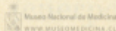


Museo Nacional de Medicina **MEMORIA**

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



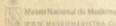
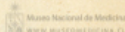
PRESENTADA

Para optar el grado de Licenciado en la Facultad

DE

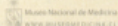
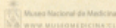
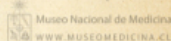
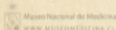
MEDICINA I FARMACIA

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



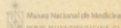
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



# ESTENOSIS

DEL

# ESÓFAGO

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina **MEMORIA**

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

de prueba para optar el grado de licenciado en la  
facultad de Medicina i Farmacia

POR

**David Carrasco R.**

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

**SANTIAGO DE CHILE**

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

IMP. Y ENCUAD. DE RODRIGO DONOSO Y CA.

**1897**



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMICINA.CL

## ESTENOSIS DEL ESÓFAGO



Al elegir el presente tema «Estenosis del esófago» como mi memoria de prueba para optar el grado de Licenciado en Medicina, me ha guiado no solo estudiar esta importante i tan descuidada parte de la medicina, sino tambien dar a conocer los beneficios que reporta a la jente pobre, el servicio gratuito de la Policlínica de San Juan de Dios, atendida por el distinguido especialista en enfermedades del tubo digestivo i ojos, Don Ruperto Vergara V.

En la primera parte de mi trabajo, enumeraré las causas de las estrecheces esofójicas, en la segunda describiré algunas de las observaciones que me han parecido mas interesantes de los enfermos atendidos en la Policlínica i una de las operaciones de gastrotomía en la Clínica de nuestro profesor de clínica quirúrgica, Don Manuel Barros B., i en la tercera, me ocuparé sobre el tratamiento que se ha seguido en la Policlínica.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMICINA.CL

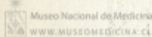
## I

El esófago es un conducto que va de la faringe al estómago. Tiene de veinte i cinco a veinte i nueve centímetros de longitud i se estiende desde la quinta vértebra cervical a la undécima dorsal. Tiene la forma de un cilindro achatado, i afuera del momento de la insercion de los diaframas, la retraccion de su túnica muscular borra la luz de su conducto. Su direccion es casi rectilínea, pues, las ligeras inflexiones son insignificantes: en la parte cervical se inclina un poco a la izquierda, despues en la dorsal se dirige a la derecha, volviendo a colocarse en la línea media para desviarse algo otra vez a la izquierda ántes de atravesar el diafragma. La distancia que hai entre los incisivos i el cardias es de cuarenta a cuarenta i cuatro centímetros. Sus paredes tienen el grueso de dos milímetros i se componen de dos túnicas, laxamente unidas entre si, una muscular i una mucosa. Esta, de color blanquecino, presenta pliegues longitudinales, tiene epitelio pavimentoso, estratificado i glándulas arracimadas.

Las diversas afecciones del esófago tienen dos síntomas comunes: la disfajia i salivacion. Estas se presentan tambien por un tumor del cuello o mediastino (adenitis, absceso, aneurisma, várise, hipertrofia del hígado, hidropericardias, etc.), u obtáculo en la laringue o bronquios.

Los conmemorativos permiten a veces establecer

inmediatamente que se trata de un estrechamiento cicatricial traumático. El estrechamiento cicatricial espontáneo es consecutivo a la úlcera simple, cáncer, sífilis i tuberculosis. Sobrevienen a veces sin causa apreciable. Además, tenemos los espasmos nerviosos.



El esofajismo o estrechamiento espasmódico, es de origen múltiple: Idiopático en las personas nerviosas, histericos, hipocondriacas; es sintomático en los casos de lesiones esofajicas (cuerpos extraños, cáncer), i simpáticos, en circunstancias mal determinadas (tenia, afecciones uterinas).

