



N.º 3103

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TUBERCULOSIS ESTENOSANTE DEL PÍLORO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN B. DUODO

Ex-ayudante del Instituto de Fisioterapia del Hospital Nacional de Clínicas (1912)
Ex-practicante interno menor y mayor del Hospital Italiano (1913-14-15-16)



BUENOS AIRES

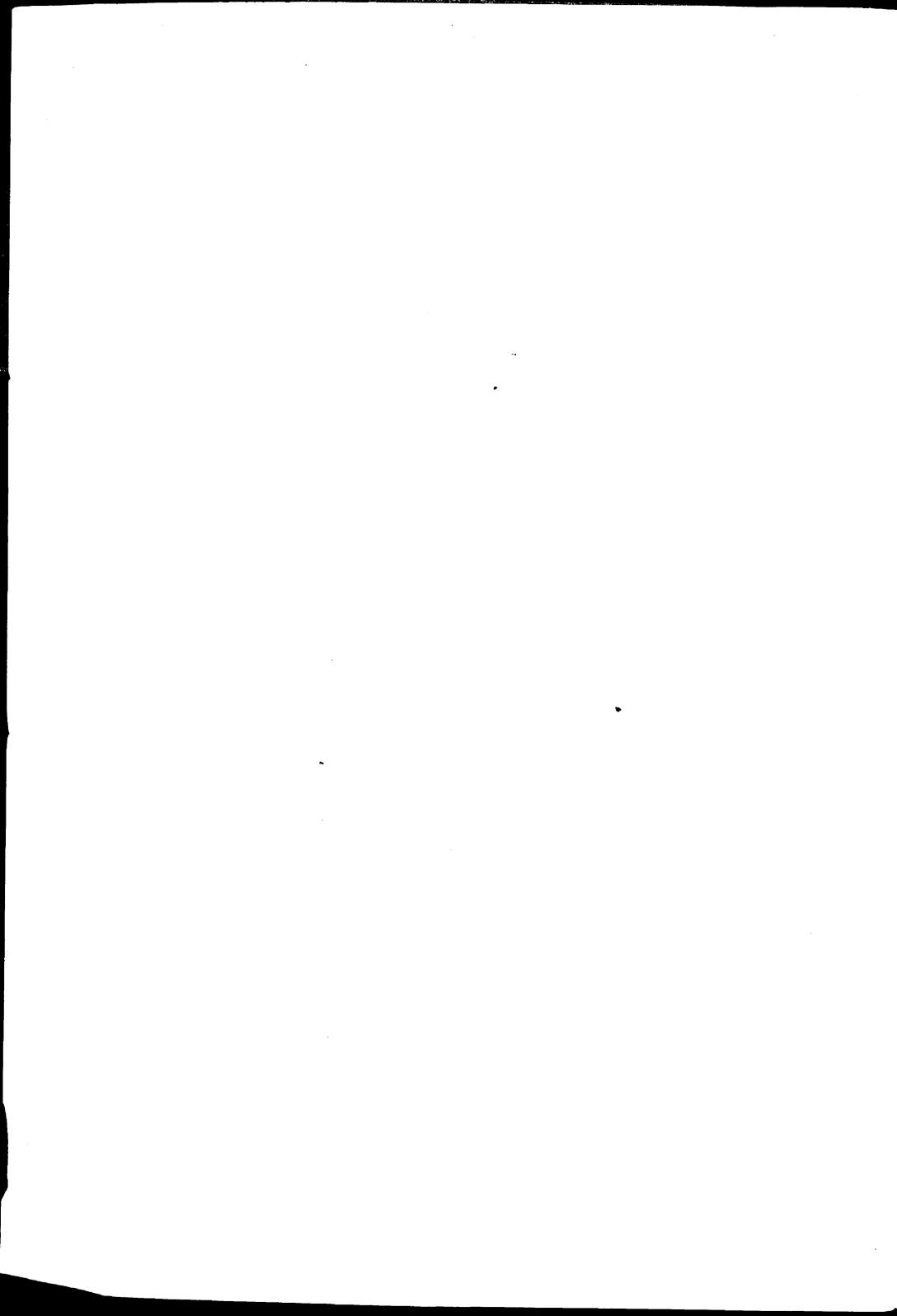
«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

2254 - Córdoba - 2254

1916

Man. B. 1916

TUBERCULOSIS ESTENOSANTE DEL PÍLORO



Año 1916

N.º 3103

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TUBERCULOSIS ESTENOSANTE DEL PÍLORO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN B. DUODO

Ex-ayudante del Instituto de Fisioterapia del Hospital Nacional de Clínicas (1912)
Ex-practicante interno menor y mayor del Hospital Italiano (1913-14-15-16)



BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
2254 — Córdoba — 2254

1916

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

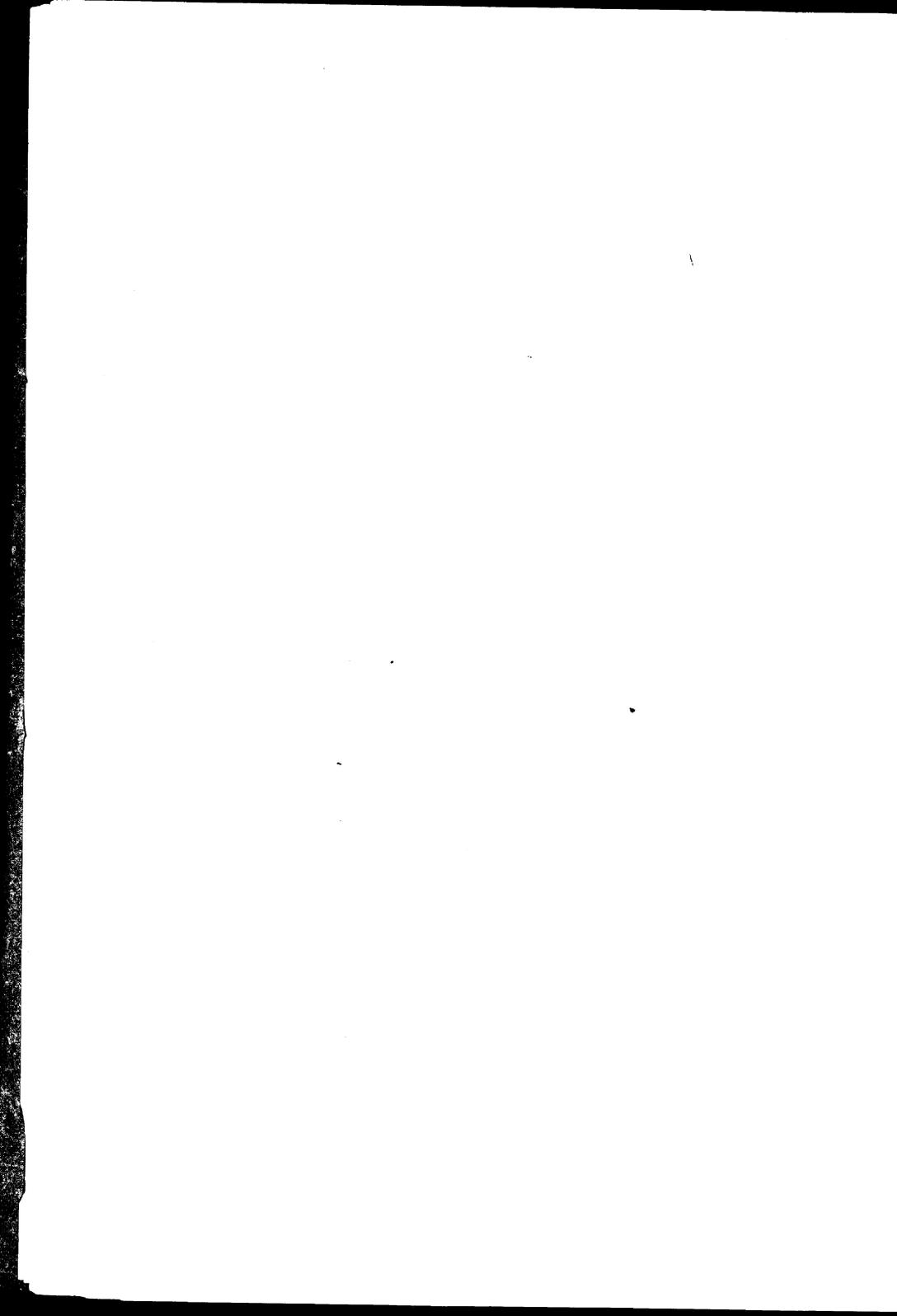
Miembros titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » PEDRO LAGLEYZE
5. » » JOSÉ PENNA
6. » » LUIS GÜEMES
7. » » ELISEO CANTÓN
8. » » ANTONIO C. GANDOLFO
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » DANIEL J. CRANWELL
11. » » HORACIO G. PIÑERO
12. » » JUAN A. BOERI
13. » » ANGEL GALLARDO
14. » » CARLOS MALBRAN
15. » » M. HERRERA VEGAS
16. » » ANGEL M. CENTENO
17. » » FRANCISCO A. SICARDI
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » DESIDERIO F. DAVEL
21. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » ABEL AYERZA
24. » » EDUARDO OBEJERO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

» » MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TEJEMACG SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRÁN

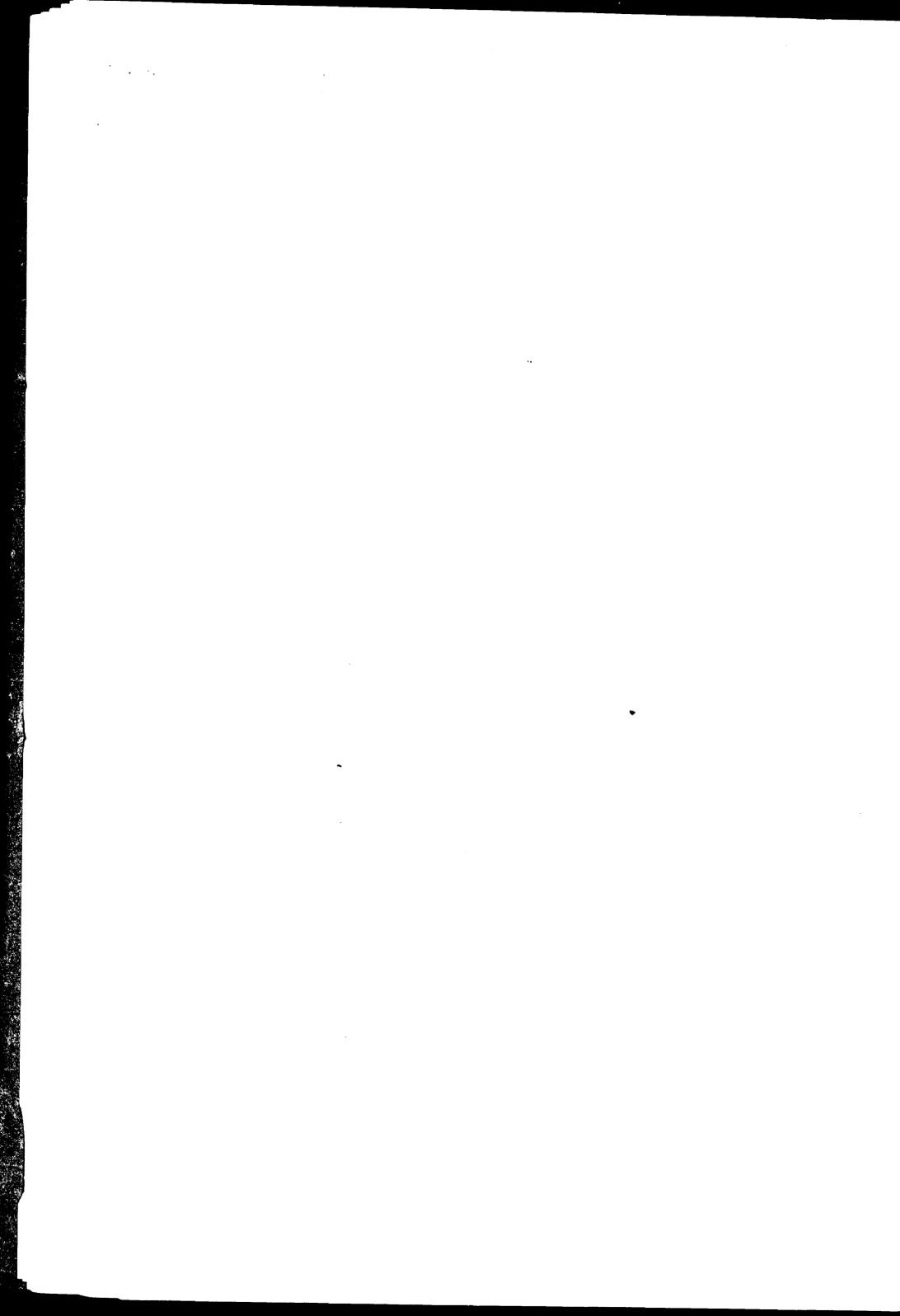
Consejeros

- DR. D. LUIS GÜEMES
- » » ENRIQUE BAZTERRICA
 - » » ENRIQUE ZÁRATE
 - » » PEDRO LACAVERA
 - » » ELISEO CANTÓN
 - » » ANGEL M. CENTENO
 - » » DOMINGO CABRED
 - » » MARCIAL V. QUIROGA
 - » » JOSÉ ARCE
 - » » ABEL AYERZA
 - » » EUFEMIO UBALLES (con licencia)
 - » » DANIEL J. CRANWELL
 - » » CARLOS MALBRÁN
 - » » JOSÉ F. MOLINARI
 - » » MIGUEL PUIGGARI
 - » » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)

» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



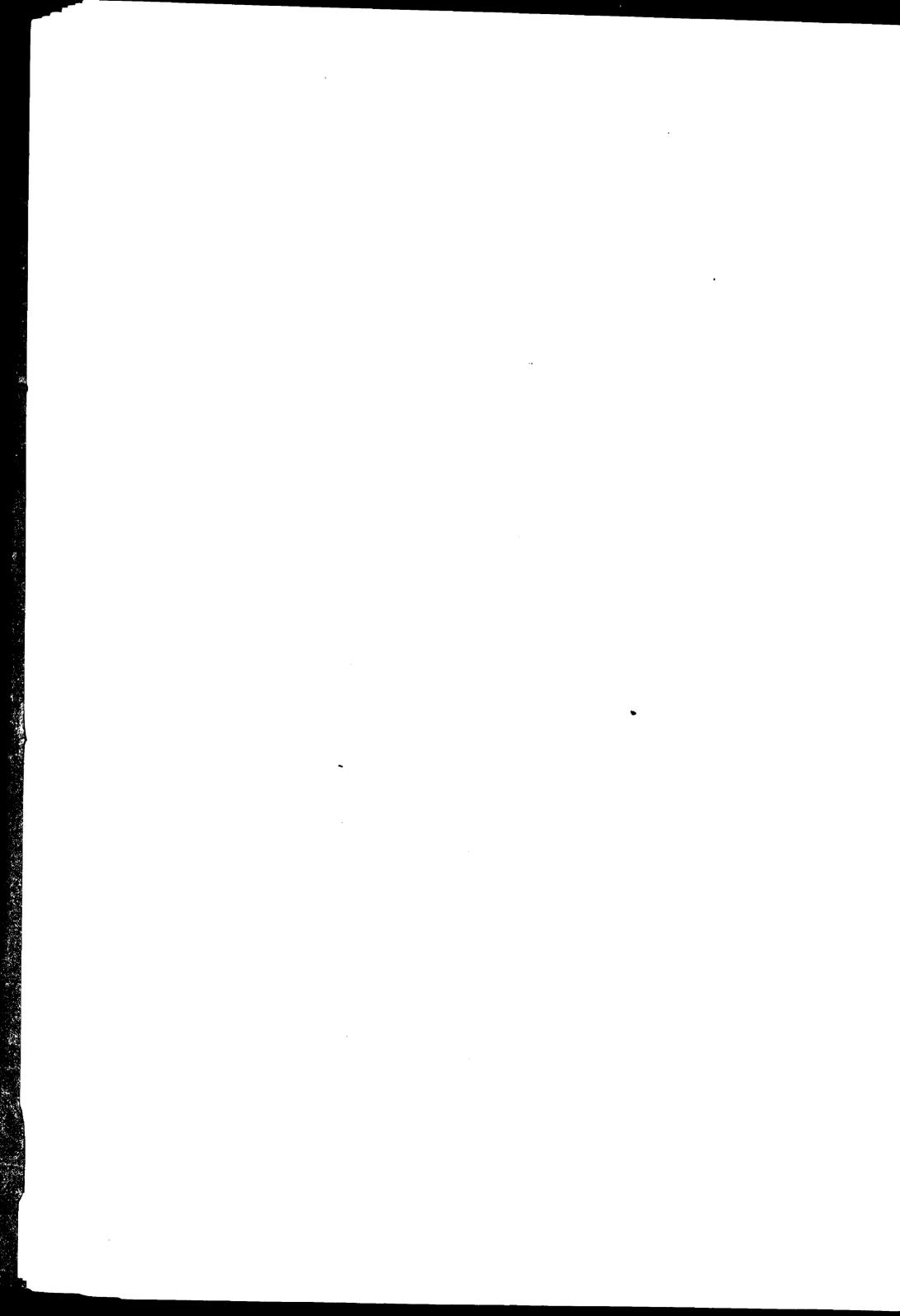
ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
 - » PEDRO N. ARATA
 - » FRANCISCO DE VEYGA
 - » ELISEO CANTÓN
 - » JUAN A. BOERI
 - » FRANCISCO A. SICARDI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAZONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica..	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada...	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



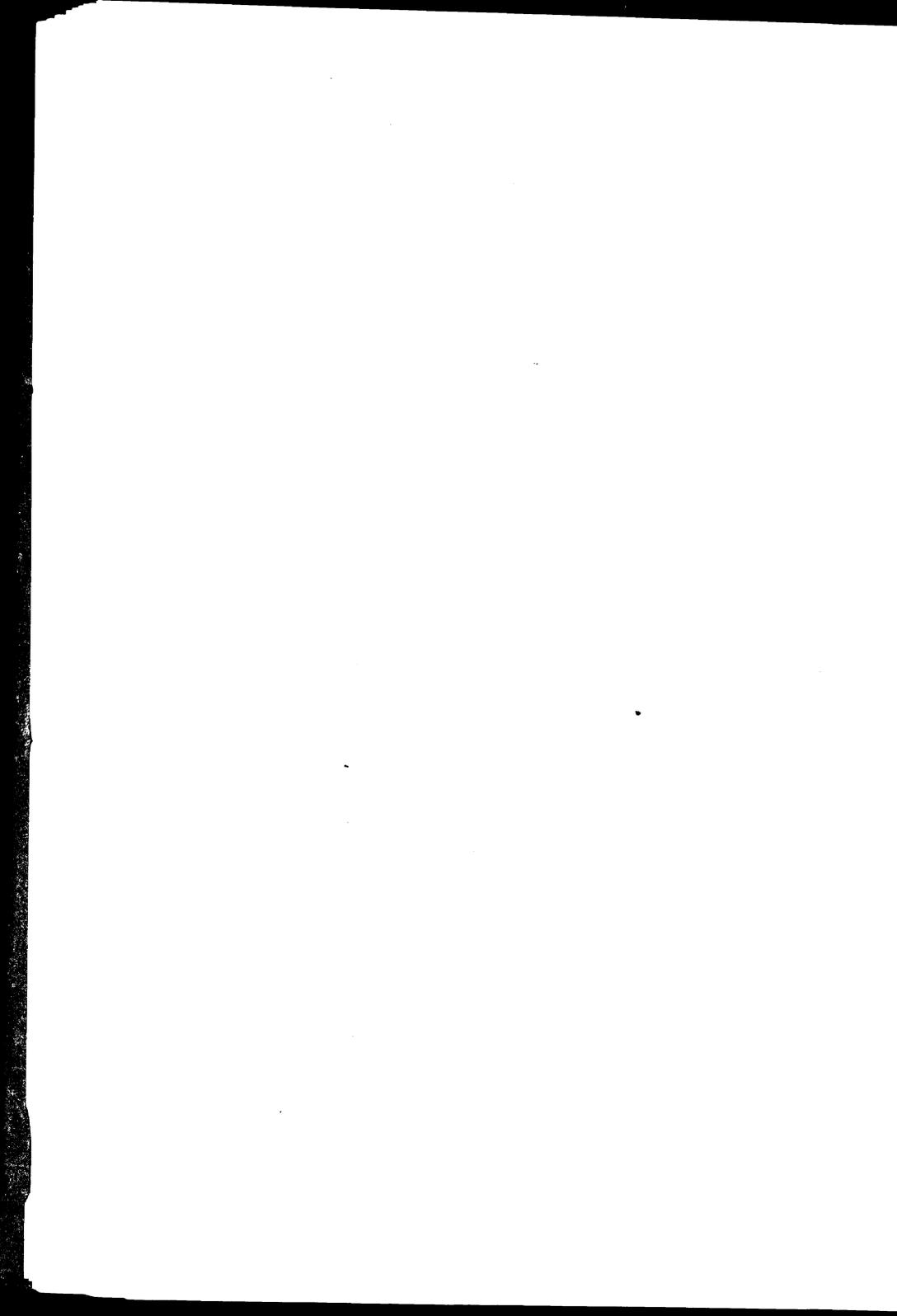
ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	{ » JUAN CÁRLOS DELFINO
	{ » LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica.....	{ » JOSÉ R. SEMPRUN
	{ » MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	{ » BENJAMÍN T. SOLARI
	{ » JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	" GULLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	" SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	" EUGENIO A. GALLI
	" FRANK L. SOLER
	" BERNARDO HOESSAY
	" RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Química Biológica.....	" GERMÁN ANSCHÜTZ
Higiene médica.....	" BENJAMÍN GALARCE
Semeiología y ejercicios clínicos...	" FELIPE A. JUSTO
Anatomía patológica.....	" MANUEL V. CARBONELL
Materia médica y Terapia.....	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Medicina operatoria.....	" ALFREDO VITÓN
Patología externa.....	" JOAQUÍN LLAMBIÁS
	" ANGEL H. ROFFO
	" JOSÉ MORENO
	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
	" CARLOS ROBERTSON
	" FRANCISCO P. CASTRO
	" CASTELFORT LUGONES
	" NICOLÁS V. GRECO
Clinica dermato-sifilográfica.....	" PEDRO L. BALIÑA
> génito-urinaria.....	" BERNARDINO MARAINI
> epidemiológica.....	" JOAQUÍN NIN POSADAS
> oftalmológica.....	" FERNANDO R. TORRES
> oto-rino-laringológica.....	" ENRIQUE B. DEMARÍA
	" ADOLFO NOCETI
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MANUEL CASTRO ESCALADA
	" PEARO LABAYETI
Patología interna.....	" LEÓNIDAS JORGE PACIO
	" PABLO M. BARLARO
	" EDUARDO MARIÑO
	" JOSÉ ARCE
	" ARMANDO H. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLÉ
	" PEDRO CHUTRO
	" JOSÉ M. JORGE (H.)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO F. LANDIVAR
	" JUAN JOSÉ VITÓN
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. BULLRICH
> médica.....	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" JOSÉ DESTÉFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" MAMERTO ACUÑA
> pediatría.....	" GENARO SISTI
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
> ginecológica.....	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" ALBERTO PERAITA RAMOS
> obstétrica.....	" FAUSTINO J. TRONGÉ
	" JUAN B. GONZÁLEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. BOERO
	" JOAQUÍN V. GNECCO
Medicina legal.....	" JAVIER BRANDAM
	" ANTONIO PODESTÀ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica.....	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas ..	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica	{ SR. PEDRO J. MÉSIGOS
	» LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	» ANGEL SABATINI



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año.....	» LEON PEREYRA
3 ^{er} año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2.^o año)
» JUAN M. CARREA (Prótesis)

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc..... DR. J. C. LLAMES MASSINI

Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica..... DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... » UBALDO FERNANDEZ



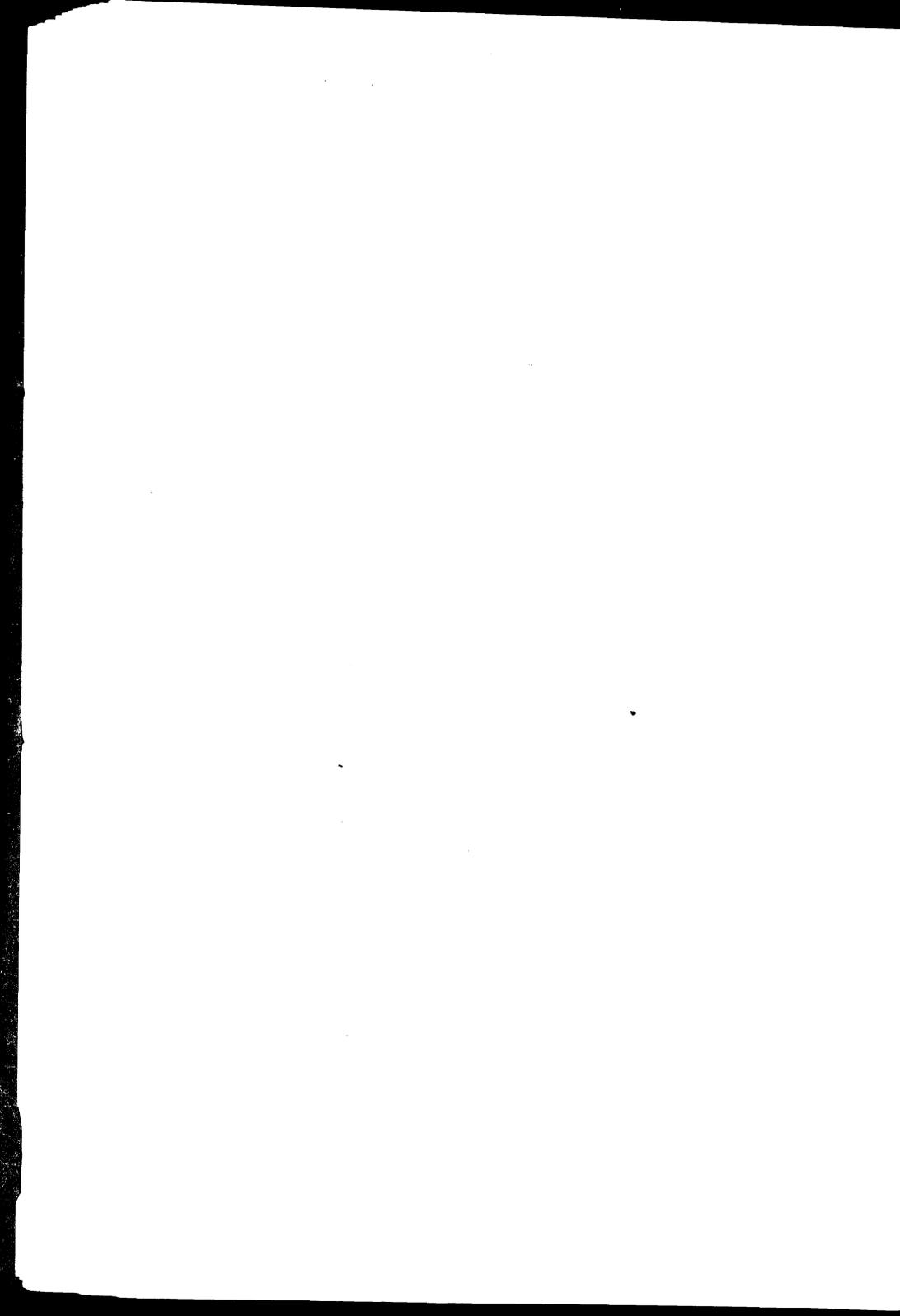
PADRINO DE TESIS

DOCTOR ANTONIO N. CAPURRO

Jefe de Clínica Médica del Hospital Italiano

A MIS PADRES

GRATITUD



SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Tengo, señores, el intenso placer de presentar á vuestro ilustrado criterio este trabajo, con el cual cumpla el último requisito que nuestra Facultad requiere, para otorgar el título de Doctor en Medicina.

Hoy, coronadas mis aspiraciones de estudiante, manifiesto mi más sincera gratitud para aquellos que en la noble austeridad del aula, ó á la cabecera del enfermo, supieron enseñarme los principios científicos de nuestra humanitaria y abnegada profesión.

Pero, no es solamente esto, señores, lo que constituye vuestro indiscutible mérito y que obliga al reconocimiento de los que han cursado nuestra escuela, otro factor, un factor moral, sustentado con el entusiasmo de una vida consagrada al estudio y al bien, sirve de ejemplo y denota perentoriamente que para el

progreso de la sociedad, la ciencia y la moral deben marchar inseparables.

