

El producto de los vómitos se presenta bajo forma de una masa semilíquida, mezclada con residuos alimenticios y en la cual se reconoce muchas veces alimentos ingeridos, cuatro y seis días antes, de un olor que se parece unas veces al de la manteca rancia otras al de la fermentación acética, pútrida, etc.

A estos dos signos tan importantes, se agrega, una necesidad de beber y á veces de comer, que no se satisface nunca en algunos casos de estrechez avanzada, lo cual es debido á que los alimentos que el píloro deja pasar son insuficientes, mucho más no efectuándose en el estómago ningún fenómeno de absorción según Doyen. La constipación es pronunciada y la cantidad de orina es cada vez menor, llegando hasta doscientos y trescientos c. c. en las veinticuatro horas; la úrea disminuye más ó menos la mitad y los cloruros casi desaparecen. Finalmente, el adelgazamiento y la pérdida de fuerzas se

hacen notables, mucho más si á la inanición se agrega una lesión de origen cancerosa.

Síntomas físicos.—A la inspección suele constatarse el fenómeno de la ondulación epigástrica, caracterizado por ondas peristálticas que se dirigen de izquierda á derecha, del gran fondo de saco hacia el píloro. Respondiendo á las contracciones de las paredes del estómago para vencer la estrechez, se parecen al que tiene lugar en el intestino en los casos de obstrucción, siendo muy aparente en individuos de pared abdominal delgada y sobre todo en el período en que el estómago no ha perdido su potencia contráctil y en el momento en que los elementos deben pasar al duodeno. También se nota en este período, la saliencia que hace el estómago, dibujando muchas veces su gran curvatura y que contrasta con la depresión que se observa en la región infraumbilical. Después de esta faz en que el estómago parece en erección, las túnicas musculares pierden su tonicidad y se relajan, pudiendo deprimirse tan fácilmente como la región inferior. Es entonces que se encuentran todos los signos que caracterizan la dilatación: el ruido de clapotage se percibe casi constantemente, sobre todo en la región inferior del estómago, que puede llegar en las estrecheces avanzadas y de marcha lenta hasta cerca del pubis y parte del hipocondrio derecho. Sin embargo, en sujetos jóvenes y vigorosos esta dilatación suele ser mediana mientras las túnicas musculares conserven

el poder necesario para reaccionar y poder desembarazar al estómago de su contenido.

Pero de todos los signos de las estrecheces del píloro, el más importante cuando se encuentra, es sin duda alguna la presencia de un tumor en la región pilórica : me ocuparé de él al hablar del diagnóstico diferencial. La palpación de la región pilórica es casi siempre dolorosa.

Exploración del estómago por la sonda. Liquido residual.—Se encuentra en el estómago por la mañana en ayunas una cantidad más ó menos variable de líquido residual, pero que es casi siempre considerable. Su composición se parece mucho á la de las materias vomitadas, pues es una especie de caldo rico en residuos alimenticios, conteniendo alimentos ingeridos muchos días antes y bastante ácidos (ácido láctico sobre todo).

Lavajes.—Para desembarazar el estómago de líquidos residuales se necesitan muchas veces hasta veinte y cinco ó treinta litros de agua. A pesar de esto, si la enfermedad es avanzada y se hacen á la tarde, al otro día por la mañana suelen encontrarse ya algunos residuos.

Quimismo.—Los resultados de las comidas de prueba son bastante importantes, sobre todo si anteriormente se han hecho repetidos lavajes de modo á desembarazar completamente á la cavidad gástrica de residuos que pudieran alterar el resultado. En estas condiciones lo que predomina es el policiclismo

de la curva evolutiva, pero respondiendo casi siempre á la alteración primitiva.

La insuflación del estómago es un método que algunos autores usan para facilitar la palpación del píloro. Presta buenos servicios cuando la estrechez se encuentra en la pared anterior.

La gastroscopia y la prueba del aceite hoy en día no se usan. Lo mismo puede decirse de la prueba del salol y del ioduro, que han dado resultados muy contradictorios.

Por lo que se refiere á la presencia de algunos ácidos orgánicos en exceso (láctico, etc.), no tienen gran importancia porque se encuentran en estados muy diversos.

Cuando la estrechez evoluciona rápidamente, el dolor y los vómitos son los síntomas que predominan, presentándose bien pronto la inanición con todas sus consecuencias. Generalmente no se observa la dilatación.

Diagnóstico diferencial

Cuando todos los síntomas que he enumerado se encuentran en un enfermo, el diagnóstico no ofrece dificultades y desde el primer momento se puede asegurar la lesión de que se trata. Pero si esto pasa en algunos casos, en la mayoría de los otros sucede todo lo contrario, sea porque los sínto-

mas se presenten menos acentuados, á veces porque ellos faltan. Es entonces que el diagnóstico diferencial ofrece verdaderas dificultades, mucho más, cuando la mayoría de los autores pretenden hacerlo con ciertas entidades que hoy sabemos son producidas primitiva ó secundariamente por la misma estrechez pilórica.

Cuatro son los puntos principales que deben resolverse, no solamente porque así lo exigen los progresos de la semeiología gástrica, sino también porque bien dilucidados, la terapéutica obrará más conscientemente. Ellos son: primero, si es una estrechez pilórica; segundo, si es orgánica ó espasmódica; tercero, orgánica su naturaleza, espasmódica su causa; cuarto, orgánica, relaciones que presenta con los órganos vecinos.

Para resolver el primer punto es necesario tener presente, que la enfermedad de Reychman y la dilatación de estómago se presentan la mayor parte de las veces con síntomas muy parecidos ó idénticos á los de la estrechez y la forma grave del vómito nervioso y algunas neurosis de la motilidad suelen asemejársele.