Sobreviene bruscamente, sin causa a veces, a consecuencia de la vista de ciertos alimentos, de emociones morales, etc. Puede ser completa o incompleta, transitoria o permanente por algunos días. Habitualmente el espasmo es acompañado de ahogo, angustia i de una sensación penosa de contricción, que tiene el asiento, lo mas frecuente, en el tercio superior. A veces, la sonda se define a nivel del espasmo, i siempre una gruesa pasa mas fácilmente que una de pequeño calibre.

La esofajitis, puede ser: Primitiva, que es siempre de origen traumático; es provocada por la injección de comidas calientes, líquidos corrosivos (ácido sulfúrico, solución de potasa, etc), de sustancias irritantes (tártaro estibiado), o por la presencia de un cuerpo extraño (pedazo de hueso, espina de pescado, alfiler, etc). Secundaria, como propagación de



un muguet, anjina diftérica, o en el curso de una enfermedad infecciosa como tifus. Estas son mas frecuentes en el tercio superior del esófago. Las por causa de una sustancia corrosiva o tóxica, son en el tercio inferior, porque durante la deglución, el bolo alimenticio o los líquidos, sufren una pequeña detención inmediatamente por encima del cardias.

Los accidentes pasan, de ordinario, por una primera faz de esofajitis aguda. Después de un periodo largo, a veces sin que la agudez haya sido jamás bien pronunciada, la disfagia progresa con lentitud, insidiosamente.

Cualquiera que sea la causa, el enfermo dirá, que ha comenzado por tragar penosamente los alimentos sólidos, pero que los blandos o líquidos pasan muy bien, hasta que poco a poco estos también se detienen. Al atravesar el estrechamiento los líquidos, producen casi siempre, un ruido de *gluglú*, perceptible por el médico i el enfermo. Haciendo tragar líquidos i auscultando por la espalda, siguiendo el trayecto del esófago, se siente que se detienen en un punto i siguen abrazando lentamente, produciendo una especie de gorgoteo.

Producen estrechamiento fibroso, la úlcera simple i la sífilis a consecuencia de goma ulcerada.

El epiteloma es mas comun que el encefaloide i el scirro. Es mas frecuente en el tercio medio i des-

pues en el inferior. La salivacion, disfajia i dolor son los primeros. El dolor se irradia al esternon o espalda i se exajera por los alimentos. La disfajia progresiva es el síntoma dominante, sin embargo se citan casos, en que esta se ha declarado bruscamente como en el esofajismo. Primero tiene sus remisiones, hasta que se hace permanente.

*Síntomas*

Cuando ya el estrechamiento es considerable, viene el síntoma regurgitacion, que naturalmente demora menos rato en producirse, mientras mas superior es la estenosis i mientras menos dilatacion haya por encima. A veces, este conducto forma como una bolsa, en donde permanecen algun tiempo los alimentos i sufren la accion de la dijestion por la saliva, hasta que son arrojados por el vómito, bajo forma de una masa pulpora, pálida, a veces sanguinolenta i detritus de las fungosidades.

Es comun el hipo i tambien la infartacion de los ganglios supra claviculares.

Se presenta despues de los cuarenta años i su duracion no excede de dos.

Para confirmar las presunciones que dan las turbaciones funcionales, es indispensable practicar el cateterismo esofájico. Se usa primero un conductor de barba de ballena, que en una de sus estremidades se atornilla olivas de marfil de diferentes tamaños. Despues se emplea la bujía de Mr. Bouchard que es mui buena como esplorador i al mismo tiempo como instrumento de tratamiento, pues sirve para la dilatacion progresiva.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



*esploracion*

Como instrumento de ~~alimentacion~~, las sondas tienen la ventaja, que una vez vencida la resistencia, se puede inyectar líquidos alimenticios. Para penetrar hasta el estómago se usan sondas semi-rígidas. Es preferible un tubo de mediano calibre que tenga un diámetro exterior de doce milímetros a lo menos.

Normalmente hai un anillo muscular al nivel del cartilago cricoides i cardias, de manera que se encuentra cierta resistencia al tratar de atravesarlos con la sonda. El pasaje de esta, determina a veces, en un punto limitado un dolor vivo, que es un síntoma probable de lesion o compresion.