En la presente tesis estudio una afección rara y de interés, la tuberculosis estenosante del píloro, en primer término en su parte general y luego consigno la observación clínica correspondiente.

Al Dr. Antonio N. Capurro que me honra acompañándome como padrino en este acto, mis más sinceras expresiones de afecto y gratitud por la amistad con que me ha distinguido.

Al Dr. Francisco L. Grapiolo, Director del Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano, cuyo juicio clínico y sabias enseñanzas me han servido de ejemplo, mi agradecimiento y aprecio.

A los Dres. Alfredo Lanari, Director del Instituto de Fisioterapia del Hospital Nacional de Clínicas y Juan M. Obarrio, Jefe de la Sección de electroterapia del mismo, que con esclarecido criterio científico, me enseñaron los principios de esa especialidad, reconocimiento y respeto.

A los Dres. Luis Lenzi y Salvador S. Marino por sus buenos consejos en cirugía y á los Dres. Raúl Pini y Leonardo Grasso por sus gentilezas y caballerosidad, mi estimación sincera.

A todos mis compañeros y amigos el vínculo de mi afecto, especialmente, al Ing. Alberto Cevy y á los doctores Orestes E. Adorni, Raúl F. Vaccarezza y Antonio Terrera, al calor de cuya amistad he forjado los más bellos ideales de mi vida.

CAPITULO I

GENERALIDADES

El agente patógeno de las tuberculosis cuya localización es susceptible de efectuarse en múltiples órganos de la economía, afecta en ocasiones al estómago dando origen por la modalidad clínica con que se presenta, como por el proceso anátomo-patológico que la caracteriza á dos tipos diferentes cuyo estudio y descripción se efectúa por separado.

Primer tipo.—Ulceración tuberculosa del estómago.

Segundo tipo.—Tuberculosis estenosante del píloro.

Su rareza por una parte y por otra su evolución atenuada dentro del cortejo sintomático común de la tuberculosis pulmonar, son causas que explican suficientemente el por qué la úlcera tuberculosa del estómago ha permanecido desconocida por largo tiempo.

En 1878, Spillmann, afirmaba que solo podría trazarse un cuadro clínico de pura fantasía y 10 años más tarde Marfan escribía «en el momento actual el ensayo no sería probablemente más provechoso».

Hoy y recorriendo brevemente la historia de esta forma, las observaciones de Pozzi (cuyo examen histológico fué efectuado por Cornil), Lorey, (examen histológico de Liouville), Gille Brechemin (examen histológico de Saborin), Talomon (examen de Balzer), Bignon, Mathieu, Eppinger, Barth y los estudios efectuados en Alemania por Kühn (1889), Blas (1896), Heine (1899) y los trabajos publicados en Francia por Letorey (tesis, París 1895), Batsere (tesis, Toulouse 1901) y Arloing (tesis, Lyon 1902) corroboran manifiestamente su existencia.

Entre nosotros el Dr. Juan R. Goyena en su tesis «Observaciones clínicas» (1906) presenta un caso de ulceración tuberculosa del estómago.

Por ser la observación clínica que presentamos perteneciente al 2.º tipo, es decir tuberculosis estenosante del píloro, es á esta forma á la cual concretaremos nuestro estudio.

HISTORIA

Al escribir la historia de una localización del agente específico de la tuberculosis, creemos que merece en primer término citarse los nombres de aquellos que estable-

cieron las bases esenciales sobre las que se apoya el concepto clínico de esta afección: Laennec, Villemin, Roberto Koch.

Laennec afirma la unidad del proceso tuberculoso, reconoce la identidad de las granulaciones grises y de los tubérculos caseosos y al mismo tiempo expresa su convencimiento de que la escrofulosis de los ganglios linfáticos depende de origen análogo.

Villemin (1865) establece experimentalmente la inoculabilidad de la tuberculosis, lo mismo para los productos caseosos que para las granulaciones grises, y finalmente Roberto Koch en el año 1882 logra disipar las incertidumbres subsistentes respecto á su etiología, descubriendo el agente específico que la determina; el trabajo en el cual se encuentran consignados los resultados de sus experiencias, marca una etapa fundamental en la historia de la medicina.

Las primeras observaciones de la tuberculosis estenosante del píloro se encuentran confundidas entre los casos en los cuales el proceso tuberculoso presentaba el aspecto ulcerativo, es decir las ulceraciones tuberculosas del estómago.

Los casos de tuberculosis estenosante del píloro presentados por Hattute (1874), O. Barbacci (una rara forma de tuberculosis gástrica. «Lo Sperimentale» 1890, página 475), Beadles (1892) Orlandi (1893) pasaron casi desapercibidos.

Lava en el año 1893 presenta una observación en la

cual una úlcera tuberculosa circular situada á nivel de la región pilórica, de bordes espesos é irregulares, daba origen á fenómenos de estenosis pilórica.

En el año 1894, Durante, llama la atención sobre esta variedad de estenosis pilórica tuberculosa y en una comunicación á la Sociedad Italiana de Cirugía, presenta dos casos sometidos por él á intervención operatoria; en uno de sus operados logra con el examen histológico de los trozos extraídos en el curso de la operación observar la forma anátomo-patológica del tubérculo miliar.

Después de esta fecha citaremos las observaciones de Margarucci (1898), Leven (1901), Chevassu (1901), Mayo Robson (1902); en el año 1905 Ricard y Chevrier dan á conocer cuatro nuevos casos de tuberculosis estenosante del píloro, sometidos á intervención operatoria y hacen un estudio general de la afección.

A más de estas citaremos las siguientes observaciones:

Alexander, Nordmann, Brunner, Czeruy, Jacobs (1900), Curšchmann, Renon y Verliac, Vallas, Lipscher, Docq, Godart-Danhieux (1901), Godart-Danhieux (1904), Allesandri (1905), Ruge, Eiselberg, Merry, Ferrari, Herrzel, Tichoff, Beresnegowski, Tigener-Fall, Leclerc y Gardere.

CAPÍTULO II

ANATOMIA PATOLÓGICA

Estudiaremos en primer término el aspecto macroscópico de las lesiones tuberculosas que determinan la estenosis pilórica, luego someramente la parte histológica de dicho proceso, por último mencionaremos especialmente las lesiones ganglionares que originan el tipo de tuberculosis estenosante puramente extrínseca.

ESTUDIO MACROSCÓPICO

La región correspondiente al píloro aparece hipertrofiada, este aumento de volumen en ocasiones está limitado solamente al anillo pilórico y da la impresión de un tumor prominente, en otras circunstancias el proceso se extiende á las regiones yuxtapiilóricas.

La superficie peritoneal circunvecina presenta un color gris sobre el cual se notan bandas blancas de aspecto fibroso y algunas manchas rojas de hiperemia, en ocasiones se encuentra cubierta de granulaciones grises; es necesario diferenciar estas granulaciones de las del tipo puramente inflamatorio, las granulaciones tuberculosas son más blancas y translúcidas.

La extensión de las lesiones de induración es variable, existen casos en los cuales la lesión toma una forma anular de 2 centímetros de amplitud, á nivel del píloro, ó bien se extiende hacia el lado del estómago invadiendo todo el vestíbulo pilórico; en otros casos la propagación se hace hacia el duodeno afectando el primer tercio de la primera porción; esta invasión del duodeno es relativamente frecuente, pues se le encuentra una vez sobre cuatro y constituiría un carácter diferencial en relación al cáncer pilórico, el cual raramente afecta al duodeno.

Presentan estas lesiones una consistencia especial, firme, elástica (Tuffier), cartilaginosa (Hattute) y Ricard y Chevrier la comparan á la sensación que produce un cilindro de cartón endurecido.

Al corte se observa infiltración de masas ó núcleos amarillentos caseosos, separados entre sí por una trama conjuntiva que les forma celdas en las cuales se alojan.

De un modo general, todas las tónicas del antro pilórico se encuentran invadidas; no obstante hay casos en los cuales la mucosa no está atacada ó no presenta más que ulceraciones pequeñas y superficiales como lo com-

prueban las observaciones de Durante, Vallas y Lipscher; pero es frecuente que la mucosa presente una ulceración única; la extensión de esta ulceración estenosante es aproximadamente de 5 centímetros de largo por 3 á 5 centímetros de ancho, que dispuesta perpendicularmente al eje del antro pilórico le rodea en forma de un anillo completo ó incompleto.

Los caracteres de esta ulceración que tan frecuentemente se encuentra en la tuberculosis estenosante del píloro, son los mismos que los que presentan las ulceraciones tuberculosas del estómago, esto se explica fácilmente teniendo presente la identidad de etiología y proceso anátomo-patológico, es en efecto una úlcera tuberculosa.

Los bordes de esta ulceración son espesos salientes y dominan la mucosa circunvecina, la cual presenta en un cuarto de los casos próximamente pequeñas granulaciones miliare; estos bordes del lado de la ulceración son tallados á pico, adelgazados se doblan y enrollan sobre sí mismos; el fondo de esta ulceración es irregular, tomentoso atravesado por repliegues ó bridas fibrosas, está recubierto de un magma de coloración amarillenta gris ó gris rojizo de aspecto caseoso y aún es posible observar granulaciones de aspecto variable.

La profundidad de esta ulceración es diferente según el número de las tónicas destruidas, el proceso ulcerativo puede interesar solamente á la mucosa, puede atacar

también á la subserosa y llegar aún á la perforación; esta úlcera puede originar fistulas notables.

La cicatrización de una úlcera tuberculosa de este tipo puede ser causa de una estenosis pilórica (Leriche, Mouriquand), esta forma de cicatrización no es un concepto teórico, la observación de Labadie-Lagrave es un ejemplo que debe ser notado, en la autopsia de un tísico cuya enfermedad remonta á un período anterior prolongado se encuentra una cicatriz estomacal de la pequeña curvatura, adherente á un ganglio fibroso, los casos de Curschmann, Margarucci y Tripier muestran también la posibilidad de esta cicatrización.

A más de la ulceración pilórica estenosante y de la tuberculosis estenosante marcadamente extrínseca por compresión producida por ganglios peripilóricos, vamos á mencionar la forma constituida por el tuberculoma hipertrófico.

El tuberculoma hipertrófico se caracteriza (Leriche y Mouriquand) por un enorme espesamiento parietal constituido principalmente por infiltración de la submucosa y esclero-adiposis subserosa, en el intestino grueso este último factor interviene como causa determinante principal, en el estómago así como en el intestino delgado la reacción fibroadiposa falta; el tuberculoma hipertrófico es un brote fungoso de la submucosa con infiltración fibrosa en la proximidad, no existe gran proliferación serosa.

En el tuberculoma hipertrófico la ulceración de la

mucosa gástrica falta ó no existen más que pequeñas ulceraciones, la lesión está constituida principalmente por una infiltración de la pared.

El tuberculoma puede invadir la región del píloro y provocar su estenosis y es diagnosticado con frecuencia como cáncer pilórico.

Mencionaremos por último la llamada enfermedad de Patella, que podríamos definir como una localización pilórica de la tuberculosis inflamatoria de Poncet.

La tuberculosis puramente inflamatoria sería capaz de producir según Leriche y Mouriquand la estenosis pilórica, citan en apoyo de su opinión los tres casos presentados por Patella al Congreso contra la tuberculosis de Nápoles (1901); no obstante en el momento actual el criterio nosológico de esta forma no está definido.

ESTUDIO MICROSCÓPICO

No es este el sitio oportuno para recordar las doctrinas que animan y presiden el concepto anátomo-patológico de la formación del elemento primario del proceso baciloso, nos limitaremos al estudio puramente histológico de las lesiones que corresponden á la estenosis tuberculosa.

El tubérculo á nivel del píloro (pared gástrica ha sido observado accesoriamente al estado de granulación en las proximidades de una ulceración tuberculosa.

Se le encuentra por debajo de los fondos de saco glan-

dulares, presenta un centro frecuentemen en degeneración caseosa formado por pequeñas células granulosas contenidas en un retículo de fibras espaciadas, á su alrededor existe una capa de células jóvenes con el núcleo fácilmente coloreable, rodeando esta primera corona celular se encuentra una capa de células más voluminosas y algunas de ellas ofrecen los caracteres de células gigantes.

La infiltración embrionaria se continúa á una cierta distancia y separa las glándulas cuyo epitelio prolifera.

En cuanto á la observación microscópica de la ulceración tuberculosa, á un débil aumento se aprecia el aspecto general de la lesión: los bordes formados por la mucosa levantada, el fondo que corresponde á las partes profundas de la mucosa, á la celulosa y más raramente á la musculosa.

A un aumento microscópico mayor se constata que en los bordes mucosos de la ulceración se produce una intensa infiltración embrionaria, el tejido caseoso que rodea á las prolongaciones submucosas de la ulceración está limitado por una zona de células epiteliodes y más excéntricamente aún una zona de células embrionarias; en el seno de estas formaciones se encuentran células gigantes y en ocasiones grupos celulares que constituyen tubérculos.

El fondo de la ulceración está ordinariamente representando por la submucosa infiltrada de células redondas ó al contrario está esclerosado y sin reacción inflamatoria.

A más de estas lesiones tuberculosas típicas debemos notar:

1.º La infiltración embrionaria de la mucosa próxima que modifica las glándulas y es causa de su atrofia.

2.º Lesiones de los vasos rodeados de células jóvenes, estos vasos presentan la proliferación de su endotelio, esta endoarteritis puede explicar la caseificación de los tubérculos.

3.º Hipertrofia de las formaciones linfoides de la mucosa que pueden originar un tejido adenoide sin límite neto que rodea las glándulas gástricas.

En los cortes de las ulceraciones tuberculosas del estómago es posible encontrar el bacilo de Koch, el primero en poner este hecho en evidencia fué Coats, luego fué nuevamente demostrado en 17 casos por las observaciones de Serafini, Weinberg, Blás, Kühe, Habersen, Thorel, Mathieu y Remond y Musser; los bacilos en pequeño número ocupan la zona periférica de la lesión y su investigación no da resultado en múltiples ocasiones.

Debemos ahora estudiar las lesiones extraparietales constituídas por los ganglios linfáticos; las alteraciones del peritoneo peripilórico y periestomacal, las perforaciones y fistulas, terminaremos mencionando las lesiones tuberculosas de los otros órganos que se encuentran en la tuberculosis estenosante del píloro.