Enfermedad de Reychman, ó secreción protopática permanente. —Hasta hace muy poco tiempo era imposible en la mayor parte de los casos, guiándose por los datos de los autores, establecer un diagnóstico diferencial preciso entre esta enfermedad y la estrechez pilórica. Se daban para hacerlo pequeños síntomas que tan pronto se encontraban

en una, como en otra enfermedad. Pero si como lo he consignado al hablar de la patogenia, se aceptan las ideas de Linosier, de acuerdo con la opinión de la mayor parte de los autores más modernos, vemos cuán artificial tendrá que ser en cuatro quintas partes de casos de secreción protopática hacer este diagnóstico, puesto que no son nada más que la misma enfermedad. Sólo en un quinto de casos (en ninguno, según Hayem, Schreiber) esta afección es independiente y no se encuentra ligada ni primitiva ni secundariamente á modificaciones del píloro. Según Linosier, es sobre todo el resultado del examen de los líquidos residuales la mañana en ayunas que permite afirmar este diagnóstico ; se extrae un líquido claro, ácido (acético) pero que no contiene residuos alimenticios y que á la inversa de lo que pasa en los otros tipos de enfermedades de Reychman es menos ácido que el caldo que se recoge después de una comida de prueba. El análisis de este caldo no solamente revela mucha mayor acidez, sino que casi no da reacción de peptonas y azúcar; por el contrario, se encuentra mucha dextrina. En las orinas no hay diminución de úrea, ni de cloruros. Los vómitos casi nunca son alimenticios.

A la inspección no se observan contracciones peristálticas y por lo que se refiere á lesiones orgánicas no se encuentra ningún antecedente.

Hayem siguiendo su teoría de que todas las gastrosucorreas son secundarias á una estrechez pilórica,

dice basándose en dos autopsias, que en estos casos, la estrechez se encuentra situada más allá de la ampolla de Vater. Pero á la inversa de lo que pasaría si esto fuera así, Linosier no encuentra bilis sino en muy pequeña cantidad.

Dilatación de estómago.—Análogamente á lo que ha pasado con la secreción protopática ha tenido lugar con la dilatación primitiva, pero como ya me he ocupado de ella en el capítulo de Etiología y Patogenia, no tengo necesidad de insistir más. Solamente diré que lo único que queda de esta afección, para algunos autores, es la forma que G. Sée y Mahieu llamaron atonía nerviosa, caracterizada por crisis de espasmo y relajamiento en todo el sistema gastro-intestinal y que asimismo sería muy rara.

Ella se distinguiría de la sintomática, por la gran cantidad de síntomas nerviosos que la preceden ó la acompañan y por la gran variabilidad en los análisis del jugo gástrico. Coincidiría con debilitamiento de las fibras musculares lisas en otros órganos (escroto, etc.), observándose especialmente en individuos comilones, faltos de régimen y que recién salen de fiebres graves que debilitan el sistema nervioso.

Forma grave del vómito nervioso.—Es con la estrechez á marcha rápida que puede confundirse esta afección, especialmente cuando se prolonga durante un mes ó más, conduciendo al paciente á la inanición. En estos casos el vómito nervioso se caracteriza, porque el estómago, no solamente no se encuentra dilatado sino, que más bien se presenta

retraído, la ondulación del epigastrio falta y además, —dato importante,—el vómito sobreviene inmediatamente que el enfermo ingiere cualquier alimento. Se observa en individuos jóvenes, nerviosos, casi siempre histéricos, presentándose con frecuencia después de una emoción moral.

Neurosis de la motilidad.—En personas histéricas, neurasténicas ó afectadas de otros padecimientos nerviosos, como la ataxia locomotriz, el bocio exoftálmico, etc., suele encontrarse el fenómeno de las contracciones peristálticas acompañado de vómitos frecuentes y otros síntomas menos importantes.

El diagnóstico con la estrechez pilórica se hará en este caso, porque los vómitos son mucho más raros y menos copiosos, no alterando casi nunca la nutrición y teniendo en cuenta los antecedentes.

La intolerancia gástrica que puede encontrarse en muchas afecciones, necesita en ciertos casos un exámen prolijo de los antecedentes y de los síntomas para poder eliminarla.

Si es orgánica ó espasmódica.—Todo lo fácil que es hacer el diagnóstico de estrechez orgánica, cuando á la palpación se encuentra un tumor que ocupa la región pilórica, es de difícil cuando este signo falta, y como esto suele suceder con cierta frecuencia debido, unas veces á la dificultad para hacer una buena palpación, otras á que la lesión no forma tumor, tendremos que el diagnóstico de la variedad de estrechez será de probabilidad en muchos casos.

Por otra parte, el estudio de los antecedentes muy pocas veces permite aclarar el punto, pues la misma enfermedad puede dar lugar á la estrechez orgánica y funcional. Así, por ejemplo, la hiperclor-hidria, llega á producir, tanto una úlcera como el espasmo del píloro, y en este caso el diagnóstico podría hacerse por los signos propios de la úlcera, pero es que casi siempre se agrega á ésta aunque se encuentre situada en otros puntos que el píloro, el elemento espasmódico: de ahí la dificultad. En otros casos se encuentran todos los antecedentes de una dispepsia de tipo hipopéptico, la cual siguiendo su evolución ha llegado á hacerse una gastritis crónica con dilatación: sobreviene por cualquier motivo (alteración de régime, etc.) una crisis de intolerancia acompañada de vómitos, dilatación, síntomas de inanición, etc.; se sospecha una estrechez neoplásica, se hace una laparotomía exploratriz y no se encuentra lesión alguna en el píloro.

Como se ve, pues, el diagnóstico, es sumamente delicado y solamente la laparotomía exploratriz puede decidir la cuestión en estos casos.

Se dice que las estrecheces espasmódicas son más bruscas en su aparición presentándose por crisis, que luego por cualquier motivo (un régimen severo en la alimentación, tratamiento médico), cesan de un momento á otro. Es muy posible y en el espasmo esencial del píloro, que ataca algunas histéricas, así se observa. Otras veces el diagnóstico es más fácil, sea porque se toca un tumor en el píloro, sea

porque los antecedentes demuestren claramente que ha habido una lesión pilórica.

Si es orgánica su naturaleza, si es funcional su causa.—Suponiendo que se encuentren los signos necesarios para asegurar que se trata de una lesión orgánica, queda todavía por averiguar la variedad á que pertenece.

Tomemos la más frecuente, el cáncer. Generalmente se palpa un tumor desigual, movible, doloroso, que se encuentra más abajo de donde el píloro se sitúa normalmente, debido al desplazamiento que le hace sufrir. Con estos datos y los síntomas de repercusión en el organismo, cuando el tumor es grande, se puede asegurar que se trata de cáncer; pero debemos recordar que la variedad esquirrosa casi no forma tumor siendo difícil diferenciarlo de los que forman otras lesiones de tipo inflamatorio. En este caso el diagnóstico se hará por el resultado del examen del jugo gástrico, por el tiempo de evolución, la anamnesis y los signos de repecursión como ganglios, coloración de la piel, etc.

