

Biblioteca de la Universidad de Granada

B.

23

DISCURSOS

LEÍDOS EN LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA

DE GRANADA

CON MOTIVO DE LA RECEPCIÓN DEL ACADÉMICO ELECTO

DR. RAFAEL GARCÍA DUARTE

EL 13 DE JUNIO DE 1897.



GRANADA

IMP. Y LIB. DE D. JOSÉ LÓPEZ GULVARA

1898

BIBLIOTECA HOSPITAL RE
GRANADA

Sala: C

Estante: 001

Numero: 100 (23)

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23

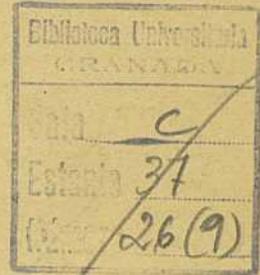
B. 29234

DE LA GASTRO-ECTASIA

DISCURSO

DEL ACADÉMICO ELECTO

Dr. Rafael García Duarte



GRANADA

IMP. Y LIB. DE D. JOSÉ LÓPEZ GUEVARA
1898

BIBLIOTECA HOSPITAL REAL
GRANADA

Sala:

C

Estante:

001

Numero:

100 (23)

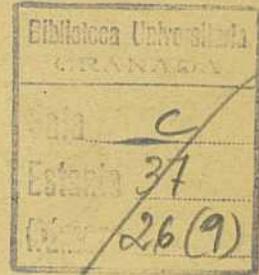
629234

DE LA GASTRO-ECTASIA

DISCURSO

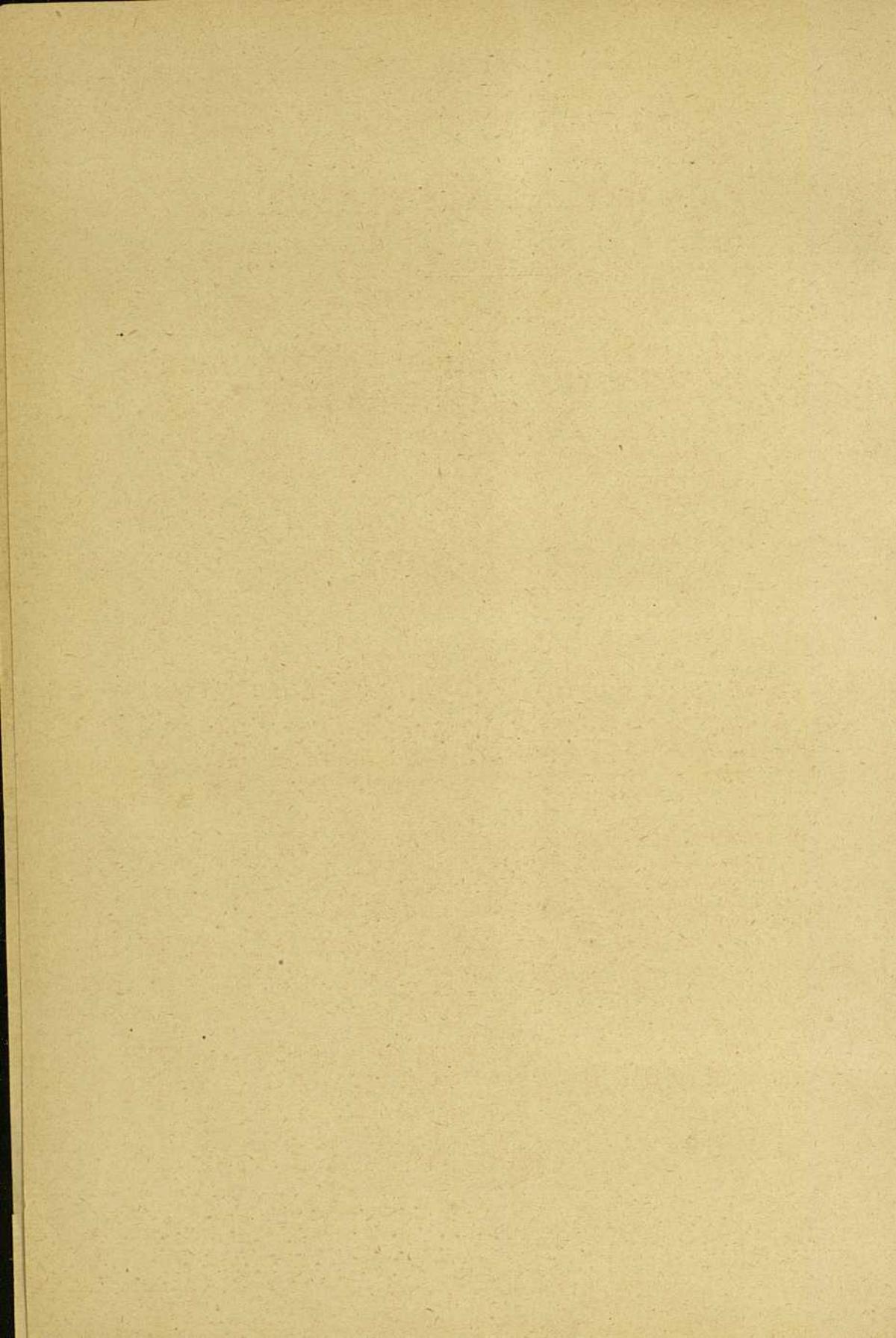
DEL ACADÉMICO ELECTO

Dr. Rafael García Duarte



GRANADA

IMP. Y LIB. DE D. JOSÉ LÓPEZ GUEVARA
1898



EXCELENTÍSIMO SEÑOR:

SRES. ACADÉMICOS:

Dos efectos contrarios embargan mi ánimo y son causa de la emoción que siento, que hace difícil el pensamiento y la palabra.

Me habéis elegido para este puesto y con esta dignación, nunca bastante agradecida por mí, se cumple uno de mis mayores anhelos, el estar entre vosotros que habéis sido y sois mis maestros, obreros de la cátedra que no han sentido jamás la fatiga del trabajo, eminentes clínicos ya templados en el ejercicio penoso de la profesión médica, notables farmacéuticos y peritísimos veterinarios, y por si algo faltase para colmar este orgullo que siento, es individuo de la Academia, á que desde hoy pertenezco, el Dr. Duarte, que además de ser el padre amado, ha sido y es el maestro que dirige mis pasos por la senda científica y al que en todo procuro imitar.

Pero por otro lado ha sido grave vuestra equivocación, si creiséis encontrar en mí méritos y talentos en armonía con los vuestros para ocupar este sitio. Soldado de la ciencia, el último y más humilde, sólo podréis ver en mí el compañero que os auxi-