Cuando hai estenosis, la oliva no pasa i hai que cambiarla por una mas pequeña, que al franquearla, dá una sensacion de sobresalto, sobre todo cuando es anular. Al retirarla, se nota la misma sensacion i fijando el punto que sobresale de la boca, para despues quitarle quince centímetros, que es la distancia desde los incisivos al principio del esófago, se tendrá el punto de la lesion.

Muchas veces, llega a la consulta un enfermo quejándose de vómitos, dispepsia, ahogo, palpitaciones, etc, atribuyendo su mal al estómago o corazón, siendo que se trata de un principio de estenosis. Con esta sospecha, se debe hacer la prueba de que trague líquidos i auscultarlo por la espalda siguiendo el trayecto del esófago, para despues practicarle el cateterismo. Este, nos viene a explicar la causa del gorgoteo que acabábamos de sentir en la auscultacion. En presencia de un caso de estos, siempre debe hacerse la prueba de los líquidos antes del cateterismo. Naturalmente, que coincide el





sitio del gorgoteo con la dificultad que encuentra la bujía en el conducto esofájico.

## II

La Sra. N. de 65 años, se presentó a la Policlínica en Abril del presente año, quejándose no poder tragar sólidos i los líquidos con dificultad a pequeños tragos, accesos de sofocación, tos rebelde a todo tratamiento, salivación, regurgitación, etc. dijo que poco a poco había ido aumentando la dificultad para tragar las sustancias sólidas, hasta que un día impidió el pasaje de ellas.

Al examinarla se notó lijería sub mañidez del lóbulo inferior e infiltración de todo el pulmón izquierdo. Con el laringoscopio no se encontró lesión en el principio del aparato respiratorio. La prueba del agua era manifiesta en el tercio inferior.

Con la oliva de menor calibre se le exploró, pasando hasta el estómago, pero produciendo en la mitad del tercio inferior del esófago un dolor agudo. Se repitió el cateterismo cambiando la oliva por una de ocho milímetros de diámetro.

Creyó sentirse mejor algunos días. Como tratamiento pulmonar se le administraba creosota e iodyol. Diez minutos antes del cateterismo tomaba cinco gotas de tintura de opio benzoico.

Después de tres días, nueva sesión de dilatación



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

progresiva con sondas mayores, que producian siempre en el mismo punto fuerte dolor, pero no sangraba. Se repitieron cada tres o cuatro dias durante dos meses, no pasando del diámetro de un centímetro, no porque no hubiera podido, sino por el gran dolor.

En Junio despues de una hemoptisis siguió por varios dias con esputo sanguinolento. Persistian los mismos síntomas anteriores i ya la zona de macidez era bien manifiesta en todo el lóbulo inferior del pulmon izquierdo. Se le alimentó con sonda i lavativas por algunos dias. La estrechez se fué haciendo mas tolerable, pudiendo ya al mes despues alimentarse solo con líquidos, persistiendo sus accesos de sofocacion, de cuando en cuando, con expectoracion sanguinolenta. Actualmante vive en regulares condiciones, no pudiendo todavia comer sustancias sólidas.

Al interior, se le ha dado arsénico i clorato de soda o altas dosis.

Por la edad, dolor agudo, por la falta de estrechez propia, pues no está disminuido en sí el esófago, sino como comprimido, por los síntomas pulmonares, no haber bacilus en el esputo, ni fiebre, se ha diagnosticado por esclucion, *cancer en el mediastino de los ganglios retro esofájicos* con propagacion al pulmon izquierdo i afectando al esófago por compresion.