La úlcera redonda se caracteriza por los antecedentes, el examen del jugo gástrico y por sus síntomas propios.

En la gastritis cáustica el enfermo cuenta que ha ingerido un líquido corrosivo y que ha pasado por un período de gastritis aguda. En las colecistitis los síntomas de estrechez han sido precedidos por ataques de cálculo biliar. Suele notarse la vesícula tumefacta y dolorosa.

La peritonitis localizada debe sospecharse en los viejos gastrópatas que han presentado crisis dolorosas, algunas veces acompañada de icteria ó subicteria.

Los antecedentes y el estado del enfermo harán sospechar las úlceras tuberculosa y sifilítica.

En lo que se refiere á las causas del espasmo pilórico, es necesario encontrar los síntomas de las afecciones funcionales ó estructurales que lo producen.

Si es orgánica, relaciones que presenta con los órganos vecinos.—Cuando la palpación ha permitido asegurar que se trata de un tumor pilórico, es muy importante para el tratamiento, averiguar el grado de movilidad que presenta y sus relaciones con los órganos vecinos. Generalmente los tumores del píloro son movibles en todas direcciones, y padecería un gran error el que creyera que esta movilidad quisiera decir falta de adherencia á los órganos vecinos. Muchas veces en caso de operación, se han visto tumores que parecían á la palpación completamente movibles, encontrarse llenos de adherencias.

La razón consiste en que los órganos que rodean el píloro son casi todos bastante movibles, como el epiplón y el colon, y en otros casos en que no lo son, como el páncreas, en que el tumor se implanta por un pedículo estrecho.

En otros casos se nota desde el primer momento sus adherencias, sobre todo cuando ellas tienen

lugar en un órgano como el hígado, pues aquí el tumor sigue los movimientos de esta víscera, y no se consigue hacerle efectuar otros.

A veces cuando se implanta en el páncreas sobre una cierta extensión es casi fijo, siendo fácil apreciar el grado de movilidad por medio de la insuflación gástrica.

Tratamiento

En el tratamiento de las estrecheces pilóricas se ha realizado un notable progreso en estos últimos tiempos. Afecciones consideradas como incurables y en las cuales el médico se limitaba á instituir una medicación sintomática, se encuentran hoy, la mayor parte de ellas, bajo el dominio de una terapéutica eminentemente curativa y que según los casos será quirúrgica ó médica. Para llegar á este grado de adelanto ha sido necesario, por una parte, que los estudios efectuados en la fisiología y sintomatología originando una nueva patogenia, hayan aclarado estados patológicos poco ó mal conocidos, y por la otra que la cirugía haya inventado procedimientos más ó menos ingeniosos que en la mayor parte de los casos dan buen resultado.

Obra tan importante es debida á especialistas como Hayem, Mathieu, Doyen, Debove, etc., y á cirujanos tan hábiles, como Billroth, Roux, etc.

Para mayor claridad, dividiré el capítulo en dos

secciones: en la primera me ocuparé del tratamiento médico y en la segunda del quirúrgico.

Tratamiento médico.—Si bien es cierto que no tiene la importancia de antes, por cuanto ha tenido que ceder su puesto en muchos casos al tratamiento quirúrgico, no debe tampoco ser olvidado, porque, no solamente será el único que á veces podrá ser empleado, sino que también ayudará al quirúrgico.

En algunas alteraciones gástricas ya estudiadas (Gastrosucorrea, dilatación) y que provocan una reacción espasmódica secundaria del píloro, el tratamiento, como es lógico, será el de estas afecciones y solamente cuando no le respondan, debido á que las lesiones han tomado cierta intensidad, se apelará al quirúrgico.

En las estrecheces cancerosas, que han llegado á tal desarrollo que hace imposible todo tratamiento quirúrgico, se recurrirá á un tratamiento médico paliativo, debiendo distinguirse dos casos según que pasen alimentos por el píloro ó que no pase ninguno; en el primer caso se administrará alimentos ricos y de poco volumen, anexando algunas substancias como pepsina, ácido clorhídrico, que ayuden la digestión, se practicarán lavajes repetidos y se dará la morfina para calmar el dolor. En el segundo caso se harán enemas alimenticios y se combatirán el dolor y los vómitos, que no harán por otra parte, sino prolongar algunos días la vida del enfermo. También se usa el Condurango, sospechando una acción que está muy lejos de tener.

En el espasmo esencial del píloro se tratará la neurosis que lo produce, administrándose al mismo tiempo algunos antiespasmódicos de acción local como la atropina, cocaina, etc.

Tratamiento quirúrgico.—El tratamiento quirúrgico de las estrecheces del píloro es obra de estos últimos años, porque si bien es cierto que Pean hizo una pilorectomia el año 79, fueron bien pocos los imitadores que tuvo y es recién en esta última década que numerosos cirujanos han entrado de lleno en esta vía, perfeccionando los métodos antiguos y creando muchos nuevos.

Doyen, en su reciente libro sobre tratamiento quirúrgico de las afecciones del estómago, dice lo siguiente: "si se exceptúan el embarazo gástrico febril, las gastritis agudas y algunas dispepsias sintomáticas de afecciones viscerales, como la Cirrosis del hígado, todas las afecciones crónicas del estómago complicadas de síntomas alarmantes, pueden ser curadas por el tratamiento quirúrgico."

Tal vez algunos considerarán exagerado este juicio, pero es lo cierto, que si nosotros estamos de acuerdo en reconocer el rol tan importante que primitiva ó secundariamente desempeña el píloro en la mayor parte de las afecciones del estómago, no debe sorprendernos que la intervención quirúrgica dé resultados tan satisfactorios.

En efecto, ella permite en unos casos, creando un píloro nuevo ó que llena en gran parte su objeto (gastroenterostomía), en otros modificándolo de

tal modo que queda en las condiciones de uno sano (píloro-plastia, etc.), poner á la enfermedad si no en condiciones iguales, por lo menos parecidas á cuando principió, de tal modo que si se le anexa una higiene y tratamiento médico bien dirigidos, no es de extrañarse que ella mejore ó se cure. En otros casos es el píloro que enfermándose primitivamente ha producido todo el conjunto sintomático; entonces se creará un nuevo orificio de comunicación, y claro está que desapareciendo la causa, tendrán también que desaparecer las consecuencias. Sin embargo, hay que hacer dos salvedades de importancia, porque en ellas no se obtendrá el resultado general: primero, cuando la enfermedad por su naturaleza maligna (neoplasma canceroso) se ha propagado extensamente, y segundo, cuando las lesiones consecutivas á la estrechez han tomado cierta gravedad. En el primer caso, el resultado de la operación es paliativo y no hará nada más que prolongar algunos meses la vida del enfermo, pues la extirpación completa de la lesión se hace imposible; en el segundo él mejorará más ó menos, según las condiciones del individuo y el régimen seguido.