lie en vuestros trabajos y que procure llevar su grano de arena á la obra común á que todos estáis consagrados.

Como la ley de las compensaciones nunca queda incumplida, á mi pobreza de méritos compensa la riqueza de afectos, sobre todo de gratitud para vosotros, que manifestada unas veces, guardada otras en el fondo de mi alma, ninguna ocasión mejor que esta para dar solemne y público testimonio de ella.

Calma un tanto mi alegría, el pensar que la vacante que vengo á ocupar, fué obra de la muerte, que se cebó en el insigne maestro, en el clínico sin igual, en el Rector ilustre á quien se debe la Universidad y nuestra Escuela de Medicina y en el cumplido caballero D. Santiago López Argüeta. El mejor elogio de sus méritos es pasar rápida ojeada por su biografía, y vosotros mejor los conocéis, que tuvisteis la fortuna de gozar más tiempo de su trato y amistad.

¡Qué pérdida más irreparable para esta Academia! Pero mayor aún es lo que vosotros habéis perdido en el cambio; en lugar del médico experimentado, del clínico que no vacila, del hombre lleno de experiencia por sus años, del veterano probado en las luchas científicas, ocupáis su sitio con el joven inexperto desnudo de ciencia y méritos,—desnudez que sólo ha podido cubrir vuestra bondad y adornar alguna joya que iguale á vuestra ciencia—con el bisoño recluta cuyo valor y aptitud es aún una incógnita.

Si no contara con vuestra benevolencia y bondad, hubiera desistido en mi empeño de ocupar este puesto, pero animado con la ayuda que he de encontrar en vuestro saber, y sostenido con vuestra indulgencia, me atrevo á intentar ante vosotros la prueba de mi suficiencia con este trabajo en el que nada original encontraréis, siendo tan sólo la agrupación de conocimientos esparcidos sobre un punto importantísimo de la patología del estómago.

Si lo juzgáis ajustado á su objeto, dignaos concederme el puesto y las insignias de Académico, que constituye para mí una de las ilusiones más doradas.