La Sta. G de 30 años, se quejaba de dispepsia i dificultad para tragar, hasta que una noche cenando



con perdices, nota que no le pasan al estómago. Estaba con una sensación penosa de ahogo. Se le trata de empujar con la bujía i es imposible. Creyendo que con una digestión artificial se resblandecería lo comido i pudiera pasar, se le dió pepsina con ácido clorhídrico i se introdujo nuevamente la bujía, siendo inútiles todas las tentativas. Entonces se pensó en vomitivo, poniéndosele una inyección de apomorfina. A los pocos minutos hace su efecto i arroja lo ingerido, bajo forma de una papilla blanca. Después la bujía pasa, pero con cierto entorpecimiento. Siempre seguía con su molestia al comer, sobre todo con los alimentos sólidos i secos.

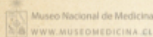
Cuando se le hacía dilataciones, se mejoraba uno o dos días.

A consecuencia de una estitiquéz pertinaz, se le administró grandes dosis de aceite i arrojó con la deposición un cálculo hepático del porte de una avellana, ovalado, liso, probablemente de colesteroína porque es blanco i duro. Desde ese día fueron poco a poco desapareciendo sus molestias i hoy está perfectamente.

Por no encontrar en el cateterismo una estrechez propia, persistente i por haber desaparecido los síntomas posteriormente a la salida del cálculo, se ha diagnosticado un *esofajismo simpático por reflejo nervioso*. Pudo haber sido también por compresión, si el cálculo se hubiera desarrollado en los canalículos intra lobulares periféricos del lóbulo izquierdo del hígado. De ahí, por el proceso inflamatorio que favorece las adherencias con las partes vecinas, por ejemplo con el duodeno o cólon, se termina frecuen-



temente por ulceracion i despues perforándose, da paso al intestino al voluminoso cálculo biliar. Desde este momento desaparece la causa de los síntomas esofájicos.



La Sra. F. de 40 años, comerciante, vive en esta capital. Es neurótica. Se queja de angustia, ahogo, palpitaciones i de no poder tragar los alimentos.

Por la sonda se comprueba un espasmo nervioso en la parte superior del esófago, que se vencía fácilmente, sobre todo con sonda gruesa. Ya lo que se convencía que tenía permeable su conducto alimenticio, se iba muy tranquila.

Se le ha recetado electricidad i bromuro de potasio al interior i está muy bien.

El diagnóstico es *esofajismo idiopático*.

J. I. de 32 años, empleado en una compañía de vapores, nació i vive en Valparaiso. Como antecedentes hereditarios, la madre i una hermana murieron de tuberculosis.

El 11 de Julio del 92 se presentó a la consulta del Dr. R. Vergara con el Dr. A. Oyarzun, despues de haber ido a Paris en busca de salud i visitado a los mas notables especialistas. Desde hacia ocho años estaba enfermo. Le principió su enfermedad despues de un ejercicio a caballo inmediatamente despues de un almuerzo.

Su constitucion era flaca i pálida. Lengua sucia i mal gusto a la boca. Por parte del estómago, ma-



lestar despues de las comidas, sobre todo en la tarde, poco apetito, pirosis dijestiva mui lentas, erupto, los líquidos le caen mal, mucha sed, repugnancia a la carne. Por parte del intestino, alternativas de diarrea i constipacion i ha tenido hematemesis.

El análisis del jugo gastrico era: reaccion ácido, falta de acido clorhídrico, mucus aumentado, debil reaccion de acidos libres, acido láctico disminuido, habiendo sarcinas, tonicidad muscular i absorcion débiles.

El 9 de Setiembre es la última vez que fué a la consulta, pues ya se sentia mui bien por parte del estómago, todos los síntomas habian desaparecido.

Se diagnosticó, Apepsia de Hayen i dilatacion del estómago.

El 7 de Mayo del 95 vuelve otra vez a Santiago. Ahora se quejaba de dificultad para hacerse los lavados al estómago por no poder pasar la sonda i tragar los alimentos. Con lijero íctero, aumento de volumen del hígado i hemorroides. Dijo que constantemente, cuando tenia una mala dijestion, se lavaba el estómago con la sonda.