En dos grandes categorías se pueden dividir las operaciones que tienen por objeto combatir la estrechez pilórica: las unas que se efectúan en el sitio enfermo, las otras á distancia. Entre las primeras se encuentran la pilorectomía, la resección cuneiforme del píloro, la piloroplastia; y entre las segundas, la gastroenterostomía con todas sus variedades.

Algunas veces (en neoplasias cancerosas limitadas) se efectúan las dos operaciones, pilorectomía y gastroenterostomía.

Haré una enumeración de los diversos procedimientos con sus indicaciones, deteniéndome en los más usados.

Pilorectomía. — La primera operación realizada para curar las estrecheces del píloro fué la pilorectomía, ejecutada por Pean en 1879. Poco después, Billroth ejecutó otra, que por las reglas que de ella dió, como por los resultados que obtuvo, se puede decir que fué el verdadero creador de la operación. La dividió en tres tiempos, que es como se hace hoy en día: primero, aislamiento del tumor, que debe ser desprendido con cuidado de sus conexiones epiplóicas, casi siempre muy vasculares y de la pared abdominal posterior. Segundo, sección del estómago y del duodeno, y tercero, reunión. Una vez efectuada la sección del estómago y del duodeno, se mantienen los orificios de comunicación cerrados por medio de dos pinzas á presión y como el que deja el estómago es mucho más grande, para yuxtaponerlos es necesario hacer una sutura longitudinal, que partiendo de la pequeña curvatura vaya hasta un punto necesario para que los dos orificios sean iguales. Una vez hecho esto, se sutura el plano seroso posterior, la circunferencia mucosa y el plano seroso anterior. Generalmente se ejecuta con seda, usando algunos cirujanos para el plano mucoso la sutura continua.

En estos últimos tiempos ha sufrido algunas

modificaciones, sobre todo en el tercer tiempo. Así la anastomosis término terminal casi no se usa sino en resecciones pequeñas, debido á que como casi siempre hay que resecar una porción más ó menos grande de estómago, se necesita efectuar tracciones y tironeamientos para afrontar los dos extremos, presentando además el inconveniente de las suturas para igualar los orificios.

Kocher propuso la anastomosis término lateral, por la cual cerrando la abertura estomacal, se afrontaba la extremidad duodenal con la cara posterior del estómago. Pero á pesar de ser este procedimiento cómodo y fácil, tiene el inconveniente de crear una nueva anastomosis muy cerca de la línea de sutura gástrica anterior.

Hoy el procedimiento que se prefiere es el de la anastomosis látero-lateral por el cual se cierran las dos extremidades y se hace una gastroyeyunostomía.

Hasta hace poco tiempo la pilorectomía era una operación que en la generalidad de los casos daba mal resultado; efectivamente, se intervenía casi siempre en estrecheces cancerosas avanzadas y se hacía la anastomosis término terminal. Hoy en día los resultados se han modificado, pues no solamente se considera necesario para efectuarla, que el carcinoma sea perfectamente limitado y sin repercusion ganglionar, sino que se combina con la gastroyeyunostomía.

Resección cuneiforme del píloro.—Czerny, tuvo la idea el año 82, en un caso de estrechez fibrosa, de

hacer una resección cuneiforme de la parte enferma del píloro, conservando la porción sana. Ella se emplea hoy en los casos de estrechez fibrosa limitada, pequeña y que se encuentre comprendida en la pared anterior del píloro. De ese modo se evita un tiempo difícil de la pilorectomía, que consiste en desprender y suturar la pared posterior.

La técnica es muy fácil, se reseca una cuña que comprenda la cicatriz y alcance á la semi-circunferencia ó tres quintos de la pared anterior del píloro, se mantiene cerrado el estómago y el duodeno, y se efectúa la reunión, por un doble plano de suturas muco-mucosa y sero serosa, á puntos separados ó continua.

El orificio pilórico que queda después de esta operación, es generalmente mucho más favorable para el pasaje de los alimentos que el que deja la piloroplastia.

Es una operación poco usada por la dificultad de un diagnóstico preciso aun en presencia del píloro.

Piloroplastía.—Suele usarse en los casos de cicatrices de poca extensión y algunas veces se ha utilizado en estrecheces espasmódicas.

Raramente ejecutada, consiste en hacer una incisión en la pared del píloro, que siga su eje y pase por el punto enfermo si existe. Luego se unen los bordes, por suturas longitudinales, de modo que la herida que antes seguía la dirección del píloro se haga transversal. Con esto se consigue un pequeño

aumento en los diámetros del anillo pilórico que corresponde á la cicatriz.

Gastroenterostomía.—La gastroenterostomía, como su nombre lo indica, consiste en establecer una nueva comunicación entre el estómago y el intestino. Según que el intestino se anastomose con la pared anterior ó posterior del estómago la gastroenterostomía será anterior ó posterior.

Fué ejecutada por la primera vez por Wœlfler el año 81, en un caso de estrechez cancerosa en que por la adherencia del tumor no se pudo hacer la pilorectomía.

Se conocen numerosos procedimientos, siendo los principales los siguientes:

Método de Wœlfler.—En este procedimiento se hace comunicar la pared anterior del estómago con la segunda porción del intestino delgado ó yeyuno. Al principio Wœlfler disponía el yeyuno de derecha á izquierda, pero poco después, creyendo facilitar el pasaje de los elementos por el nuevo orificio lo colocó de izquierda á derecha, ó más bien dicho cruzado, de tal modo, que las contracciones peristálticas del estómago tuvieran lugar en el mismo sentido que el anza descendente del yeyuno. A pesar de esto, si bien es cierto que los primeros casos que se operaron dieron buen resultado, en general se puede decir que hoy casi se ha abandonado, debido á su poco éxito (61 % muertos). Vómitos copiosos se producían desde que se quería dar algunos alimentos al enfermo y bien pronto moría con todos los signos de

estrangulamiento intestinal. A la autopsia se encontraban el duodeno y el estómago, llenos de un líquido bilioso y el orificio de comunicación muy disminuído: además se notaba estrangulamiento del colon transverso.