Entre las enfermedades que con más frecuencia afligen á nuestra sociedad doliente, ocupan principal sitio las gastropatías, las cuales se complican muchas veces con la *gastro-ectasia* ó dilatación del estómago, complicación, lesión esencial ó sintomática que convierte la vida en constante tormento y acaba frecuentemente con la muerte.

Sólo fué mirada la gastro-ectasia en la antigüedad como una curiosidad científica, sin merecer los honores del estudio hasta una época muy reciente en que notables médicos Leven, Penzold, Bamberger y Bouchard, dedicaron su actividad al estudio de lesión tan importante. Conocida ya la ectasia gástrica se intentó su clasificación, y á J. P. Franc se debe verdaderamente la primera, el cual las dividía en dos grupos: *consecutivas á estrecheces del piloro* y *por atonía muscular*. Más tarde su hijo, la completó admitiendo cuatro clases: 1.^a Por obstáculo mecánico á la salida de alimentos. 2.^a Por defecto de resistencia de las paredes gástricas. 3.^a Por blandura y dilatación de la mucosa; y 4.^a Por hipertrofia del estómago.

Duplay completó todos estos estudios y agrupó las causas de la dilatación en siete grupos: 1.^o La obliteración y la estrechez del piloro. 2.^o Las adherencias anormales del estómago. 3.^o La destrucción de las fibras musculares. 4.^o La induración del tejido celular que rodea al piloro. 5.^o La atrofia total de la capa gástrica. 6.^o Los tumores hidatídicos desarrollados en la cavidad del estómago; y 7.^o La parálisis de sus paredes.

Bien claro revelan estas clasificaciones el conocimiento ya completo que tenían sus autores de la dilatación del estómago y sus causas.

Antes de entrar nosotros de lleno en el estudio de la gastro-ectasia, conviene fijar cuando un estómago se encuentra dilatado. Las dimensiones del estómago son tan variables como los individuos y es difícil distinguir entre un estómago grande y un estómago dilatado, pues los hay grandes que no están dilatados y otros más pequeños que están ectásicos. En la imposibilidad de fijar sus dimensiones podemos considerar que un estómago está dilatado, en un hombre de regular talla y robustez cuando su cabida sea superior á la de 1600 á 1750 gramos de agua. Entre

todos los términos medios señalados me parece este el más prudencial y es el indicado por el Dr. D. Manuel Ribás y Perdígó en sus notabilísimas conferencias sobre la gastro-ectasia.

Puede también servir de criterio para la generalidad de los casos, el que todo estómago que se encuentre al nivel ó á un través de dedo por encima del ombligo estará dilatado.

Las dificultades en establecer los límites entre el estómago sano y el ectásico ha producido la multitud de definiciones que se han dado de la gastro-ectasia, sin que ninguna nos satisfaga completamente. Entre ellas la de Bouchard es la más sencilla, la más lacónica y la que abraza más variedades, pues la define diciendo que «todo estómago que no se retraiga cuando está vacío se encuentra dilatado». Pero como dice muy oportunamente el Dr. Ribás y Perdígó hay multitud de lesiones que sin dilatar el estómago impiden su retracción. La más moderna es la del autor anteriormente ya citado que considera la gastro-ectasia como «la enfermedad determinada por la dilatación del estómago que altera el funcionalismo digestivo».

Las dimensiones que puede adquirir un estómago ectásico son muy variables, llegando unas veces su borde mayor al nivel del ombligo, otras detrás de la sínfisis púbica y en algunos sujetos ha llegado á penetrar en la pelvis menor, lo cual se ha comprobado con las observaciones de Plempius que cita el caso de un sujeto en cuyo estómago cabían nueve pintas de líquido; Stengel otro que le cabían doce medidas; Schürig otro en que su estómago tenía capacidad para cuarenta y ocho litros y el notable caso citado por Hericus ab Heer de un estómago que ocupaba todo el addomen.

Dos palabras sobre la ETIOLOGÍA y PATOGENIA de la dilatación del estómago.

Rara vez la gastro-ectasia es idiopática; lo más frecuente es que sea producto de otras lesiones, bien anatómicas ó bien funcionales, no sólo del estómago sino también de los órganos circunvecinos que vienen á producir por diferentes mecanismos alteración en la capa muscular del estómago ó en su inervación, sin lo que no es fácil explicarse las alteraciones que caracterizan esta dilatación morbosa.

Las teorías patogénico-etiológicas de la gastro-ectasia pueden reunirse en tres grupos principales, teorías *mecánicas*, *humorales* y *nerviosas*. Las teorías mecánicas tan defendidas por Glenard, pueden subdividirse en gastro-ectasias producidas por *estenosis pilórica* y en originadas por *debilidad de las paredes del estómago*.