Se le exploró el esfago i se encontró una estrechez al nivel del cardias. Se le dilató con la sonda de Bouchard. El 15 hace un nuevo viaje de Valparaiso i se le practicó diez sesiones de dilataciones progresivas hasta el 31 del mismo mes. Despues de la sétima sesion se pudo hacer lavado al estómago.

Hasta el 7 de Octubre sigue él solo en Valparaiso haciéndose las dilataciones i lavados. Habiendo recrudecido los síntomas ya enumerados, por parte



del hígado, recto i esófago, vino otras vez. Con una sesion de dilatacion i lavado, fué suficiente. Despues, se le repitió lo mismo el 26 de Octubre de 1895. Ahora está bueno.

Como tratamiento interno se le ha dado, un cuarto de hora antes de la comida, media cucharadita de estra-to fluido de Hamamelis virjínica. Tambien se trataba su afeccion estomacal i hepática con los alcalinos, sal de Karlsbad i agua de Vichí.

Por la jeneralizacion de la lesion venosa, conjes-tion del hígado i hemorroides, coincidiendo por ac-esos con la estrechez esofájica; por ceder todas con el hamamelis virjínica i alcalinos; por no dar la son-da la sesacion de estrechez fibrosa, que es la que po-dia haber, sino que cedia facilmente i quedaba per-meable, se ha diagnosticado: *estenosis por várice del plexo cardiaco*. Esta causa, no la enumeran los auto-res todavia, a pesar de que en Alemania se ha pu-blicado un caso semejante, comprobado por la autop-sia el año 1891.

La otra causa que uno se inclina a pensar es que esta estenosis haya sido producida por la irritacion constante con la sonda que le servia a él mismo pa-rra lavarse el estómago i que a veces le sangraba; pe-ro la consistencia seria entonces mas fuerte i no ce-deria tan facilmente a la dilatacion.

La Sra. L. nació i vive en Santiago, tiene 45 años de edad. Como antecedentes hereditarios; por parte de madre, casi todos han muerto del corazón i por el padre del pulmon.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Hace quince años que se siente enferma, pero solo desde hace siete años, se ha agravado su mal. Por parte del estómago ha tenido fuertes dolores. Eran estos principalmente despues de las comidas i los vómitos líquidos, vinagres o desabrido. Pasaba hasta ocho dias sin obrar. Ha enflaquecido mucho con la enfermedad.

La sonda encontró cierta resistencia antes de llegar al estómago i provocó la salida de un poco de sangre i dolor en esa rejion, el que ha permanecido hasta tres horas despues. Dice sentir casi constante ese dolor; que le corresponde al mismo nivel en la espalda.

El análisis del jugo gástrico es el siguiente: reaccion ácida, ácido clorhídrico normal, mucus aumentado, hai ácido libres, ácido láctico normal, tonicidad muscular i absorcion bien.

Se le ha tratado con la solucion de nitrato de plata, cuya fórmula es:

Rp.

Agua.....	80	gramos
Glicerina.....	20	„
Nitrato de Plata.....	0,30	„

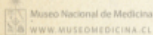
M. Tómese una cucharadita tres veces al dia. Tambien se le dió alcalinos i la sal de Karlsbad, cuya fórmula preparada artificialmente, es la siguiente:



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Rp.

Sulfato de magnesia. . . . . 50 gramos  
Sulfato de soda. . . . . 50 „  
Bi-carbonato de soda. . . . . 10 „  
Cloruro de sodio. . . . . 10 „



M. Tómese en ayuna todas las mañanas una o una i media cucharadita disuelta en un vaso de agua.



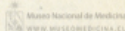
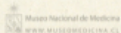
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Se le dilató gradualmente con las sondas de Bouchard.

A los dos meses, se sintió mui bien, pues, todos los síntomas habian desaparecido.