Esta falta de éxito era debida á que por una parte el yeyuno se anastomosaba muy cerca del músculo de Treitz y por la otra á que la sutura del intestino al estómago se hacía verticalmente, disponiendo la extremidad superior del yeyuno de una manera ascendente, de tal modo que los alimentos, en lugar de pasar á la extremidad inferior, caían en la porción superior.

Jabolay y Chaput, pretendiendo corregir estos inconvenientes, propusieron algunas modificaciones que no tuvieron resultado práctico.

Kocher, de Berna, ha imaginado, creando una válvula yeyunal y haciendo las líneas de sutura paralelas á la gran curvatura, un procedimiento por el cual si bien es cierto que los alimentos es más fácil que pasen á la extremidad inferior ó descendente del yeyuno, en cambio presenta los mismos inconvenientes que los anteriores en lo que se refiere al pasaje de la bilis al yeyuno y á la compresión del colon transverso.

Con el objeto de corregir los accidentes frecuentes que presentaba la anastomosis del yeyuno con la pared anterior del estómago, Von Hacker propuso la anastomosis con la pared posterior del estómago á través de un ojal abierto al mesocolon transverso.

Este procedimiento no da lugar á compresiones del colon sobre el yeyuno y viceversa, siendo más fácil el pasaje de los alimentos, pero tiene la desventaja del reflujo de la bilis, siendo además muy difícil poder hacer una buena sutura del orificio de comunicación.

Si analizamos los accidentes más frecuentemente observados en las operaciones anteriores, vemos que pueden concretarse á cuatro, que son: primero, compresión del colon por el yeyuno; segundo, del yeyuno por el colon; tercero, mal funcionamiento del orificio gastro-yeyunal; cuarto, reflujo de la bilis al estómago.

Es lo que los procedimientos siguientes han tratado de corregir con más ó menos éxito.

Procedimiento de Roux.—Roux experimentando sobre perros y cadáveres, creó un procedimiento que aplicado al vivo, ha dado en la mayoría de los casos un resultado bastante bueno, pues no solamente no se producen ninguno de los accidentes enumerados, sino que el enfermo puede comenzar á alimentarse al día siguiente de la operación.

Consiste en una gastroyeyunostomía posterior á implantación terminal y yeyunoyeyunostomía también terminal. Una vez incindido, el mesocolon transverso, secciona el yeyuno perpendicularmente á su eje, á veinte ó veinticinco centímetros del ligamento de Treitz, y practica el afrontamiento terminal de la porción inferior ó descendente á la parte inferior de la pared posterior del estómago, haciendo las sutu-

ras del orificio de comunicación con seda y á tres planos diferentes. Una vez hecho esto, toma la porción superior ó ascendente y la anastomosa también terminalmente con la fracción descendente á diez ó doce centímetros del orificio gastroyeyunal, suturando en la misma forma.

La operación dura de cincuenta á sesenta minutos.

Si estudiamos las ventajas de este método vemos, que por el hecho de hacer la anastomosis yeyunal con la cara posterior del estómago, quedan suprimidos los dos primeros accidentes que ya he enumerado; por lo que se refiere á la permeabilidad del orificio, queda perfectamente asegurada, pues no solamente la anastomosis es terminal, sino que los alimentos por la ley de la gravedad pasarán directamente á la porción descendente del yeyuno. El reflujo de la bilis tampoco tendrá lugar, pues ella correrá por la porción duodeno-yeyunal, hasta el orificio de comunicación con el yeyuno descendente, que la dejara pasar fácilmente.

Algunos cirujanos sostienen que este procedimiento es muy largo y que además teniendo que hacer dos orificios, la perforación es mucho más fácil. Sin embargo, Roux y los que usan su método, sostienen que la perforación es imposible haciendo las suturas tal cual se aconsejan y que por lo demás la operación es fácilmente soportada.

Doyen describe en su libro sobre tratamiento quirúrgico de las afecciones del estómago un procedi-

miento que no detallaré, no solamente porque el autor hoy lo ha abandonado, sino también por ser el que se ha usado en tres de los casos que presento. En el congreso alemán de cirugía tenido el año pasado, ha presentado una comunicación en la cual dice, que se ha ligado al procedimiento de Roux ó de anastomosis en Y, con la diferencia de que en lugar de hacer los afrontamientos terminales los hace laterales, con su método de sutura, no seccionando el yeyuno hasta no haberlo suturado al estómago.

Método de Carle.—Carle, de Turín, emplea un procedimiento que es una modificación de la gastroenterostomía de Von Hacker. En lugar de suturar el yeyuno al estómago, toma el duodeno á diez ó doce centímetros del píloro y lo anastomosa á la pared posterior del estómago por medio del botón de Murphy número 3 (27 mm.)

De este modo se consigue hacer desaparecer los dos accidentes más frecuentemente observados en el método primitivo, es decir, el reflujo de la bilis y el mal funcionamiento del orificio gastro-duodenal.

La estadística que presenta de gastroenterostomía por estrecheces no cancerosas es la mejor que se conoce, pues arroja una mortalidad de sólo 5 %.

Observaciones

I

Sala 4ª—Servicio del doctor Abel Ayerza

Doroteo Barros, argentino, 30 años, soltero, agente de policía, entró al servicio en Noviembre 12 de 1898.

Antecedentes hereditarios.—Padres vivos y sanos.

Idem individuales. —Cuando niño recuerda haber padecido de fiebres frecuentes. Hace siete años tuvo un chancro que en el Hospital Militar se le dijo era sifilítico, sometiéndolo á un tratamien to adecuado. El año 94, encontrándose en Entre Ríos, tuvo un ataque de reumatismo, que le duró como dos meses y que los médicos que le vieron atribuyeron á la sífilis, tratándolo con ioduro de potasio y bálsamo opodeldoc.

Ha sido siempre muy aficionado á toda clase de bebidas alcohólicas.

Enfermedad actual. —Desde Septiembre del 97 comenzó á sentir dolores en la region epigástrica, que le sobrevenían dos á tres horas después de las comidas y que concluían por traerle vómitos alimenticios ó pituitosos; estos últimos se repetían casi siempre entre tres y cuatro de la mañana, hora en

que le despertaba el dolor que no se calmaba sino con los vómitos.