LESIONES GANGLIONARES

La invasión por el proceso baciloso de los ganglios periestomacales es casi constante, en los casos de úlceras tuberculosas del estómago Förster y Rokitansky la consideran una característica de estas lesiones; se pueden observar ganglios duros y fibrosos, caseosos en algunas circunstancias; los ganglios atacados son los de la pequeña y grande curvadura, aquellos del grupo pilórico y á veces los del hilio del hígado.

La marcha de esta tuberculización es análoga, según parece, á la forma de la propagación del proceso canceroso trazada por Cúneo.

Estas adenopatías que llegan á ser muy considerables alcanzan á constituir la parte más notable de la lesión, las masas ganglionares forman un tumor manifiesto que comprime la región pilórico-duodenal y determina la tuberculosis-estenosa extrínseca del píloro.

Estos ganglios peripilóricos que dan origen á una estenosis extrínseca pueden existir sin que el estómago presente lesiones tuberculosas, el caso de Leven en el cual se encontraba una voluminosa adenopatía que comprimía al píloro así lo comprueba.

LESIONES DEL PERITÓNEO. PERFORACIONES. FÍSTULAS

El peritóneo está atacado en el cuarto de los casos aproximadamente, la perigastritis está limitada con ma-

yor frecuencia á la región pilórica, está constituida por un simple espesor de la serosa la cual presenta adherencias con los órganos próximos, en otros casos existe una peritonitis tuberculosa bajo forma de bridas infiltradas y de masas caseosas, estas peripiloritidas tuberculosas acompañan á lesiones gástricas, no obstante en casos excepcionales, teniendo en cuenta la existencia de adenopatías tuberculosas pilóricas primitivas, pueden observarse sin lesiones estomacales.

La perforación á nivel del píloro es rara es debida á la marcha progresiva de una úlcera tuberculosa, podemos señalar dos casos, uno de Lava y otro de Ricard.

El proceso tuberculoso puede propagarse á los órganos próximos y originar fistulas, en un caso de Letorey el hígado formaba el fondo de una ulceración, en otro de Barbacci el intestino delgado unido al píloro estaba casi enteramente perforado por la ulceración pilórica.

TUBERCULOSIS DE LOS OTROS ÓRGANOS

La tuberculosis estenosante del píloro puede ser primitiva es decir independiente de lesiones en otros órganos, á este tipo pertenecen las observaciones de Lava, Orlandi y Alexander, á las cuales pueden agregarse la de Leven (tuberculosis ganglionar primitiva).

Las lesiones duodenales son las primeras que mencionaremos, las lesiones tuberculosas estenosantes del píloro se acompañan con frecuencia de lesiones duodenales.

La tuberculosis de los pulmones existe en un 45 por ciento de los casos de tuberculosis estenosante del píloro, si consideramos la tuberculosis gástrica en general este porcentaje aumenta á 92,83 por ciento según Ricard y Chevrier. El intestino se halla afectado de lesiones tuberculosas en el 45 por ciento de los casos de estenosis tuberculosa pilórica y esta cifra se eleva á 55 por ciento si tenemos en cuenta la tuberculosis gástrica en general.

Á más de los ganglios peritoneales se encuentran invadidos frecuentemente los ganglios brónquicos, mesentéricos prevertebrales, axilares (Beadles) é ilíacos.

Creo oportuno efectuar una clasificación de las formas anátomo-patológicas, que determinan la estenosis tuberculosa, del píloro, según el siguiente cuadro:

Tuberculosis estenosa del píloro	Intrinseca	Ulcera tuberculosa cicatrizada. Tuberculoma infiltrante del antro pilórico. Enfermedad de Patella (no bien definida aún).
	Extrinseca	Compresión por ganglios peripilóricos tuberculosos. El origen de la infección de estos ganglios puede provenir de una úlcera tuberculosa de la mucosa gástrica, de una lesión tuberculosa de otro órgano ó bien ser lesiones primitivas.

Las lesiones intrínsecas se asocian frecuentemente á las extrínsecas, para producir la estenosis intervienen entonces ambos factores, de aquí se desprende que la tuberculosis estenosante del píloro es mixta en la mayoría de los casos.

1875
1876

1877
1878

1879
1880

1881
1882

1883
1884

1885
1886

1887
1888

1889
1890

1891
1892

1893
1894

1895
1896

1897
1898

1899
1900

1901
1902

1903
1904

1905
1906

1907
1908

1909
1910

1911
1912

1913
1914

CAPITULO III

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

La tuberculosis estenosante del píloro es una afección rara, ella no constituye más que el sexto de los casos de la tuberculosis gástrica, las lesiones tuberculosas del estómago apenas se encuentran señaladas en la mayoría de los clásicos y Bock, Lebert, Rokitansky, Orth, Keebs, Zigler, Birsch-Hirschfeld, Laboulbene, Cornil y Ranvier y Marfan las mencionan poco extensamente.

No obstante es probable que esta rareza aparecerá menos grande cuando se tratará de establecer de una manera más precisa la naturaleza de las diversas estenosis pilóricas.

El sexo no influye, mayormente sobre las localización pilórica de las lesiones tuberculosas que determinan la estenosis pilórica y la edad en la cual se le observa más frecuentemente es entre veinte y treinta años.

La tuberculosis del estómago en general y también la forma que estudiamos es decir la tuberculosis estenosante del píloro, puede ser primitiva, ó secundaria á lesiones pulmonares y el gérmen infectante ser transportado por los esputos ó alimentos contaminados.

Los bacilos de Koch introducidos en el estómago solo en circunstancias muy especiales pueden determinar lesiones gástricas.

Los medios de resistencia que el estomago presenta para no inyectarse sino en raras ocasiones son:

1.º El jugo gástrico que si bien no posee según las últimas experiencias de Falk, Frank, Sormani y Würtz en relación al bacilo de Koch aquel poder de defensa que en otra época se le atribuía, debe considerarse como un medio poco apto para el desarrollo de dicho bacilo.

2.º La mucosa gástrica, que contiene pocos folículos linfáticos, el hecho de existir en la mucosa gástrica muy limitado número de folículos linfáticos es un dato que debe tenerse en cuenta, sabemos en efecto que la tuberculosis experimental por ingestión de alimentos contaminados empieza por los folículos linfáticos según sostiene Baumgarten.

3.º La movilidad del estómago es también causa que puede determinar la dificultad de su contagio, los alimentos permanecen en el estómago tiempo limitado, citaremos la observación de Barbacci que constata que en el intestino la tuberculosis manifiesta caracteres más graves en

los segmentos fijos que en aquellos animados de movilidad acentuada.

La infección por el bacilo de Koch que da origen á las lesiones que provocan la estenosis del píloro puede seguir la: vía sanguínea; vía serosa; vía linfática; vía mucosa.

VÍA SANGUÍNEA

La vía sanguínea tiene en su favor argumentos numerosos y parece incontestable en ciertos casos de tuberculosis gástrica, el bacilo de Koch puede penetrar en el torrente sanguíneo y ha sido descubierto en el mismo en infecciones tuberculosas experimentales y en casos clínicos en los cuales existían ulceraciones tuberculosas del estómago.

Esta infección sanguínea explica mejor que otras formas de contagio, las lesiones tuberculosas múltiples, pero en los casos de tuberculosis estenosante del píloro parece sumamente rara; sería solamente en los casos de estenosis con granulia que podría invocarse la infección por vía sanguínea, casos hasta ahora no observados; rechazamos casi por completo esta vía de infección sanguínea en la patogenia de la tuberculosis estenosante del píloro.

VÍA SEROSA

Durek sostiene que por la vía serosa el bacilo de Koch llega al estómago, Arloing no admite esta opinión.

Las investigaciones de Tchistowitch sobre la resisten-

cia de las tunicas musculares á la invasión de los tubérculos, así como el conocimiento de las tuberculosis subserosas que se observan en ciertos animales sin invasión de las vísceras subyacentes, el hecho de la existencia de tubérculos subserosos notables sin que ataquen á las tunicas musculares, hace que no se admita que esta vía serosa pueda provocar la infección de las paredes pilóricas.

VÍA LINFÁTICA

Muchos autores como Cruveilhier, Virchow, Rokitsansky, Klebs, Kühlt y Ziegler admiten la generalización de la tuberculosis por vía linfática, los ganglios perigástricos pueden ser primitivamente la causa de la estenosis pilórica.

Si bien puede ser primitiva esta bacilización de los ganglios peripilóricos es más frecuente que la infección parta de la mucosa gástrica, la mucosa sería el sitio de entrada, los ganglios linfáticos peripilóricos reaccionan y la propagación de la infección linfática, como las formas morbosas que se originan, son enteramente idénticas á aquellas que se pueden apreciar en procesos bacilosos de otras regiones ganglionares.

VÍA MUCOSA

Es la vía más simple que puede seguir la infección tuberculosa al localizarse en las paredes del estómago y ganglios perigástricos.

Existen numerosos obstáculos que se oponen á la con-

taminación de la mucosa gástrica, el rol que desempeña el jugo gástrico, el número limitado de foliculos linfáticos de esta mucosa, la movilidad del estómago son hechos ya señalados y tienen una importancia marcada en la defensa al contagio.

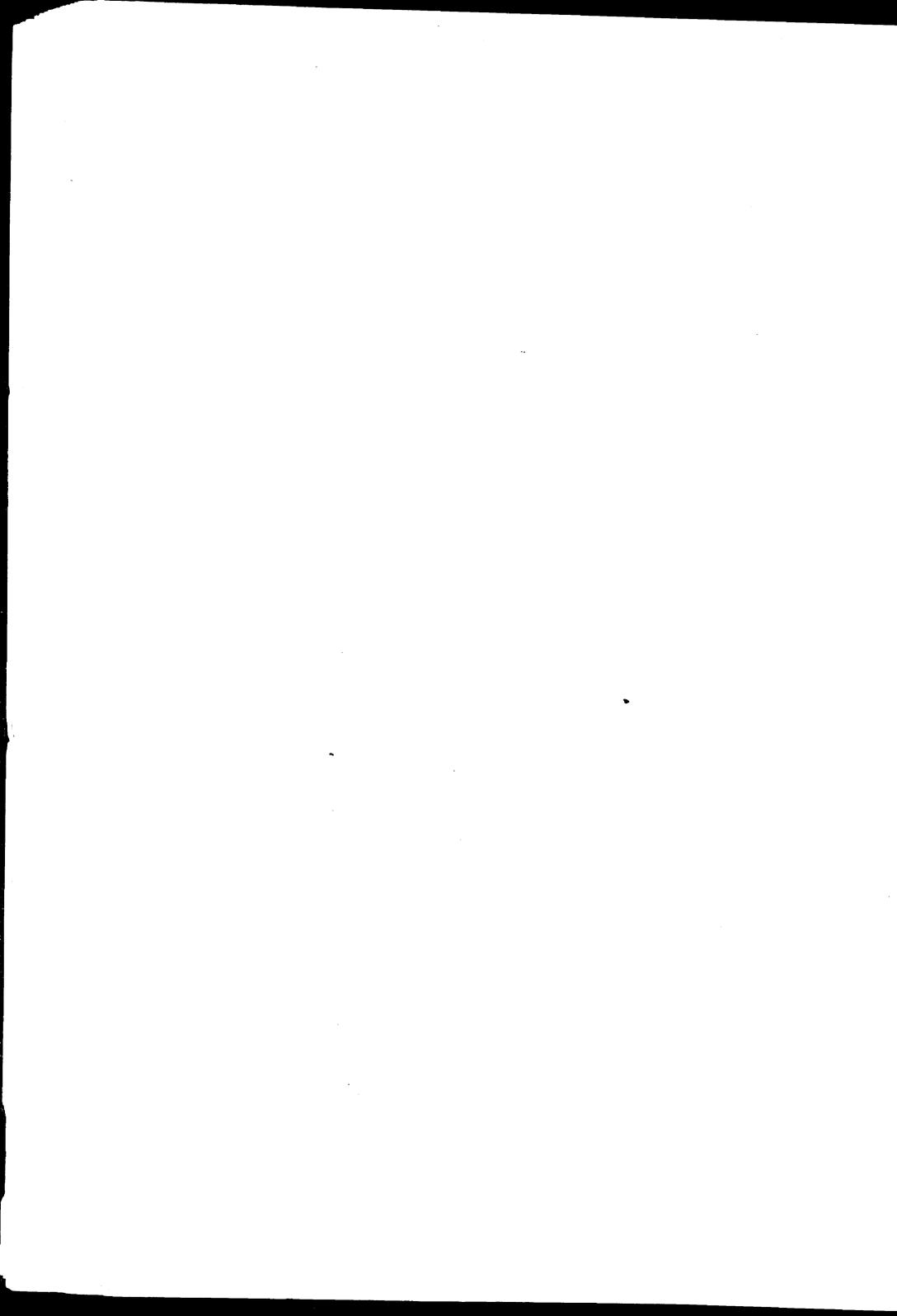
El estado anatómico de la mucosa es muy importante, en los casos de tuberculosis pulmonar preexistente, es frecuente observar la inflamación crónica de la mucosa, esta inflamación tiene como consecuencia mayor facilidad de infección por disminución de la resistencia, de sus elementos, la localización preferentemente pilórica se explicaría por los microtraumas frecuentes en esta región.

Es aquí interesante hacer notar la posibilidad de la inoculación de la mucosa gástrica con alteraciones patológicas.

G. Hayem después de un caso que ha observado piensa que la úlcera de Cruveilhier puede ser infectada secundariamente por la ingestión de esputos bacilosos y presentar nódulos tuberculosos por inoculación.

En la autopsia de un sujeto muerto por tuberculosis pulmonar é intestinal y que estaba afecto de un neoplasma gástrico (epitelioma alveolar) H. Claude encontró en las partes profundas de este tumor folículos tuberculosos con células gigantes y bacilos de Koch.

Al finalizar el estudio de la patogenia de la tuberculosis estenosante del píloro queremos evidenciar el hecho de la posibilidad de la propagación por vía mucosa de las lesiones tuberculosas intestinales.



CAPÍTULO IV

SINTOMATOLOGIA

El cuadro general de la sintomatología de la tuberculosis estenosante del píloro es análogo al de las otras variedades de estenosis pilóricas.

Es sumamente difícil establecer con exactitud el principio de esta afección, en su comienzo el enfermo experimenta únicamente disturbios dispépticos vagos que apenas llaman su atención.

Constituída la tuberculosis estenosante del píloro presenta un conjunto de síntomas funcionales y físicos.