El diagnóstico fué de *estenosis cicatricial a consecuencia de úlcera por encima del cardias.*



M. Z, comerciante, de 50 años de edad, nació i vivia en Santiago. Mui alcohólico. Talvez lues.

Se presentó a la consulta el 21 de Enero de 1898. Hacia cuatro años que se sentia enfermo. Poco a poco venia notando dificultad para tragar los alimentos hasta que desde hace cuatro dias, talvez por abuso de alcohol, no le pasan ni los líquidos i los vuelve como a los dos minutos que los ha ingerido.

Ha sufrido al hígado i no se queja de ningun síntoma por parte del estómago.

Despues de tres sesiones con las sondas de M. Bouchard, habiendo principiado por una filiforme, se pudo pasar una sonda blanda para estraer el líquido escomacal, que no tenia nada de anormal.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



A los tres meses despues, se habia vuelto a estrechar, siendo necesario una nueva dilatacion gradual. Se le administró al interior el yoduro de potasio i al mes siguiente ya podia comer de todo. Conservó su vida asi en buenas condiciones, año i medio mas, hasta que un dia tuvo una brusca hematemesis i murió.

Se diagnosticó una *estrechez del esófago al nivel del cardia, talvez de orijen sifilítico.*

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

T. M. v. de C., de 60 años, nacida en Santiago i vive en Limache.

Vida arreglada. Un año de enfermedad, gradualmente desarrollada. Ha tenido vómito de color café. Es estílica, i se ha enflaquecido mucho.

La comida le cae mal, se llena con poco, tiene vinagreras, flatulencias de mal olor, la carne le repugna, dijestiones lentas, vómitos mui mucosos i alimenticios, pero no todos los dias. Tiene mucha salivacion i siente dificultad para pasar los sólidos.

Hubo cierto trabajo para el sondaje, no se encontró ácido clorhídrico ni ácidos libres, lijera reaccion de ácido láctico, mucus aumentado, pepsina disminuida, glóbulos de pus, tonicidad muscular i absorcion débiles.

Se nota un tumor en la rejion del epigastrio i hai indican en la orina.

Como tratamiento se le dió la cura de Karlsbad i ácido clorhídrico con resorcina. No se pudo seguir la observacion, por no haber vuelto a la Polielínica.

Se diagnosticó *cáncer del cardia.*

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Dr. L., de 65 años, frances i vivia en Traiguén. Tenia los síntomas jenerales de estenosis.

Se le exploró con una sonda filiforme i se encontró una estrechez en el tercio superior, tumefaciente, blanda, sangrante. Se le alimentó con la misma sonda i al exámen microscópico de los detritus que quedaron adheridos en los orificios terminales, no dejó la menor duda de que se trataba de un cáncer.

Cuando se pensaba intervenir quirúrgicamente, murió por una hemorragia abundante.

El diagnóstico es: *estenosis por cáncer encefaloide.*

E. I., de 60 años, calle de las Delicias.

Tenia los mismos síntomas enumerados de las estrecheces del esófago.

No pudo penetrar bien la sonda por dificultad al nivel del cardias.

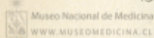
En el exámen químico del Jugo gástrico no se encuentra ácido clorhídrico ni ácidos libres, hai ácido láctico, muens aumentado, no hai peptonas, tonicidad muscular débil i absorcion difícil. Habia glóbulos de pus.

Se le dilató gradualmente desde el 26 de Julio del año pasado hasta fines de Diciembre. Despues ha seguido ella sola. Está bien.

Como remedio se le ha dado el clorato de soda, a altas dosis, que le prueba mui bien a los cancerosos. Se disuelve en agua hasta quince gramos por

dia, para que tomen por cucharaditas cada media hora.

Alimento se le daba cada tres horas i diez minutos antes, tomaba cinco gotas de tintura de opio benzoica.



Se diagnosticó *cáncer sospechoso*.



Museo Nacional de Medicina

Domingo Silva, de 54 años, soltero, minero, nació en Digna i reside en Antofagasta.