Las causas que producen la estrechez pilórica son muy variadas, siendo entre todas ellas el cáncer una de las que con más frecuencia se presenta. En estos casos sucede, ó que por recaer generalmente en sujetos de edad avanzada se produce la caquexia muy pronto y por lo tanto la muerte, ó que después de presentados los primeros síntomas de estenosis, venga un alivio, por haberse compensado con los elementos activos del estómago, alivio que es fugaz y que bien pronto vuelven á presentarse los síntomas de la ectasia gástrica.

Las cicatrices grandes que radican cerca del piloro, son también muy á menudo causa de la dilatación del estómago, siempre que invada su atmósfera de retracción toda la abertura gastro-duodenal, pues de no ser así, quedando libre alguna parte del orificio pilórico se realiza la mayor parte de las veces la compensación. Estas cicatrices son el resultado siempre de las gastritis ulcerosas.

Los tumores y las estrecheces del duodeno traen en pos de sí la ectasia gástrica, en la que toma parte no sólo todo el estómago sino también el piloro. Estrecheces congénitas del anillo gastro-duodenal, (1) la oclusión pilórica por espasmo del mismo (2) produciéndose este espasmo, bien por acción refleja, bien por alteración orgánica ó nerviosa, ó bien por la presencia de cuerpos extraños en el ventrículo (3) y la hipercloridria (4) son todas causas de gastro-ectasia por la estrechez pilórica que produce.

En algunos casos, bridas cicatriciales situadas alrededor del piloro que son vestigio de antiguas peritonitis, producen la extrangulación de éste ó impiden, por lo tanto, el regular funcionalismo del estómago.

(1) Maier.

(2) Sanetuary.

(3) Nauwerk.

(4) Ribus y Perdigó.

La teoría de las ptosis de Glenard que se funda en ciertas disposiciones de la estática abdominal, sostiene que la dilatación del estómago es una esplanoptosis dependiente de un cambio de lugar primitivo del acodamiento derecho del colon. En efecto, por causas diversas y que ya estudiaremos, el estómago lleno se ve solicitado á descender y queda como colgando de la primera porción del duodeno, empezando por aplastar el anillo gastro-duodenal, hasta que se dobla por completo, sufriendo al mismo tiempo una especie de torsión que según algunos autores (1) se opone hasta el paso de una gota de agua.

Facilita la gastro ectasia, la flacidez anormal de las paredes del vientre, por disminución en la tensión intra-abdominal, como suele suceder en los individuos que adelgazan rápidamente, en los que se extirpa algún tumor abdominal y en todos aquellos en que por desaparición de un estado dispéptico, por un cambio de régimen alimenticio ó por cualquier enfermedad que disminuya las fermentaciones entéricas, hace que se disminuya la cantidad de gases contenidos en los intestinos.

Veamos ahora el encadenamiento fenomenológico que nos lleva desde el hecho primitivo de la estenosis pilórica, al de la gastroectasia confirmada. Supongamos que por cualquiera de los anteriores motivos se disminuye la luz del piloro, entonces vendrá la dificultad para el libre paso del quimo en el mismo espacio de tiempo que antes y al estancarse, las fibras musculares del estómago tienen que contraerse con mayor energía para vencer el obstáculo, dando por resultado, ó que esta energía en la fibra muscular por el exceso de ejercicio llegue á producir su hipertrofia y se ponga en condiciones de que el acto digestivo no sufra alteración en su duración normal, ó que por el contrario no pudiendo vencer la resistencia en el piloro aparezcan los síntomas de la insuficiencia gástrica.

Los alimentos que no encuentran fácil paso al duodeno, quedan en parte, más tiempo en el estómago de lo normal y obran por su peso distendiendo la pared gástrica cuyas fibras se encuentran ya impotentes para la contracción y cuando pasadas

(1) Kussmaul.

algunas horas se realizó la absorción por el intestino de las sustancias que á él pasaron y sienten los enfermos de nuevo apetito, vuelven á ingerir nuevos alimentos, los cuales, sumados al residuo que quedaba en el estómago, contribuyen á aumentar la dilatación del estómago.