SÍNTOMAS FUNCIONALES

Dividiremos á los síntomas funcionales en dos grupos, los que dependen de la alteración de la función gástrica y los producidos en otros órganos, en el primer caso te-

nemos los síntomas funcionales gástricos y en el segundo los síntomas funcionales extragástricos.

SÍNTOMAS FUNCIONALES GÁSTRICOS

Son el dolor y los vómitos.

Las modalidades del dolor en la tuberculosis estenosante del píloro son variables, en ocasiones es muy intenso y se localiza en el epigastrio, aparece en algunos casos inmediatamente después de la ingestión de los alimentos (Hattute), más frecuentemente el tiempo transcurrido es mayor, siendo en general de dos horas, como en los casos de Mathieu y Remond, Ricard y Chevrier.

Existen casos en los cuales el dolor es sumamente atenuado, vago en su localización y los enfermos solo padecen de sensación de tensión estomacal después de comer y dificultades en la digestión; en otras circunstancias faltan completamente los dolores (Margarucci).

El vómito que es el síntoma funcional más importante de las estenosis pilóricas evidentemente existe en la tuberculosis estenosante del píloro.

Durante el período en el cual la estenosis se constituye y es poco acentuada el vómito producido es por exceso de contención estomacal, se produce después de la ingestión de alimentos, ó al cabo de veinte minutos (Hattute) hasta tres horas de haber comido; estos vómitos con frecuencia son muy ácidos y contienen los alimentos ingeridos en la comida precedente.

Cuando la estenosis se hace más intensa, la retención gástrica es persistente, los vómitos son reaccionales y cambian algo los caracteres que hemos anotado.

No se producen en relación tan directa con la ingestión de alimentos, pueden aparecer en cualquier momento del día y aún por la mañana en ayunas; estos vómitos reaccionales contienen residuos alimenticios de comidas anteriores y son frecuentes, se producen generalmente cuatro ó cinco veces por día.

Este período de vómitos reaccionales puede ser largo, ha durado seis años en el caso de Margarucci.

Cuando el estómago está distendido los vómitos cambian otra vez de carácter, son vómitos por regurgitación; son entonces más raros, bicutidias y aún llegan á producirse únicamente cada varios días, en esta circunstancia son muy abundantes.

Estos vómitos alivian mucho al enfermo hasta el grado que el mismo paciente trata de provocarlos, este parece ser un carácter constante en las estenosis tuberculosas,

Una gastrorragia más ó menos importante puede acompañar á los vómitos, Ricard y Chevrier citan un caso en el cual la hemorragia fué notable.

SÍNTOMAS FUNCIONALES EXTRAGÁSTRICOS

Los disturbios nerviosos y cardíacos no han sido observados en este tipo de estenosis; los disturbios respiratorios dependen generalmente de la tuberculosis pulmonar

concomitante y están en relación con el grado de las lesiones existentes.

Los disturbios intestinales son frecuentes existe diarrea pertinaz en la mayoría de los casos observados y esto parece un carácter especial de la estenosis tuberculosa; las observaciones de Lava y Orlandi cuya autopsia pone en evidencia tratarse de casos de tuberculosis pilórica primitiva, demuestran que esta diarrea puede existir sin lesiones de tuberculosis intestinal.

SÍNTOMAS FÍSICOS

Como en todas las estenosis pilóricas la inspección permite constatar las modificaciones en la forma del abdomen producidas por la dilatación gástrica.

La ondulación gástrica ó agitación peristáltica de Küssmaul falta en casi todos los casos.

Ricard y Chevrier han atribuído una importancia diagnóstica considerable á la ausencia de esta agitación peristáltica, pero debe tenerse presente que existen estenosis no tuberculosas donde es imposible ponerla en evidencia y por otra parte Tichiff ha publicado un caso de tuberculosis estenosante del píloro en el cual constata claramente la existencia de la agitación peristáltica de Küssmaul.

La percusión permite conocer los límites del estómago, el borde inferior del estómago desciende en general á dos traveses de dedo por debajo del ombligo; la dilatación gástrica es variable en ocasiones falta y en otros casos

es muy acentuada llegando el límite inferior del estómago cerca de las fosas ilíacas (Leven).

Por la palpación el ruido de clapotaje nos permite apreciar mejor los límites anotados.

Por la palpación se puede percibir un tumor pilórico ò yuxtapilórico, este tumor ha sido notado en varias observaciones, en el caso de Margarucci existía un tumor profundo, sensible á la presión, de superficie desigual, resistente y cuyos límites eran poco netos.

Lava percibe una masa dura, resistente, dolorosa á la presión, en el hipocondrio derecho muy próxima á la línea media.

Ricard y Chevrier en un caso han sentido una tumefacción voluminosa, con límites algo difusos, que ocupaba el hipocondrio derecho, se extendía algo á la izquierda del ombligo, descendía dos traveses de dedo por debajo del mismo y hacia el lado superior se confundía con la masa hepática, este tumor era algo doloroso.

La insuflación estomacal permite notar algunos caracteres de estos tumores en el caso de Ricard y Chevrier que hemos mencionado, el tumor quedó perceptible durante la insuflación y además se pudo comprobar su inmovilidad.

En otras observaciones los datos recogidos por la palpación son muy vagos y solo es posible comprobar el aumento de resistencia de la pared abdominal en la región correspondiente al píloro.

SÍNTOMAS GENERALES

Los síntomas generales observables en la tuberculosis estenosante del píloro no tienen nada de característico.

La fiebre existe en ciertos casos y es originada por las lesiones pulmonares concomitantes, es necesario tenerla presente por cuanto es causa de decaimiento orgánico y explica las curvas térmicas post-operatorias.

Dentro de los signos generales notaremos la deshidratación intensa del enfermo, el adelgazamiento progresivo, la emanación pronunciada que llevan á la caquexia profunda.

El examen de la función secretoria gástrica ha sido efectuado raramente y de una manera incompleta.

En el líquido de retención gástrica se ha encontrado residuos alimenticios que correspondían á alimentos ingeridos varios días antes, la reacción de este líquido fué ácida en los casos de Lava, Margarucci y de Ricard y Chevrier y alcalina en los casos de Mathieu y Remond y en otra observación de Ricard y Chevrier, el olor de este líquido es característico á causa de la presencia de ácido butírico y en varias ocasiones se ha comprobado la existencia de sangre.

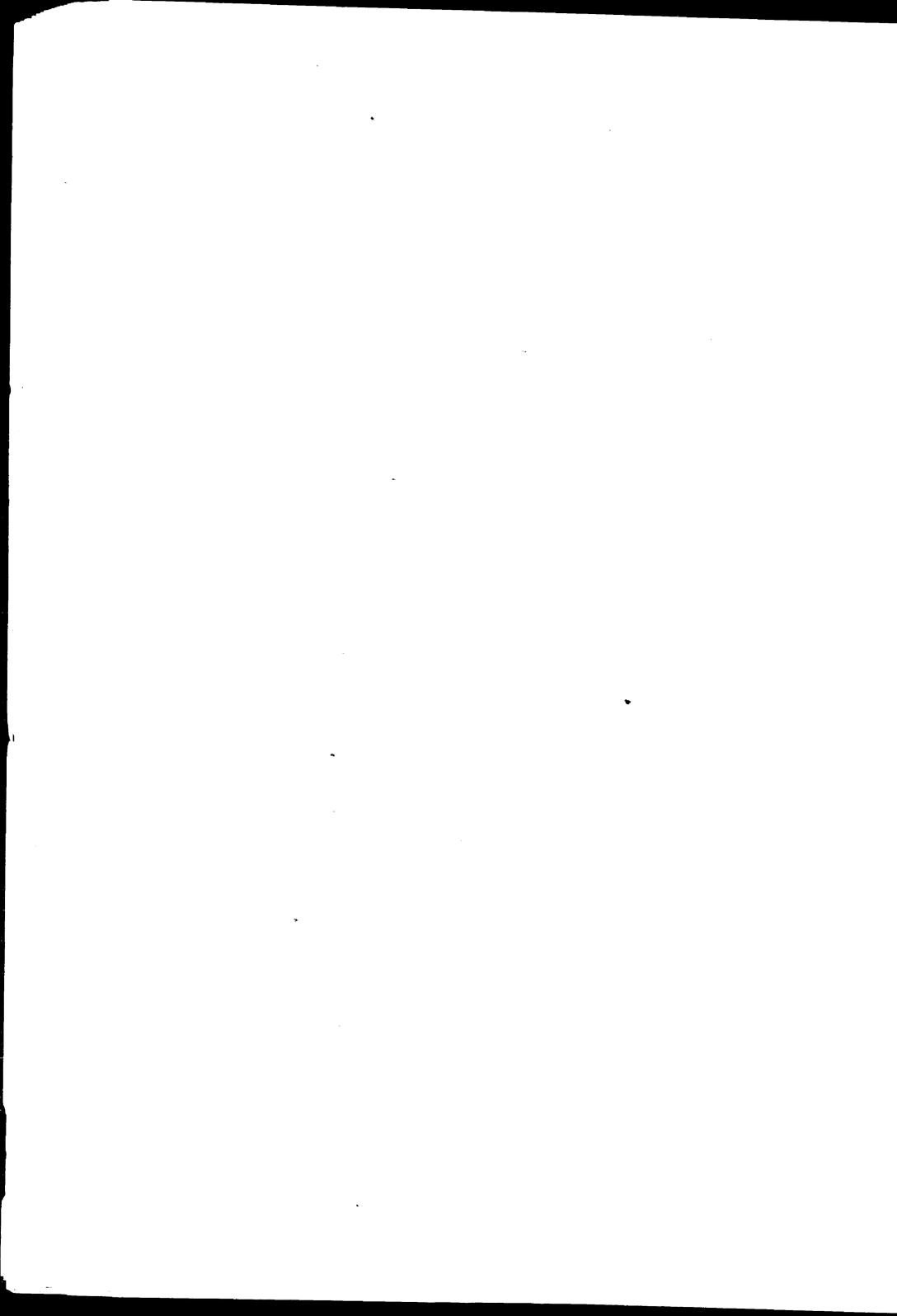
El examen del quimismo gástrico por la comida de prueba ha sido practicado en muy limitadas circunstancias, Lava á notado una proporción llevada de ácido

clorhídrico y un poco de ácido láctico, Margarucci ha constatado ácido clorhídrico y ausencia de ácido láctico.

El examen de la motricidad fué efectuado en el caso de Margarucci por el procedimiento de Twald y Sievers, el salol absorbido ha aparecido en la orina al estado de ácido salicibúrico una hora y media después, retardando media hora sobre lo considerado normal.

La absorción estomacal en el mismo caso ha sido observada, el yoduro de potasio apareció en la saliva después de 35 minutos en lugar de 10 á 15 minutos.

En la orina de los enfermos afectos de tuberculosis estenosante del píloro no llama la atención ningún carácter particular con relación á otro tipos de estenosis; hay disminución de todos los principios azoados, principalmente de la urea, á causa de la alimentación insuficiente, existe también disminución de los cloruros por cuanto los vómitos eliminan cantidades notables.



CAPITULO V

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y ETIOLÓGICO

El diagnóstico de la tuberculosis estenosante del píloro se refiere fundamentalmente á dos términos: primero, reconocer la estenosis (Diagnóstico diferencial) y segundo, establecer su etiología (Diagnóstico etiológico).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diagnóstico de la estenosis. — «Todo individuo cuyo estómago contenga de un modo no pasajero pero durable después del ayuno de la noche, un líquido residual con restos alimenticios reconocibles, está afecto de estenosis pilórica ó sub-pilórica»; este principio formulado por Georges Hayem no sufre excepciones.

La exploración del estómago en ayunas tiene por con-

siguiente una importancia capital, permite en muchos casos afirmar el diagnóstico de estenosis.

Existen otros signos que llaman la atención y que determinan á que se proceda al examen con la ayuda de la sonda y son los vómitos repetidos y el adelgazamiento progresivo.

Cuando los vómitos presentan un olor á fermentación intensa ú olor pútrido, asimismo si contienen restos alimenticios ingeridos con anterioridad notable, adquieren un valor diagnóstico sumamente importante.

Por la inspección percibimos la dilatación gástrica que puede alcanzar un desarrollo considerable.

La agitación peristáltica que aparece casi exclusivamente en la estenosis pilórica y que se le observa en un 60 por 100 de los casos constituye un signo de importancia manifiesta.

Por último debe notarse la existencia de un tumor palpable, hecho que facilita también el diagnóstico etiológico.

El valor de los signos que hemos mencionado es variable, pero el que adquiere mayor importancia, por la constancia con la cual se presenta como por el grado de certidumbre que denota, es la exploración del estómago por la sonda estando en ayunas el enfermo.

Existen un cierto número de afecciones que pueden ser confundidas con una estenosis pilórica, debe procederse entonces á establecer el diagnóstico diferencial.

La *dilatación simple* raramente afecta el tipo de este-

nosis pilórica, los vómitos no contienen alimentos ingeridos varios días antes, no hay generalmente líquido de retención en ayunas y el lavaje del estómago es fácil; aún existiendo estasis gástrica notable en el período culminante de la enfermedad, no es permanente y desaparece con el régimen apropiado.

El *estómago bilocular* presenta caracteres particulares, por la insuflación puede ponerse en evidencia el estrangulamiento intermedio, existe un ruido de glu-glu especial, la posibilidad del clapotaje después de la evacuación de un saco, el hecho de no poder retirar todo el líquido introducido en un momento determinado; por último la radioscopia y radiografía constituyen un progreso notable y en ciertos casos únicamente este procedimiento permite un diagnóstico seguro.

Citaremos las afecciones que mayormente deben tenerse presente al establecer el diagnóstico diferencial y que se reconocen por sus síntomas especiales, tales son: síndrome de Reichmann, gastroptosis, gastritis, úlcera á forma vomitiva, las crisis gástricas de los tabéticos y alcohólicos, la histeria á localización gástrica y los vómitos incoercibles del embarazo.

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Si bien de un modo general el conocimiento de la causa que provoca una estenosis pilórica no tiene una importancia manifiesta cuando debe establecerse la opor-

tunidad de una intervención quirúrgica, el pronóstico operatorio y postoperatorio depende de dicho conocimiento.

Antes de entrar en la discusión etiológica de la tuberculosis estenosante del píloro, haremos notar algunos caracteres propios á esta afección, los cuales tienen, es oportuno manifestarlo, un valor relativo.

1.º Las estenosis tuberculosas se observan ordinariamente en sujetos afectos de una localización bacilosa anterior, preferentemente pulmonar.