El padre murió de una afección que por los datos que dá el enfermo, hace pensar en un cancer del estómago. La madre murió de agotamiento a la edad de 92 años. Ha tenido ocho hermanos i casi todos han muerto por enfermedades agudas.

Ha sido siempre sano i robusto; no recuerda haber sufrido alguna afección en su niñez; en la juventud tuvo una b'enorrajia que le duró seis meses, sabando sin dejar consecuencias. A la edad de 24 años sufrió una contusión con herida en la cabeza, en la rejion frontal izquierda.

Es algo alcohólico.

La enfermedad actual comenzó a sentirla a principios del año 1896; tenia vómitos alimenticios, que se presentaban media hora despues de las comidas, manteniendo una pirosis constante. Despues de dos meses mas o menos de la produccion de estos vómitos, recurrió a un tratamiento médico, el cual lo suprimió luego. Pasados como veinte dias de completa salud, comenzó a sentir dolor al tragar alimentos sólidos, situado al nivel del cuerpo del esternon i que fué aumentando paulatina-

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



mente, hasta llegar a ser agudo e impedir toda alimentacion sólida a principio del presente año; los vómitos se presentaban solo de vez en cuando.

Entró a la Sala de Dolores del Hospital de San Vicente de Paul, que es una de las del servicio de Clínica quirúrgica del Dr Barros B.

Por el exámen exterior se reconoció: ser de buena constitucion, musculatura bien desarrollada, ~~pero~~ <sup>presentado</sup> adiposo regularmente abundante i algo delil, como es natural, por la escasa alimentacion.

Por los m dios físicos de investigacion, se reconoció una estrechez del esófago situada a veinte i cinco centímetros del borde dentario, por la cual no pasaba ni la mas pequeña oliva. Se quejaba de un dolor constante, pero no agudo, al nivel de la union del cuerpo del esternon con el apéndice si-foides. No le pasan sino líquidos, tomados a pe-pueños tragos.

El diagnóstico fue; *estrechez del tercio inferior del esófago de causa dificil de apreciar.*

El 9 de junio de este año, se practicó la gastro-tomia por el procedimiento de Albert-Kocher que es el mejor: a cuatro centímetros del apéndice si-foides i dos hacia la izquierda de la línea media del epigastrio, se hizo una incision de diez centímetros de largo, separando las fibras del recto anterior i dividiendo su envoltura posterior; por esta abertura se sacó el estómago en una porcion de ocho a diez centímetros; la base del cono formado por esta porcion se suturó a la pared abdominal; en seguida se separó la cutis hacia la izquierda en un espacio de seis centímetros, haciendo allí una

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



abertura, por donde se hizo salir la estremidad de la porcion estomacal, despues de pasarla por el espacio formado por la cutis despegada. Al nivel de esta contra abertura se formó la fístula estomacal suturando la mucosa a la cutis. Por medio de este procedimiento, se consigue la oclusion de la fístula, por la tension misma de la pared abdominal i se impide la salida de los líquidos del estómago.

La operacion duró hora i cuarto. En la tarde estaba mui bien, pues tenia de temperatura 36' 9 grados i 66 pulsaciones por minutos. Los demas dias continuó lo mismo.

El dia 12, cuarto de la operacion, tomó 200 gramos de leche por la boca, i los siguientes, igual cantidad, tres veces al dia. El 15, se le pasó una sonda por la fístula, por donde se introdujo 100 gramos de leche. El dia 19, se sacaron las suturas i se comenzó a dar al enfermo, por la via gástrica, 100 gramos de leche con cuatro gramos de sintonina Navarrete, repetidas veces al dia.

El 1.º de Julio pesaba dos i medio Kg. mas que antes de la operacion. Se levanta. Ha aprendido a introducirse el tubo por la fístula gástrica i se alimenta satisfactoriamente. La via buscal tambien la emplea, pero le provoca dolores el paso de los líquidos i tiene que hacerlo en mui pequeñas cantidades.