El dolor al principio era débil, más bien una molestia, pero después se ha hecho fuerte, intolerable, como si le quemasen.

Al mismo tiempo suele tener regurgitaciones ácidas, con ardor. Con los vómitos ha arrojado algunas veces sangre, aunque en pequeña cantidad.

Al principio tenía deposiciones diarreicas, pero ahora es más bien constipado; con frecuencia tiene sensaciones de hambre, las cuales desaparecen cuando toma una pequeña cantidad de alimentos. Sólo toma líquidos ó substancias semilíquidas, que son las que le provocan menos dolor; tiene vértigos y cefalalgias frecuentes.

En Octubre del 97 entró á la sala del Dr. Badía, en el hospital San Roque, en donde se lo sometió á la cura de alcalinos y se le aplicó un vejigatorio en el epigastrio. A los pocos días salió del servicio sin sentir mejoría, según el enfermo. Pasó una semana próximamente en su casa, tiempo durante el cual vomitaba todo cuanto ingería, razón por la cual se abstenía hasta de beber agua.

Entra al servicio del Dr. Ayerza presentando el siguiente —

Estado actual.—Aspecto exterior: Individuo bien constituído, de mediano desarrollo muscular y de coloración trigueña. Tórax simétrico, de diámetros normales. Aparato respiratorio: nada de particular. Aparato circulatorio: Corazón, normal. Pulso, regu-

lar, igual, con 56 pulsaciones y 9 cm³ de tensión. Aparato digestivo. Boca: encías pálidas, con reborde de Thompson, lengua bastante saburral. Estómago: borde inferior 3 cm. por encima del ombligo, borde izquierdo 3 cm. por dentro de la línea mamelonar izquierda. Hay oleaje, sucusión y sensibilidad á la presión. Hígado, normal. Bazo, normal.

Abdomen: un poco deprimido, se toca el colon un tanto retraído, algo sensible y con bolos fecales. Diarrea y constipación.

Examen de jugo gástrico: Hcl. libre 0, Hcl. combinado orgánico 140. Clorhidria 140, cloro total 350, cloro mineral fijo 210, peptonas, hay; ácidos de fermentación, hay; almidón, hay.

Examen de la orina: Cantidad 1.800 gs., amarilla, turbia, alcalina, densidad 1.008, úrea 13,50, cloruros 4,40, fosfatos 0,60; no hay albúmina, glucosa ni pigmentos biliares.

Examen de la sangre: Glóbulos rojos, cantidad 2.196.000 mm³. hemoglobina 13,50 %, grupos de hematoblastos, abundantes glóbulos gigantes.

Diagnóstico.—Gastritis alcohólica con estrechez pilórica cicatricial.

Tratamiento.—Cura de bismuto y alcalinos fraccionados. El tratamiento terapéutico no da resultado y se resuelve practicar una gastroenterostomía, anterior de Doyen; operador Dr. A. Posadas: operación, Noviembre 16/98. Incisión media supra umbilical; se levanta el colon y el epiplón y á lo largo de la cara inferior del mesocolon transverso se busca el origen

del yeyuno. Encontrado éste se reducen el colon y el epiplón disponiendo el anza del yeyuno por delante del colon y paralela á la gran curvatura, de modo que el extremo inferior del yeyuno se dirija hacia el píloro, de tal manera que pueda continuar las contracciones peristálticas del estómago. Se fija el intestino al estómago en una extensión de 12 cm., y se abre una boca de 5 cm. de extensión.

Se hacen suturas dobles : dos seroserosas y una mucomucosa.

El estómago se encuentra retraído y como atrofiado, con paredes espesas y muy vasculares. En la curvatura menor y hacia la cara posterior se encuentra una placa esclerosa, dura y como de 3 cm. A este nivel la serosa se encuentra opaca y sin brillo. El píloro se encuentra duro y bastante espesado. No hay perigastritis ni ganglios infartados. Epiplón gastrohepático espeso y corto.

Noviembre 17. El enfermo no ha vomitado. Se queja de algunos mareos producidos por el cloroformo, y á pesar de haber bebido por error un litro de agua y doscientos gramos de leche, no ha tenido accidente alguno.

Noviembre 19. Sigue bien. Pulsaciones 68, tensión arterial 9,03. Se comienza á administrarle 200 gramos de leche cada tres horas por vía bucal.

Noviembre 20. No ha habido vómitos, pero sí varios movimientos diarreicos.

Se disminuye á 100 gramos la ración de leche y á cuatro horas el intervalo de las raciones.

Noviembre 21. Desaparece la diarrea.

Noviembre 24. Se aumenta la alimentación con huevos, caldo y sopas.

Noviembre 28. Ha habido un vómito bilioso, pequeño, con ardor faríngeo.

Noviembre 29. Se dan alcalinos fraccionados.

Noviembre 30. No ha habido vómitos, ni ardor; el enfermo sigue bien y ha ganado cuatro kilos de peso. El examen de la orina da el siguiente resultado: Cantidad 2000 gramos, amarilla, turbia, ácida densidad 1014, úrea 16,20, cloruros 7,10, fosfatos 1,50.

Febrero 25 de 1899. Después de una temporada en que el enfermo se ha encontrado bien sale de alta completamente curado.

Como se ve, en este caso la gastroyeyunostomía anterior de Doyen da un excelente resultado, no solamente como éxito operatorio, sino también por la curación de la enfermedad: el enfermo se encuentra hoy en las mismas condiciones que cuando se le dió el alta.

II

Bartolomé Del Pino, italiano, 44 años, casado, estivador. Entró al servicio en Mayo 5 de 1899.

Antecedentes hereditarios.—No hay de importancia.

Idem individuales.—Cuando joven ha tenido

bronquitis y blenorragia. Es aficionado á las bebidas alcohólicas, embriagándose á menudo.

Enfermedad actual.—Hace como dos años, con motivo de un exceso en la alimentación, fué atacado de fuertes dolores en la región epigástrica, vómitos frecuentes y diarrea. Al cabo de cinco días, estos síntomas desaparecieron gracias á la dieta y tratamiento médico que observó.

Una vez que volvió á su régimen habitual, comenzó á notar que le faltaba el apetito y que los alimentos le caían muy pesados, sintiendo un malestar desagradable en la región epigástrica. En estas condiciones, ha pasado más de un año, convirtiéndose algunas veces estas molestias, cuando comete un exceso de régimen, en dolores bastantes fuertes, acompañados de vómitos.