Esta primera proposición tiene muy limitada importancia, toda vez que la anatomía patológica demuestra la existencia de tuberculosis estenosantes primitivas.

2.º La ausencia de la agitación peristáltica de Küßmann tiene un valor diagnóstico limitado, como hemos advertido al tratar de la sintomatología.

3.º La diarrea frecuente es un buen signo de presunción á favor de la tuberculosis estenosante.

4.º La adenopatía tuberculosa generalizada es un hecho que debe tenerse presente é inclina el diagnóstico hacia la estenosis tuberculosa.

La úlcera simple pilórica, el cáncer y la sífilis originan también la estenosis del píloro y son causa de confusión diagnóstica en relación á la estenosis tuberculosa.

La *úlcera simple pilórica* puede originar equivocaciones en el diagnóstico. Lava creyó tratarse de ulceraciones pépticas en casos de tuberculosis pilórica.

La úlcera simple en evolución produce gastrorragias

que se observan también en las ulceraciones tuberculosas; los dolores pueden existir en ambos casos y ser semejantes.

El líquido de retención es hiperclorhídrico, está desprovisto de ácidos grasos ó los contiene solamente en pequeña cantidad; el líquido extraído durante la digestión de la comida de prueba es hiperpéptico, contiene ácido clorhídrico en cantidad notable: los antecedentes que se relacionan con una afección antigua, con accidentes de crisis gástricas dolorosas, acompañadas de vómitos, son síntomas que concuerdan con una ulceración pilórica; se debe advertir que el quimismo estomacal de la tuberculosis estenosante del píloro puede ser semejante al de la ulceración pilórica.

El examen de la sangre es análogo.

El *cáncer del píloro* que es la más frecuente de las localizaciones gástricas de este proceso neoformativo, 65,5 por 100 según Israel, da nacimiento á disturbios funcionales de la evacuación, que se acusan por los signos principales de la estenosis del píloro y llega á producir la estenosis completa de dicho orificio.

El *cáncer pilórico*, puede producir entonces, un tumor estenosante que tiene caracteres semejantes á un tumor tuberculoso y el error de diagnóstico ha sido cometido. (Mathieu y Remond).

Cuando la estenosis es de origen canceroso el líquido residual no contiene ácido clorhídrico libre, puede contenerlo excepcionalmente en pequeña cantidad, con la co-

mida de prueba comprobamos la apepsia ó hipopepsia; la existencia de acidez en estos casos es producida por los ácidos grasos superiores (ácido láctico y butírico); los residuos alimenticios tienen un olor especial.

La evolución relativamente rápida, la emaciación, la caquexia, el examen de la sangre que indica una leucocitosis manifiesta con anemia intensa, son caracteres propios del cáncer pilórico y que deben tenerse particularmente en cuenta para diferenciarlo de la tuberculosis estenosante.

La edad del enfermo es un dato que debe apreciarse.

La sífilis gástrica puede tomar el tipo de estenosis pilórica y dar origen á un estrechamiento del orificio que presenta caracteres de una estenosis cancerosa ó por ulceración pilórica.

En la sífilis gástrica se puede observar un tumor pilórico palpable, fenómenos dolorosos bajo forma de crisis; el quimismo gástrico está representado por hiperclorhidria marcada ateniéndonos al caso bien estudiado que presenta G. Hayem.

La existencia de antecedentes sífilíticos ó manifestaciones concomitantes y la acción favorable del tratamiento específico en la estenosis sífilítica, y los síntomas propios de la estenosis tuberculosa, que hemos enumerado, deben tenerse presente al establecer el diagnóstico etiológico de ambas afecciones.

CAPÍTULO VI

EVOLUCIÓN, COMPLICACIONES, PRONÓSTICO, TERMINACIÓN

La duración de la tuberculosis estenosante del píloro es variable, su término medio es de tres años próximamente; Hattute, en su observación, hace empezar la enfermedad á 8 años antes y Margarucci á 15 años; algunos casos han tenido solamente pocos meses de evolución, (Mathieu y Remond y Ricard y Chevrier).

Existen dos tipos de estenosis tuberculosa: uno cuya evolución es lenta y otro de marcha rápida.

El tipo de evolución lenta está representado por la observación de Margarucci, la estenosis se constituye paulatinamente.

Esta evolución lenta puede presentar períodos más agudos debidos con probabilidad á una causa espasmódica.

El tipo de marcha rápida es más frecuente, la afección progresa constantemente y sin remisiones; la estenosis se constituye en algunos meses, es tan completa como para impedir toda alimentación y trae como consecuencia la caquexia del enfermo; evoluciona tan rápidamente en estos casos como la estenosis cancerosa.

Las complicaciones principales de la tuberculosis estenosante del píloro son: las enfermedades intercurrentes, los accidentes consecutivos á la ulceración tuberculosa (hematemesis y perforación) y las lesiones tuberculosas concomitantes que se reagran ó generalizan.

Las enfermedades intercurrentes pueden ser varias, mencionaremos los casos observados, un enfermo de Leven muerto por pleuresía purulenta y otro de Chevassu fallecido á consecuencia de un absceso hepático.

La ulceración puede dar origen á hematemesis; no se observaron muertos por hemorragia en las ulceraciones tuberculosas estenosantes del píloro, pero puede existir esta posibilidad teniendo en cuenta las observaciones de Bignon, Lorey, Brechemín, Kundrat, Cazín, Letorey, Krokievicz, de sujetos muertos por hemorragia consecutiva á ulceraciones tuberculosas no estenosantes.

La ulceración tuberculosa puede ser causa de perforación; en el caso de Lava existía una estenosis pilórica bien manifiesta, la perforación dió origen á una peritonitis generalizada mortal.

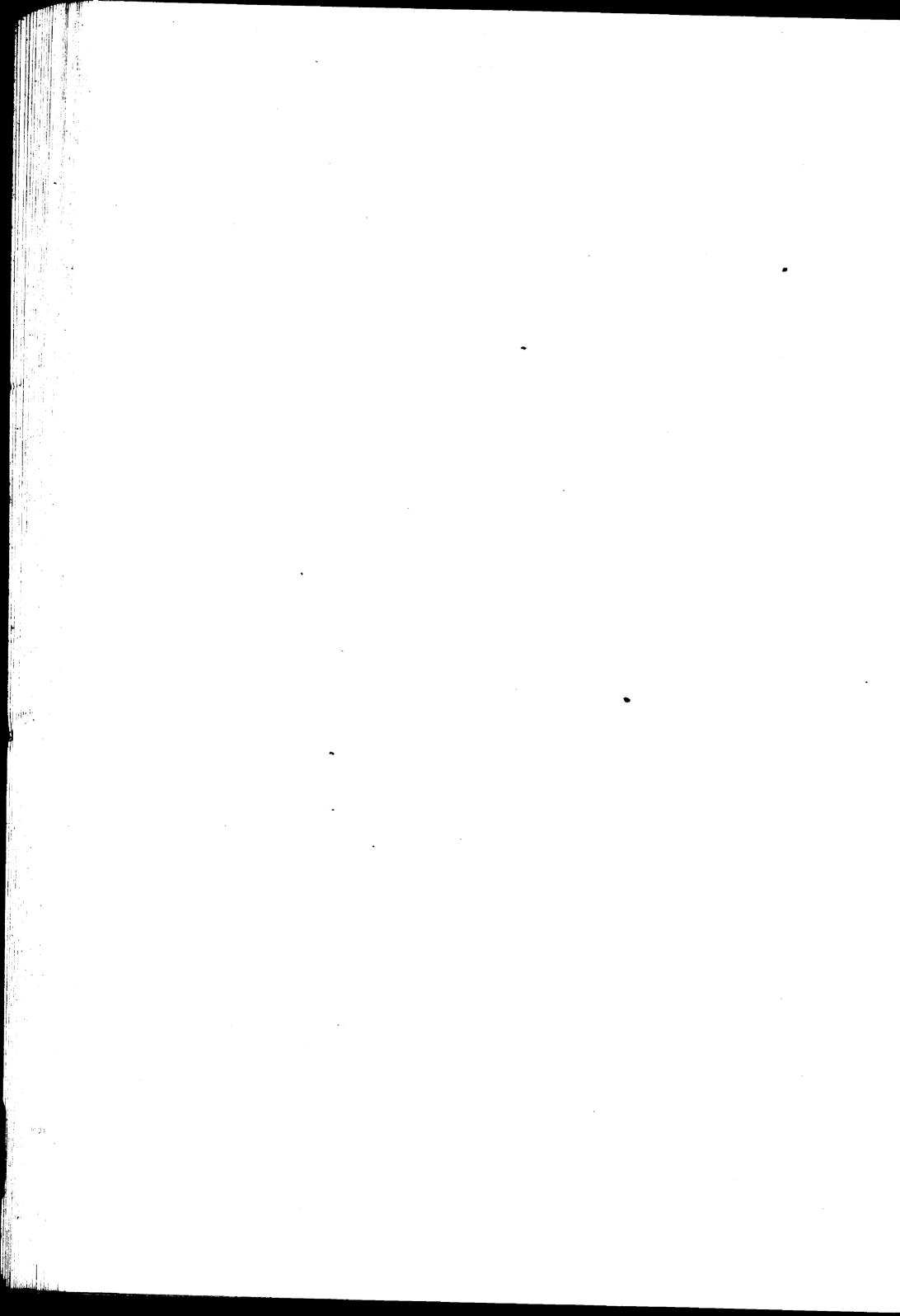
Las lesiones tuberculosas pilóricas pueden generalizar-

se, determinar una granulía y provocar la muerte del enfermo.

Las lesiones localizadas (pulmonares, intestinales) pueden evolucionar fatalmente durante el curso de la estenosis.

La estenosis puede ser causa de la muerte del individuo, si no es sometido á una intervención operatoria; después de esta intervención, las complicaciones de la tuberculosis estenosante del píloro, que hemos mencionado, especialmente la reagravación de las lesiones tuberculosas coexistentes, hacen el pronóstico sombrío.

El pronóstico de esta afección es sumamente grave, muy limitadas son las observaciones de mejoría ó curación; los estenosados por este proceso tuberculoso pilórico, se alimentan mal, su nutrición está profundamente alterada, existen disturbios muy manifiestos de su estado general, se intoxican, caquetizan y llegan á una terminación fatal en la mayoría de los casos.



CAPÍTULO VII

TRATAMIENTO

Por sus consecuencias es al síntoma estenosis al que debemos atender perentoriamente, aparece entonces en primer término la oportunidad del tratamiento operatorio.

INDICACIONES OPERATORIAS

La gravedad de la afección por una parte y por la otra la entidad mórbida considerada en el sentido anatómo-patológico, constituyen las condiciones más particularmente tenidas presentes al fundamentar una intervención operatoria.

Ciertos procedimientos operatorios, por ejemplo, deben ser abandonados, teniendo en cuenta el proceso anatómo-patológico.

Es indudable que cuando la sintomatología es tan acusada, que la vida del enfermo corre peligro, por existir un grado de estenosis sumamente pronunciada, la intervención operatoria se aconseja de inmediato.

Del estudio anatómico de las lesiones tuberculosas que dan origen á este tipo de estenosis pilórica, se deduce que la exeresis es inútil y perjudicial; Ricard y Chevrier que han estudiado magistralmente las intervenciones operatorias en esta afección, enumeran con prolijidad, las causas que determinan el abandono de este procedimiento.

Desde luego es muy digno de tenerse en cuenta, que la tuberculosis estenosante del píloro, se acompaña de otras manifestaciones tuberculosas, ya por parte del pulmón, ya por parte de ganglios abdominales sumamente difíciles de extirpar; otro hecho de importancia es la existencia de lesiones gástricas penosamente extirpables y que obligarían á efectuar una gastrectomía total.

Otra contraindicación á la exeresis es la adherencia del tumor pilórico á las partes circunvecinas y cuya decorticación expondría á herir órganos importantes, como el hilio del hígado, páncreas, vena porta; esta decorticación traería indudablemente una hemorragia en napa difícil de cohibir.

La hemostasia sumamente dificultosa, es por consiguiente otro de los factores, que contraindican la exeresis operatoria en la tuberculosis estenosante del píloro.

Dentro de las consideraciones generales del tratamiento operatorio, debemos mencionar el hecho, que encon-

trándose estos enfermos debilitados, shock operatorio ó clorofórmico, este último especialmente en aquellos casos en que existan lesiones pulmonares, puede traer fenómenos funestos, de aquí que se imponga una operación breve, en cuanto al tiempo necesario para efectuarla, y poco traumatizante, en cuanto á las lesiones que provocaría una exeresis.

Se desprende entonces como conclusión, que nos debemos limitar á una intervención paliativa y rápida, el objeto de esta intervención es tratar de suprimir los efectos de la estenosis; por otra parte la estenosis tuberculosa cesa de ser irritada por el paso de los alimentos y es factible la mejoría por regresión del proceso ó por invasión de tejido fibroso; sería posible también que sucediera algo análogo al beneficio obtenido en las peritonitis tuberculosas después de una laparotomía.

Consultando á los hechos, diremos que la observación de los casos habidos hasta la actualidad de tuberculosis estenosante del píloro, desvanece este pronóstico tan halagüeño.

La mortalidad inmediata, que podríamos llamar pronóstico operatorio, corresponde á un diez por ciento próximamente, sobre 10 intervenciones efectuadas por estenosis tuberculosas encontramos un muerto.

El pronóstico post-operatorio, es deplorable, ateniéndonos á los casos observados, ejemplo:

1 muerte muy rápida (2.^a semana) Mayo, Robson.

2 muertos en algunos meses (casos personales de Ricard y Chevrier).

2 muertos, después de un año (Ricard y Chevrier).

Debe tenerse presente que se citan casos favorables como el de Alessandri, que refiere haber curado sin accidentes.

De aquí podemos deducir que la gravedad de la estenosis tuberculosa del píloro es análoga á la gravedad que afecta la estenosis cancerosa:

No obstante esta proposición pesimista, la indicación operatoria debe imponerse igualmente al espíritu clínico, por cuanto es la única forma de atenuar los sufrimientos del enfermo, permitiendo su alimentación, levantando por consiguiente su estado de postración y obedeciendo también á la esperanza de mejoría muy justificada en ciertos casos, teniendo en cuenta algunas observaciones existentes y la que presentamos en esta tesis.