A los cincuenta i dos dias despues de la intervencion quirúrgica, sale de alta, mui satisfecho por el espléndido resultado de la operacion.



### III

El cateterismo tiene un doble fin en el estrechamiento cicatricial, pues permite alimentar i dilatar progresivamente. Una vez conseguida esta, teniendo el cuidado de pasar sonda de cuando en cuando, se pasa perfectamente.

Las dilataciones progresivas se practican con las sondas de M. Bouchard. Se coloca el enfermo sentado, con la cabeza un poco en estencion i se le introduce la sonda con suavidad. Una vez pasada la estrechez, se deja durante el mayor tiempo que se pueda, que jeneralmente no pasa de dos minutos, para despues colocar inmediatamente otra algo mas gruesa. Para tolerar el contacto de la sonda, que produce salivacion, nauseas i esfuerzos de vómito, se le aconseja que tomen unos diez minutos antes, cinco a diez gotas de tintura de opio benzoinado. Estas sesiones se repiten cada dia, dia de por medio o una vez por semana, segun las indicaciones.

Cuando un estrechamiento cicatricial se ha hecho infranqueable i no ha cedido a la dilatacion gradual, debe practicarse gastrotomia.

En el estrechamiento fibroso, causado por la sífilis o úlcera simple, ademas de la dilatacion gradual, debe principiarse por el tratamiento anti sífilis.



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



tico o curar la hiperclorhidria estomacal, causante de la úlcera del esófago por las regujitaciones del jugo gástrico. En las várices del plexo cardiaco el hamamelis virjínica que es un contritor de los vasos, etc.

Naturalmente, que cuando la disfajia es producida por tumores de la vecindad, que comprimen el el conducto alimenticio, no hai necesidad de dilatacion, puesto que no se encuentra estrechez propia. La tirapéutica debe dirigirse a modificar o hacer desaparecer la causa del mal, que es el tumor.

En caso de esofajismo, es bueno el cateterismo, para que el enfermo se convenza que no hai tal estenosis. Ademas debe prescribirse los calmantes nerviosos, como el bromuro de potasio, electricidad, i tónicos, kola, neurosina, etc.

En el cancer se usa la sonda solo para alimentar, porque tratar de dilatarle no servirá de nada, pues es de poca duracion i repetido produce irritacion, conjestion, gangrena i espone a las falsas vias i perforaciones. Sabido se que los tejidos cancerosos han perdido su resistencia, mientras que el estrechamiento cicatricial es mas fuerte que el resto de tejido normal.

Cuando el estrechamiento canceroso es mui pronunciado, hai que recurrir a la sonda cada vez que se le quiere alimentar, pero llega un moment oen que el canal esofájico es desviado o deformado por las fungocidades, ent nes hai que recurrir a otro método. El de Krishaber, que consiste en colocar una sonda permanente, aprovechando un feliz cateterismo, en teoria entusiasmo, pero llevado a la práctica es casi imposible, porque el enfermo no lo tolera, so-



bre todo en la clientela privada. La gastrotomía seria conveniente si el estado de caquexia no hiciera peligrar la vida con la intervencion quirúrgica, de manera que no hai que esperar el último momento.

La mortalidad operatoria de la gastrotomía por cancer, segun M. Bouveret pasa del 70 por ciento. En los casos de estrechez cicatricial, los estadísticos dan mas o menos un 45 de mortalidad por ciento.

Al interior se le da el clorato de potasa a altas dosis. Debe tratar de dilatársele con una bujia filiforme, cuando haya deformaciones, con el objeto de alimentarlo con sonda hasta el último momento, porque en igualdad de circunstancias, es así como se conservan mejor.

La reseccion i el cateterismo retrógado en gastrotomía, son operaciones mui delicadas, que se han practicado todavia pocas veces en Europa i se citan allí algunos casos con buen éxito.

*Octubre de 1897*

DAVID CARRASCO R.