Hace alrededor de tres meses que los dolores se han hecho constantes después de las comidas. Se inician como al cuarto de hora después de la ingestión de los alimentos, teniendo como foco la región pilórica é irradiándose hacia adelante y hacia arriba (el enfermo los compara á algo que se contrajera fuertemente en el vientre). Al mismo tiempo ó poco después, aparecen los vómitos que son alimenticios y algunas veces en más cantidad que los alimentos recién ingeridos. Ellos calman en gran parte el dolor, razón por la cual el enfermo muchas veces los provoca.

Ha perdido notablemente las fuerzas y se ha adelgazado mucho (diesciséis kilos en tres meses). La cantidad de orina también ha disminuído.

Estado actual.—Aspecto exterior: Individuo de buen desarrollo muscular. Abdomen bastante deprimido; ninguna otra cosa de particular.

Aparato respiratorio: Normal.

Idem circulatorio: Corazón: La punta no se ve ni se palpa, la percusión da un área de 99 cm^2; á la auscultación, se nota debilitado el segundo tono.

Pulso: regular, igual, con 56 pulsaciones por minuto y una tensión de 16 cm^3.

Aparato digestivo. Boca, nada digno de señalarse. Estómago, dilatado.

Intestinos: los colon ascendente y descendente, dan la sensación de cuerda. Constipado.

Jugo gástrico: resultado de la comida de prueba. Acidez total 139 mgr. Hcl. libre 0,00. Hcl. combinado orgánico 70. Clorhidria 70. Cloro total 300. Cloro mineral fijo 230. Peptonas 12,00. Acidos de fermentación 80. Almidón: hay mucho. Maltosa 1,20. Albúmina, vestigios. Dextrina 12,50.

Examen de orina: Cantidad 900 cm^3, amarilla, clara, turbia, ligeramente alcalina, densidad 1012, úrea 16,20, cloruros 1,80, fosfatos 1,40. No hay albúmina, glucosa, ni pigmentos biliares. Hay cristales de urato de sodio y de fosfato triple.

Diagnóstico.—Estrechez espasmódica del píloro, gastritis crónica.

Tratamiento. — Resuelta la intervención quirúrgica, pues el tratamiento médico no dió resultado alguno, pasa al servicio de cirugía.

Operador, doctor Palma. Operación, Julio 7 de

1899. Hecha la laparotomía se encuentra el píloro perfectamente normal y el estómago un poco dilatado. Se hace la Gastroenterostomía posterior de Von Hacker modificada por Carle, de Turín. Al otro día el enfermo comienza á alimentarse con leche, pocos días después se le administra ración completa.

Hoy hace un mes que ha sido operado y salvo pequeñas alternativas se encuentra bastante bien en condiciones de darle el alta.

III

Juan Morone, italiano, 34 años, soltero, jornalero, entró en 16 de Junio de 1897.

Antecedentes hereditarios. — Ninguno de importancia.

Idem individuales y enfermedad actual.—Desde niño padece de frecuentes desarreglos intestinales. Ha abusado de las bebidas alcohólicas.

Su enfermedad actual comenzó, hace como seis meses, por inapetencia y por dolores en la región pilórica, que se presentaban después de las comidas. Poco después tuvo vómitos que al principio tenían lugar después de las comidas, pero que luego se producían por cualquier motivo.

Notando que estos síntomas aumentaban con adelgazamiento, pérdida de fuerzas y algunas molestias nerviosas, decidió entrar á la sala.

Estado actual. — Hábito externo: Individuo de pequeño esqueleto y muy desnutrido. Tórax estrecho. Pulmones: nada de particular. Corazón: pequeño y débil, la punta no se ve ni se palpa. A la auscultación nada de anormal. Hígado: normal. Bazo: normal.

Abdomen: En la región pilórica, se toca un tumor, pequeño, movible, que da submatitez á la percusión y que es doloroso.

En la región hipogástrica el abdomen está deprimido y fláxido, permitiendo tocar algunos ganglios del mesenterio que estaban ligeramente tumefactos como los de ambas regiones inguinales. El colon en su porción descendente deja palpar algunos pequeños tumores móviles, blandos, que parecen fecales. Boca: nada de anormal.

Pulso: frecuente y pequeño.

Orina: cantidad, 550 gramos; amarilla, rojiza, turbia, ácida. Densidad 1017. Úrea 12,81 °/₀₀. Cloruros 3,20 °/₀₀. Fosfatos 3,50 °/₀₀. No hay albúmina, glucosa ni pigmentos biliares. Jugo gástrico. Comida de Hayen. Acidez total 1,46 °/₀₀. Ácido clorhídrico no hay. Ácidos de fermentación 4 °/₀₀.

Diagnóstico. — Estrechez pilórica espasmódica, gastritis crónica.

Tratamiento. — Decidida la intervención quirúrgica, se hace una laparotomía que comprueba el diagnóstico, efectuándose la operación de Mickulitz ó píloro-plastia. El enfermo pasa varios días sin vomitar y más aliviado, al cabo de los cuales vuelve

al mismo estado de antes de la operación. Por esta razón se practica una nueva operación. Incindida la pared abdominal y abierto el fondo del estómago, se constata que la anterior operación ha sido bien practicada, pues el índice del cirujano atraviesa el orificio pilórico; pero notando gran dilatación del estómago, y sospechando que la consiguiente paresia de los elementos contráctiles impiden que el contenido del órgano pueda subir hasta el nivel del orificio, se decide practicar la gastroenterostomía según el método de Doyen. Después de seguir varios días relativamente bien, comienzan de nuevo los vómitos, y la defecación espontánea se hace muy difícil. Se le administra alcalinos, infusiones de coca, bromuros asociados y enemas laxantes, con los cuales desaparecen estos síntomas.

El enfermo sale del hospital el 5 de Noviembre del mismo año, podemos decir curado, puesto que solamente cuando cometía algún abuso de régimen, tenía vómitos y algunos dolores, encontrándose perfectamente cuando se ajustaba al régimen prescripto.

En este caso la píloro-plastia no dió resultado alguno, lo que está de acuerdo con la opinión de Czerny y otros que la han abandonado por completo. Hubo que recurrir al poco tiempo á la gastroenterostomía, con la cual el enfermo sanó.