MÉTODOS OPERATORIOS

Las intervenciones que pueden efectuarse en la tuberculosis estenosante del píloro son:

1.º Gastro-entero-anastomosis (Durante, Margarucci, Chevassu y 1.º, 3.º y 4.º casos presentados por Ricard y Chevrier).

2.º Píloroplastia (Durante, Mayo-Robson).

3.º Yeyunostomía.

4.º Sección de las bridas tuberculosas.

El método de elección es indudablemente la gastro-entero-anastomosis y es á ella que nos referiremos primeramente.

1.º *Gastro-entero-anastomosis*.—Es el método de elección, tiene la ventaja de no tocar el foco baciloso, derivando el curso de las substancias alimenticias asegura el reposo de la porción enferma.

La gastroduodenostomía de Sabulay que sería la operación más fisiológica por cuanto iría á estimular la secreción duodenal, es más difícil y no da siempre buenos resultados; la gastro-entero-anastomosis habitual es más rápida y consigna resultados favorables.

La anastomosis puede ser efectuada en la cara anterior ó posterior del estómago, como la rapidez de la intervención no presenta notable diferencia entre uno y otro procedimiento y ateniéndonos á las ventajas de la anastomosis posterior, diremos que el método preferido en la tuberculosis estenosante del píloro, es la gastro-entero-anastomosis posterior transmesocólica de Von Hacker.

2.º *Píloroplastia*.—No es un procedimiento recomendable en las estenosis tuberculosas, practicable solo en las estenosis parietales, no sería posible en los casos de estenosis extra-parietales.

Incindir en un foco tuberculosos, cortar en pleno tejido patológico y suturar después son modalidades de la intervención que explican porque debe abandonarse.

Debemos mencionar que Durante ha efectuado una

verdadera autoplastia por deslizamiento gastro-pilórico, en un caso de estenosis tuberculosa.

Refiriéndose á la piloroplastia Mayo-Robson termina su observación diciendo: «por mi experiencia actual yo estimo que hubiera tenido que hacer una gastro-entero-anastomosis y creo que el resultado hubiera sido diferente».

3.º *Yeyunostomía*.—Es una operación de excepción, debería explicarse cuando las circunstancias hacen que no pueda efectuarse otra intervención y en caso de hacerla debe elegirse el procedimiento en Y (Maydl).

4.º *Sección de las bridas tuberculosas*.—Teóricamente esta intervención parecería buena, la sección de las bridas suprimiría la posición viciosa ó el estrechamiento del píloro y la exposición del aire podría mejorar el foco baciloso, en la práctica este procedimiento no es utilizable (Ricard y Chevrier).

TRATAMIENTO MÉDICO

Después de haber atendido al síntoma urgente la estenosis pilórica, por intermedio de una intervención operatoria, según se ha efectuado en todas las observaciones de esta afección, se debe proceder al tratamiento médico.

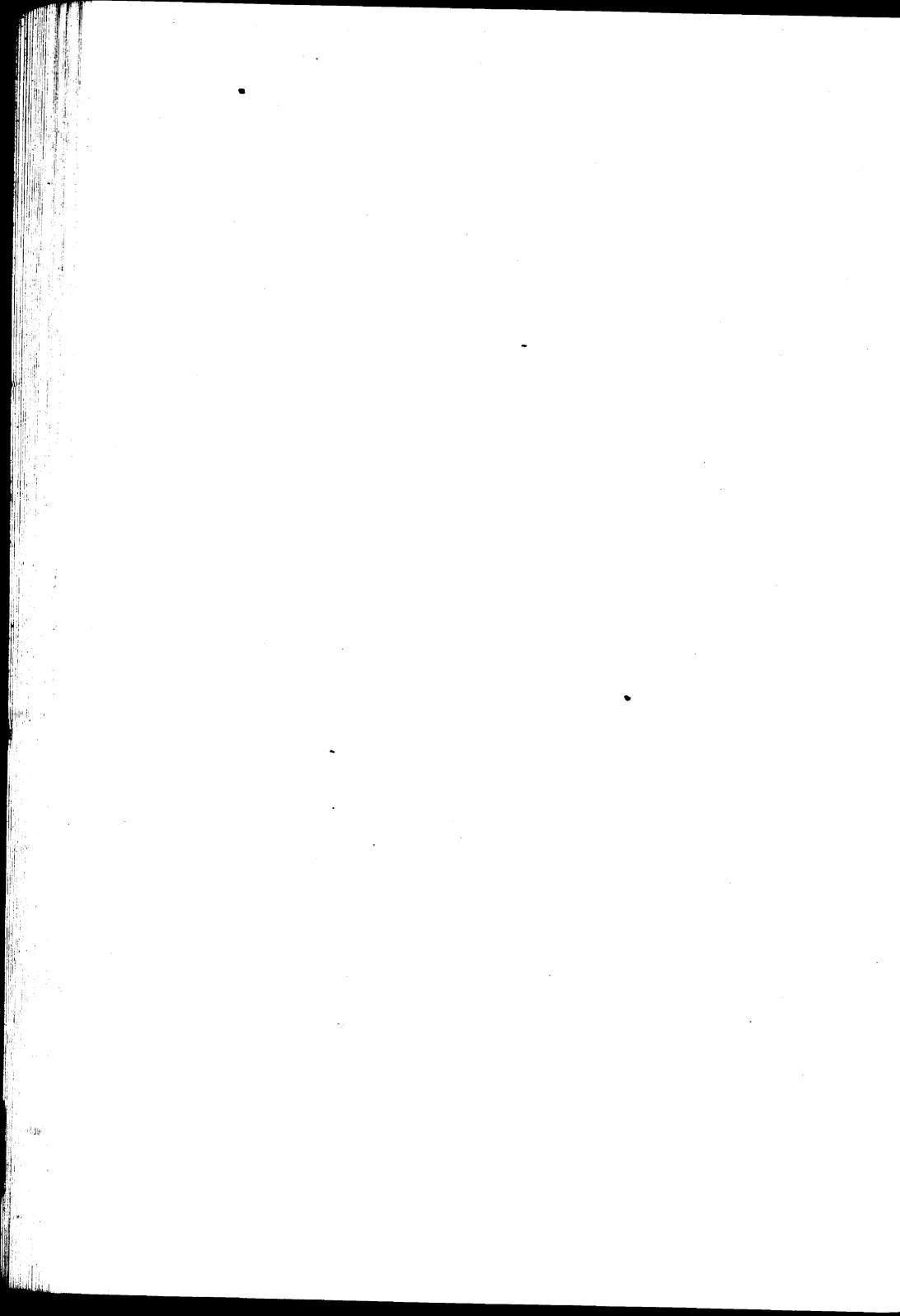
El tratamiento médico de la tuberculosis estenosante del píloro, presenta las mismas indicaciones que el efectuado en casos de otra localización tuberculosa: tratamiento higiénico, dietético y medicamentoso apropiado.

La helioratepia es un elemento del tratamiento que debemos mencionar.

HOSPITAL ITALIANO

SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA

DIRECTOR: DR. FRANCISCO L. GRAPIOLO



OBSERVACIONES CLINICAS

Observación I

SALA II. — CAMA 3

Nombre del enfermo: G. A.

Edad: 37 años.

Nacionalidad: italiano.

Estado civil: casado.

Profesión: fundidor de hierro.

Fecha de ingreso: 7 de Octubre 1915.

Sale del servicio: el 18 de Enero 1916.

Antecedentes hereditarios.—Su padre ha fallecido por neumonía.

Su madre ha muerto en edad avanzada, no sabe especificar de que afección.

Tiene cinco hermanos sanos y dos muertos en la infancia.

Antecedentes personales.—A los 9 años ha tenido sarampión. Niega afecciones venereas.

Es casado, tiene un hijo sano y otro fallecido á los 13 meses.

Ha sido regular bebedor.

Muy moderado fumador.

Enfermedad actual.—Empezó hace 2 años con disturbios gástricos caracterizados por sensación de peso en el epigastrio después de la ingestión de alimentos y algunos dolores de estómago.

Este estado le dura varios meses sin acusar otros síntomas, después de 8 meses próximamente de empezar su afección el enfermo percibe en la región epigástrica á dos traveses de dedo por encima del ombligo y á la derecha de la línea media, un tumor del tamaño de una nuez ligeramente desplazable.

El enfermo nota aumento de este tumor pero de una manera lenta y progresiva.

A los 10 meses próximamente de haberse iniciado su enfermedad, el enfermo experimenta nauseas con sensación de acidez acentuada, pero durante este período no tenía vómitos.

Desde hace 2 meses el enfermo tiene vómitos, que le aparecen de 3 á 4 horas después de la ingestión de alimentos, estos vómitos son muy abundantes devolviendo el enfermo la totalidad de lo ingerido, tienen aspecto bilioso, no ha notado el enfermo rastros de sangre en ellos.

El apetito durante este período está conservado y el enfermo refiere haber tomado alimento poco tiempo des-

pués de vomitar, sin que la llegada del mismo al estómago le provocase dolor manifiesto.

No ha tenido diarrea en el transcurso de su enfermedad, por el contrario ha sufrido de constipación acentuada, esta constipación adquiere caracteres más agudos en el último periodo de su afección.

Después de 10 meses de haber empezado su enfermedad ha tenido, según refiere el enfermo, fiebre más pronunciada por la noche, esta fiebre le dura próximamente un mes. No ha tenido tos.

Refiere que en este lapso de tiempo acusaba algunos dolores torácicos en la base pulmonar derecha y ambos vértices; al mismo tiempo refiere padecer sudores nocturnos profusos.

Desde el principio de su enfermedad hasta el momento actual ha disminuído 14 kilos de peso; pesando al comenzar 63 y actualmente 49 kilos.

En el momento actual tiene buen apetito; está constipado, haciendo 4 días que no tiene deposiciones. Su orina es algo turbia.

Estado actual.—Enfermo en condiciones generales de depresión orgánica.

Panículo adiposo escaso.

Coloración de la piel blanca, tinte anémico no muy acentuado de las mucosas.

Constitución esquelética regular.

Cabeza.—Conformación del cráneo: dolicocefalo. Cabellos negros abundantes.

Vista: agudeza visual normal; pupilas reaccionan bien á la luz y acomodación.

Movimientos de los globos oculares perfectamente conservados.

Nariz y oído: normales.

Boca: dentadura bien conservada, faltan algunos dientes. Lengua algo saburral.

Cuello.—No hay ganglios ni latidos.

Tórax.—Conformación torácica regular.

Fosas supraclaviculares algo deprimidas.

Expansión respiratoria buena.

Resistencia torácica, á la palpación, normal.

Palpación: vibraciones torácicas normales en ambos pulmones, salvo algo exageradas en el vértice izquierdo.

Percusión: sonoridad pulmonar normal en ambos lados; bases movibles.

Auscultación: respiración ruda en el vértice izquierdo, en el resto murmullo vesicular normal.

Corazón.—Punta no se ve, se percute 5.^a costilla línea mamaria.

Area cardíaca normal.

Tonos cardíacos conservados.

Abdomen.—A la inspección el abdomen está algo deprimido; á la palpación se nota una resistencia en el epigastrio, especialmente por arriba y á la derecha del ombligo.

Hay succisión manifiesta.

A la percusión se delimita el estómago que pasa dos traveses de dedo hacia abajo del ombligo.

Hígado: su borde superior corresponde á la 5.^a costilla, su borde inferior al reborde costal.

Bazo: no se palpa; se percute en sus límites normales.

Sistema nervioso.—Nada de particular. Reflejos rotulianos normales.

Examinado el enfermo clínicamente y en la forma que hemos especificado, nos llama desde luego la atención los fenómenos gástricos que experimenta, existen vómitos acentuados hacia todos los alimentos que ingiere, vómitos que han tenido origen, según expresa la historia dos meses antes.

Complementamos estos datos mencionando los análisis pertinentes que á continuación referimos:

Examen de orina (9 de Octubre de 1915)

Urea	20,4 gr. $\frac{0}{100}$
Cloruro en Cl Na.	1,5 gr. $\frac{0}{100}$
Albúmina.	no hay
Bilirubina	»
Urobilina.	»
Acidos biliares.	»
Glucosa.	»

Examen de materias fecales (11 Octubre 1915).—El resultado de este análisis comprueba la no existencia de sangre.

Examen de sangre (12 Octubre 1915)

Examen cuantitativo:

Glóbulos rojos.....	4.700.000
Glóbulos blancos.....	10.000
Hemoglobina (Sahli normal 100)	70

Examen etiológico:

		Sangre normal
Polinucleares neutrófilos.....	52	65-70
» eosinófilos.....	1	1-2
» basófilos.....	—	—
Linfocitos.....	41	25
Mononucleares grandes	4	1-2
Transición.....	2	—

Si bien posterior (Noviembre 16-1915) consignamos el resultado del examen bacteriológico del esputo que resulta negativo en cuanto á la existencia del bacilo de Koch.

El funcionalismo gástrico del enfermo que más particularmente nos interesa es estudiado con cuidado, en fecha 10 Octubre de 1915 se extrae 500 gramos de líquido de retención gástrica en el cual se encontró restos de comidas anteriores, el aspecto del líquido es amarillo verdoso y en él se notan algunos granos de arroz que refiere el enfermo haber ingerido una semana antes.

El día siguiente, 11 Octubre, se le suministra la co-

mida de prueba consistente en 300 gramos de té y pan-cito correspondiente (Ewald) que se extrae 1 hora después.

Tanto el residuo de retención gástrica como lo extraído de la comida de prueba se analizan y dan como resultados:

Examen del jugo gástrico (Retención gástrica)

Acido clorhídrico libre	1	gr.	%
»	»	combinado	4,51 grs. »
Acidez total	5,87	»	»
Sangre		no hay	
Albúmina		sí	
Acido láctico		no hay	

Examen de jugo gástrico (Comida de prueba)

Acidez total	1,88	grs.	%
Acido clorhídrico combinado	0,91	»	»
»	»	libre	0,63 » »
Acidos orgánicos de fermentación	0,34	»	»
Acido láctico		no hay	
Hemoglobina		no hay	
Peptona		sí	
Albúmina		trazas	
Glucosa		sí	

Previo lavaje del estómago (11 Octubre 1915) se somete al enfermo al examen radioscópico, se observa estó-

mago grande pasando de dos traveses de dedo hacia abajo del ombligo, está dotado de vivaces contracciones formándose la bola para pasar al duodeno pero es rechazada nuevamente al estómago.