IV

Sala 8ª—Servicio del doctor Gregorio Chaves

Julio Gómez, 49 años, español, jornalero, casado; entró al servicio en Julio 5 de 1897.

Antecedentes hereditarios. —No da antecedentes de importancia.

Idem individuales. —No es bebedor y fuera de algunos dolores reumáticos ha gozado siempre de buena salud, siendo bastante fuerte para el trabajo.

Enfermedad actual. —Hace como seis meses que sin causa apreciable, comienza á perder el apetito y á sentir poco después de las comidas, como un peso en la región epigástrica. Al mismo tiempo, nota que se adelgaza y que pierde fuerzas, teniendo que suprimir la carne y otros alimentos pesados, porque le producen mayor sensación de peso y hasta algunos dolores. En estas condiciones continúa por dos ó tres meses. Poco después la sensación de peso se convierte en un dolor agudo, que se presenta después de las comidas y que tiene como foco la región pilórica, irradiándose hacia adelante y hacia atrás.

Conjuntamente aparecen vómitos, que tienen lugar poco después de las comidas y que calman en gran parte el dolor.

Al principio son raros, pero después se hacen frecuentes, provocándolos muchas veces el enfermo, para disminuir el dolor.

Dice que se ha enflaquecido mucho y que su color ha cambiado, encontrándose muy pálido.

Estado actual.—Abdomen: A la inspección se le nota abovedado, dibujándose el trayecto de los colon ascendente, trasverso y descendente.

Palpación: A la derecha de la línea media y un poco por debajo del reborde costal se toca un tumor pequeño, irregular, duro, doloroso y movible con la respiración.

Algunas alteraciones en el pulmón y la piel.

Examen del jugo gástrico: Comida de prueba: 30 gramos de pan, una clara de huevo cocida y 100 gramos de agua destilada. A la hora y media se extraen por aspiración unos 50 cm.^{3} de un líquido blanquecino conteniendo partículas de pan y de albúmina cocida. Reacción neutra.

Acido clorhídrico: no tiene.

Acido láctico: tiene.

Da igualmente las reacciones de la glucosa y de las substancias amiláceas.

Examen microscópico: Granulaciones amiláceas.

Examen de la orina: Cantidad 2300 cm.^{3} color amarillo claro, aspecto turbio, reacción neutra, densidad 1009. Urea, 10,68 $^0/_{00}$. Cloruros, 3 $^0/_{00}$. Fosfatos, 1 $^0/_{00}$. No hay albúmina, glucosa, ni pigmentos biliares.

Diagnóstico. — Estrechez cancerosa del píloro.

Tratamiento. — (Operador doctor A. Posadas; operación, Julio 19 de 1897.)—Resuelta la intervención quirúrgica, se practica la laparotomía en la línea mediana entre el ombligo y el apéndice xifoides y una vez abierta la pared se encuentra en el píloro un tumor sólido, irregular, con un núcleo del tamaño de una mandarina en la pequeña curvatura, con propagación también al duodeno y á los ganglios posteriores.

Se resuelve no extraer el tumor y se practica una gastroenterostomía anterior, según el método de Doyen.

Al otro día el enfermo está bien, sin vómitos ni dolores y con buen pulso; se continúa los enemas de café y coñac empezados desde el día anterior y se le da 30 gramos de *cocktaill*, cada tres horas, por ingestión bucal.

Agosto 4 (quince días después de la operación). —Se agrega á su comida anterior un poco de pescado y pollo, se suprime los enemas y se da ácido clorhídrico.

En estas condiciones, sin vómitos ni dolores y aumentando de peso, continúa, durante mes y medio más ó menos, al cabo de los cuales vuelven á aparecer los mismos síntomas de antes, acompañados de insuficiencia hepática y caquexia pronunciada.

Muere el 16 de Octubre más ó menos en ese estado.

Autopsia.— Abdomen. — Hígado adherido en su cara superior al peritoneo diafragmático por raras y fuertes bridas fibrosas.

Todo el lóbulo izquierdo está transformado en una papilla blanco-amarillenta, que se deshace con facilidad, habiendo perforado esta substancia las paredes del estómago, encontrándose parte del lóbulo dentro de la cavidad.

Las otras porciones de parénquima presentan una coloración rojiza.

El estómago presenta á más de la destrucción de su curvatura menor por el tumor hepático, otro tumor desarrollado al nivel de la gran curvatura, constituído por idéntica substancia al desarrollado en el hígado y perteneciente á los ganglios mesocolonceliacos.

Al nivel del píloro la mucosa está espesada, de coloración obscura, con puntos de gangrena en la superficie, habiendo además pequeñas vegetaciones fungosas y estando el calibre del orificio muy estrechado.

Al nivel de la gran curvatura, en la cara anterior y en la parte más declive del órgano, se percibe un orificio cuyo diámetro no alcanza á un centímetro; este orificio pone en comunicación la cavidad estomacal, con la segunda porción del duodeno en su parte terminal, estando esta porción de intestino colocada por delante del colon transverso y fuertemente adherida al estómago, en el punto de comunicación.

En este caso, vista la propagación del tumor, se hizo una gastroenterostomía con un objeto paliativo. El resultado operatorio fué excelente; pues el enfermo vivió casi tres meses, siendo debida la terminación fatal, á la propagación y diseminación metastática del tumor.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

En igualdad de lesión física, tratándose de las enfermedades del corazón, el pronóstico es más benigno en los niños que en los adultos.

Los Basedowianos suelen tener crisis gástricas precoces.

El mejor hemostático son las inyecciones de suero gelatinizado.

Agosto 8 de 1899.

Nómbrase á los señores Académico Dr. José Penna, Profesor Titular Dr. Francisco Sicardi y Profesor Suplente Dr. Horacio G. Piñero, para que constituídos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

J. T. Baca.

Luis M. Acuña.

Agosto 28 de 1899.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex alumno Sr. Julio Alonso Uballes:

"En el local de la Facultad, á 28 de Agosto de 1899, reunida la Comisión que subscribe, encargada de dictaminar respecto de la admisibilidad de

la tesis presentada por el ex alumno Sr. Julio Alonso Uballes, que versa sobre "Las estrecheces del píloro", resolvieron admitirla. Con lo que terminó el acto.

(Firmados): José Penna. — Francisco Sicardi. — Horacio G. Piñero. — *Zenón Aguilar*". — *Luis M. Acuña.*

Agosto 28 de 1899.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

J. T. Baca.

Luis M. Acuña.