Después de haber sido estudiado el enfermo en la Sección Clínica Médica, Sala 2.^a, Cama 3, en la forma que hemos especificado y teniendo presente la sintomatología tan manifiesta de estenosis pilórica se decide intervenirle, pasa en efecto al Servicio de Cirugía (Director de Servicio Dr. Luis Lenzi) en fecha de 19 Octubre de 1915. (Sala 4, Cama 10).

El 22 de Octubre 1915 es operado por el Dr. Salvador A. Marino ayudado por el Dr. Sacco.

Se le efectúa una gastro-entero-anastomosis posterior (Von Hacker), anestesia intrarraquídea 0.15 gramos de novocaína.

Se comprueba la existencia en la región correspondiente al píloro de un tumor proximamente del tamaño de una mandarina, gruesos ganglios en el mesogástrico y sobre las inserciones epiploicas; la serosa vecina tiene aspecto opalescente.

Es enviado un ganglio peripilórico al laboratorio con el objeto de ser sometido á un examen anátomo-patológico, cuyo resultado manifiesta tratarse de un proceso tuberculoso como se observa en las micro-fotografías que adjuntamos.



MICROFOTOGRAFÍA N.º 1



Después de la intervención quirúrgica efectuada (gastro-entero-anastomosis) el enfermo mejora manifiestamente, no obstante considerándose oportuno la continuada observación clínica pasa en fecha 9 de Noviembre 1915 á la Sección Medicina, Sala 2^a cama 26, donde se le vuelve á examinar con prolijidad.

En fecha 10 de Noviembre se efectúa una cutireacción con resultado positivo como ya hemos mencionado.

Al mismo tiempo se explora la temperatura rectal, teniendo el enfermo ascensiones térmicas que alcanzan á 37°2, 37°6 y aún 37°8 á la mañana y asimismo por la tarde, en ocasiones esta temperatura se eleva á 38° y 38°2.

Durante este período las condiciones generales del enfermo mejoran, apetito conservado, no tiene tos, sus funciones digestivas se cumplen regularmente, la temperatura axilar es de 37°, 37°2, 37°5.

En el transcurso del mes de Diciembre las condiciones generales del enfermo siguen en esta forma y se efectúa un tratamiento médico correspondiente al proceso baciloso: regimen alimenticio mixto teniendo en cuenta el grado de tolerancia del enfermo, helioterapia (exponiendo el enfermo su abdomen á los rayos solares) é inyecciones yododuradas de Durante. Posteriormente es sometido á la cura de Ferrier.

El 22 de Diciembre 1915 se vuelve á estudiar el funcionalismo gástrico del enfermo:

Líquido de retención gástrica: se extrae 10 c. c. de líquido verde bilioso no se observan grumos ni sangre.

Se efectúa un lavaje del estómago y se comprueba que éste se llena con facilidad; el enfermo experimenta algunas náuseas.

Se hace tomar al enfermo la comida de prueba (300 grs. de té y un pan de 60 grs.) y luego se extrae 80 c. c. de líquido amarillo verdoso obscuro en el cual se observan restos alimenticios.

He procedido al examen del jugo gástrico obtenido por medio de esta comida de prueba con el siguiente resultado:

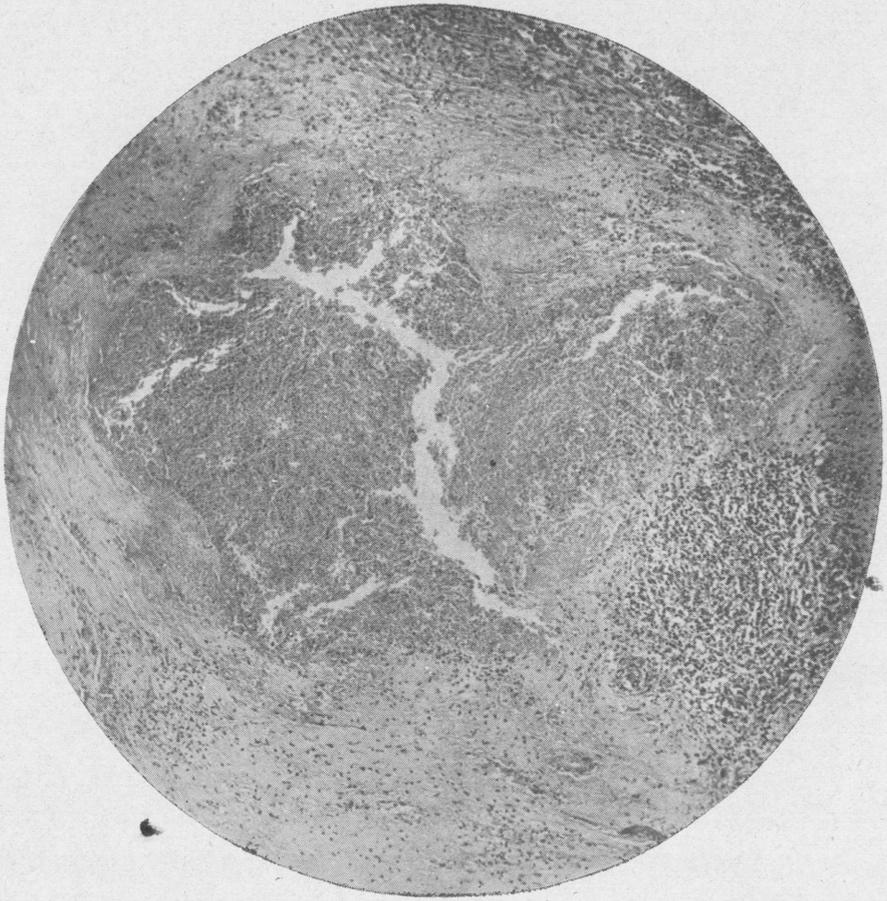
Ácido clorhídrico libre.....	no existe
Ácido clorhídrico combinado.....	0,40 ‰ grs.
Acidez total.....	0,40 ‰ »
Ácido láctico.....	vestigios
Hemoglobina	{ Reacción de la bencidina. vestigios
	{ Reacción de Weber..... negativa

El líquido de retención gástrica como el obtenido por la comida de prueba, previamente tratados con una solución de potasa cáustica, centrifugados y lavados con suero fisiológico son inyectados en cobayos.

Estas inoculaciones efectuadas en el tejido subcutáneo abdominal y en el interior del peritórneo de los cobayos han dado resultado negativo.

En efecto se ha procedido á la autopsia de los cobayos no revelándose lesiones tuberculosas.

El 9 de Enero 1916 persiguiendo el fin de seguir estu-



MICROFOTOGRAFÍA N.º 2



diando la modalidad de función secretoria gástrica del enfermo se le suministra una comida de prueba y el análisis del jugo gástrico obtenido, efectuado con suma prolijidad por el señor Palazzo, da el resultado siguiente:

Acido clorhídrico libre.....	no hay
Acido clorhídrico combinado....	0,57 ‰ gr.
Acidez total.....	0,57 ‰ gr.
Acidos orgánicos de fermentación.	no hay
Acido láctico (Uffelmann).....	no hay
Hemoglobina.....	no hay
Peptona.....	si
Albúmina.....	si
Glucosa.....	si

Durante este tiempo se sigue explorando la temperatura rectal comprobándose la existencia de una reacción térmica poco acentuada 37°2, 37°4; las condiciones generales del enfermo son satisfactorias y en estas circunstancias y á pedido del mismo se permite su egreso del Servicio.

El 17 de Enero de 1916, antes de su egreso, someto al enfermo á una radioscopia: por parte del tórax llama la atención ligera obscuridad del vértice izquierdo y una serie de ganglios brónquicos acentuados en ambos lados.

Corazón, nada de particular; diafragma desplazable normalmente.

Se hace ingerir la poción de bismuto y se comprueba estómago de tamaño normal, su borde inferior llega á nivel del ombligo, por el lado del píloro termina brusca-

mente, pero es sumamente digno de notarse el funcionamiento muy bueno de la boca estomáquico-entérica correspondiente á la gastroenteroanastomosis efectuada más de 2 meses y medio antes; las paredes del estómago experimentan contracciones y se observa la pasta de bismuto pasar al intestino con suma facilidad.

Esto está de acuerdo con los fenómenos funcionales del aparato gastro-intestinal del enfermo en condiciones buenas.

El enfermo sale sumamente mejorado el 18 de Enero de 1916.

Se le aconseja continuación de la observación médica y como tratamiento: helioterapia y recalcificación método Ferrier.

Diremos como conclusión, resumen de los hechos detallados que hemos consignado, que manifestamos la plena convicción clínica, corroborada por otra parte con el examen anátomo-patológico del ganglio extraído en el curso de la intervención operatoria, tratarse de un caso de tuberculosis estenosante del píloro; si caso clínico tan interesante que tenemos el honor de presentar en la presente tesis, contribuyera á despertar la atención sobre esta forma tan rara de estenosis pilórica, evidenciando al espíritu del clínico la posibilidad de un proceso baciloso que localizado al píloro determinase su estenosis, sería para nosotros satisfacción íntima.

JUAN B. DUODO.

Buenos Aires, Abril 25 de 1916.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Luis Güemes, al profesor titular Dr. David Speroni y al profesor suplente Dr. Pedro Escudero, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA
J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Mayo 10 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3103 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA
J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico clínico de la úlcera tuberculosa del estómago.

L. Güemes.

II

Diagnóstico histológico de la úlcera simple, tuberculosa y cancerosa del estómago.

Speroni.

III

Perturbaciones gástricas en los diversos períodos de la tuberculosis pulmonar.

P. Escudero.

BIBLIOGRAFÍA

Allessandri M.—Presse Medicale, 3 Juin, 1905, pág. 350.—Tuberculose du pylore.

Arloing F.—Des ulcerations tuberculeuses de l'estomac.—Thèse de Lyon, 1902.

Barbacci O.—Una rara forma di tubercolosi gastrica.—Lo Sperimentale, 1890, pág. 475, tomo LXV.

Barchasch P.—Contribución á la patología de la tuberculosis del estómago.—Beitrag Z. Klinik der tuberculose, 1907.

Brouardel-Gilbert-Thoinot.—Maladies de l'estomac.—G. Hayem et G. Lyon, 1913. Tuberculose de l'estomac, pág. 519.

Brunner C.—Tuberculose des magen. Darmkanals. Deutsche Chirurgie, 1907.

Chalier J. et Nove Josserand.—Tumore infiammatorio stenose del piloro d'origine tuberculare.—Giornale di Chir., 1911.

Cordero Aurelio.—La Clinica Chirurgica, 30 Giugno 1910, pág. 1247-1263.—Tubercolosi del ventricolo à forma neoplastica-cirrotica.

Dauwe F.—Contribución al estudio de la tuberculosis estenosante del piloro.—Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, 1913.

Durante F.—Considerazioni intorno ai restringimenti pilorici

e al loro trattamento curativo. (Comunicación á la Sociedad Italiana de Cirugía). — Policlinico, 15 Julio 1894, pág. 301 á 319.

Enriquez-Laffite-Berge-Lamy.—Traite de Medicine.—Tomo I, pág. 1137.

Ferrio L.—Úlcera tuberculosa del estómago, pág. 118.

Ferroni G.—Di alcuni casi di tubercolosi stenosa ipertrofica del tubo digerente.—Congresso sanitario interprov. dell'alta Italia, XVI.

Frugoni C.—Di una rarissima forma di stenosi pilorica.—Clin. Mod. Anno XI, n.º 10.

Goyena Juan R.—Tuberculosis del estómago.—Semana Médica, año 1913, n.º 42, pág. 872.

Goyena Juan R.—«Observaciones clínicas». Ulceración tuberculosa del estómago.—Tesis, 1906.

Hayem G.—Leçons de thérapeutique.—Les médications, t. IV, pág. 253-259 (1893) et Gastropathies et phtisie pulmonaire.—Congrès de la tuberculose, 1893.

Jacobs.—Stenose du pylore par localización tuberculeuse.—Progrès Med. Belge, 1900.

Leclerc et Gardere.—Soc. nat. de Med. de Lyon, 27 Juin, 1910.

Leriche-René, Emile Mouriquand.—Les formes chirurgicales de la tuberculose de l'estomac.—Revue de Chirurgie, 1909, pág. 337 y 520.

Lyle H.—Tuberculose et cancer de l'estomac associes.—The American Journal of Medical Science, 1913.

Marfan B.—Troubles et lésions gastriques de la phtisie pulmonaire.—Thèse de Paris, 1887.

Mathieu Albert.—Traité des maladies de l'estomac et intestin.—1900. Pág. 721, Tuberculose de l'estomac.

Ortali Oreste.—Tubercolosi dello stomaco a forma neoplastica.—Gazzeta degli Ospedali e delle Cliniche. Año 1913, n.º 20.

Petruschky M.—Ulcera tuberculare primitiva dello stomaco. Sem. Med. 1899.

Patella.—Delle stenosi piloriche nei tuberculosi.—Congreso contra la tuberculosis. Nápoles, 1901.

Poucet A., Leriche R.—Tuberculose inflammatoire, ses localisations multiples, en particulier sur l'estomac, l'intestin, etc.—Bulletin de l'Academie de Medicine, 30 Mai, 1905.

Poncet A., Leriche R.—Tuberculose inflammatoire de l'estomac. Tumeurs et stenoses pyloriques d'origine tuberculeuse.—Bulletins et Memoires de la Societé de Chirurgie, 20 Mai, 1908.

Renon Louis MM. et Verliac.—Ulcere tuberculeux perforant de l'estomac.—Bulletins et Memoires de la Societé Médicale des Hôpitaux de Paris. Fevrier 1907, pág. 111.

Ricard et Chevrier.—De la tuberculose et des sténoses tuberculeuses du pylore.—Revue de Chirurgie, Mai 1905, pág. 557 á 586; Juin 1905, pág. 736 á 760; de Juin á Decembre 1905, pág. 74 á 106.

Simmond.—Munchener Medicinische Wochenschrift, 1900.

Tappeiner Fr. Hv.—Beitrag zur Kenntniss der tuberkulösen pilorusstenose.—Beitrage zur Klinischen Chirurgie, pág. 371, 1910

Valair M.—Due casi di tuberculosi dello stomaco,—Sem. Med., 1908.

W. W. Keen.—Tratado teórico-práctico de Patología y Clínica Quirúrgica, publicado bajo la dirección de W. W. Keen. Tomo I, pág. 667.

Zexas.—La tuberculosis del estómago.—Centralblatt für die frenzgebiete der Med. und Chir. (Jena) 1913.



35377