El depósito alimenticio que queda en el ventrículo sufre gran número de fermentaciones hasta la pútrida, irritando altamente la mucosa y cumpliéndose entonces la ley de Stokes que dice: «irritada la mucosa pierden tonicidad los planos musculares subyacentes,» y disminuída por este mecanismo la potencia motriz, el estómago cede á la dilatación casi como un receptáculo membranoso inerte.

Las gastro-ectasias producidas por debilidad primitiva de las paredes del estómago, son tan numerosas como las causas que pueden producir la debilidad de la pared gástrica.

La debilidad primitiva puede ser absoluta y relativa. La absoluta es debida á la alteración de las fibras musculares ó á su innervación.

Los traumatismos violentos sobre el epigastrio pueden modificar la nutrición de las fibras musculares, dando lugar á su aquinesia (1). Las neoplasias que recaen en las paredes del estómago llega un momento en que empezando el período de destrucción invaden los planos musculares, entonces al realizarse la digestión, los alimentos no se enfilan bien con el piloro, se retarda aquélla y he aquí el principio de la dilatación.

Otra causa que debilita la pared gástrica son las adherencias que pueden labrarse entre ella y los órganos circunvecinos por peritonitis anteriores cuyas bridas se oponen á la retracción de las paredes, lo que se compensa al principio con la hipertrofia de las fibras musculares y acaba por agotarse la fuerza de ellas, dando lugar á la dilatación.

Las alteraciones vasculares de la circulación gástrica, especialmente el ateroma y la degeneración albuminosa de los vasos producen perturbaciones profundas en la nutrición de las fibras musculares del estómago, perdiéndose en ésta su energía.

(1) Ewald.

La gastro-ectasia puede presentarse también por debilidad relativa de las paredes gástricas, que sanas al principio no pueden soportar el exceso de trabajo á que se las somete. Los diabéticos que necesitan comer mucho y repetidas veces por la gran pérdida de azúcar y su hambre insaciable; los grandes bebedores que ingieren fabulosas cantidades de líquido á cada momento; los gastrónomos que no ven saciada nunca su pasión por los alimentos, son todos ellos candidatos casi seguros para la gastro-ectasia. En ellos la ingestión excesiva dilata las paredes del estómago y provoca al principio una hipertrofia de la capa muscular, con lo cual hace que quede otra vez el estómago en condiciones fisiológicas, pero al seguir con la peligrosa costumbre de la ingestión de grandes cantidades de sólidos ó líquidos se agota el poder compensador, pierde la fuerza la fibra muscular que no puede dejar vacuo el estómago, el cual no dejando de recibir tan grandes cantidades de alimentos no puede realizar la digestión en el término fisiológico, se fermentan y paso tras paso y siguiendo el encadenamiento ya conocido, acaba por quedar ectásico llegando á la hipostenia completa de los planos musculares, con la cohorte de síntomas que acompaña á la dilatación.

Las teorías patogénico-etiológicas que explican la gastro-ectasia por lesiones humorales, no dan en su mayor parte explicación del principio de la ectasia del estómago. Los estados caquéticos sea cual fuere su origen, la anemia, la tuberculosis, etc., pueden dar lugar á la gastro-ectasia como todas las enfermedades generales que traen en pos de sí la mala nutrición de la fibra muscular y por lo tanto su debilidad.

La intoxicación de la sangre por toxinas gástricas ó intestinales dependientes de la mala digestión de los alimentos (1) produce todos los síntomas que se presentan en los neurasténicos gástricos y con ellos la ectasia del ventrículo, sin que se sepa hoy cuál es el mecanismo íntimo con que se comienza la dilatación, creyendo con Dujardín-Beaumetz, que en este principio juegan principalísimo papel las teorías nerviosas.

(1) Bouchard.

Lesiones nerviosas múltiples pueden ser causa de la ectasia gástrica, motivando alteraciones en la inervación de la capa muscular del estómago. En las enfermedades inhibitorias del sistema nervioso y especialmente en las del pneumogástrico y del plexo celiaco se produce la ectasia por falta de inervación de la capa muscular, la cual distendida por los alimentos no se contrae lo suficiente para evacuar por completo el estómago, queda un remanente, y desde aquí por el mecanismo ya conocido se llega bien pronto á la dilatación. La pérdida de la incitación motora, teoría sostenida por Traube, y la paresia de la capa muscular por lesiones del sistema nervioso mal definidas, teoría adoptada por Bouveret en su trabajo sobre la neurastenia, dan cumplida explicación de los distintos casos en que se presenta la ectasia gástrica sin ser producto de alteraciones mecánicas humorales.

Hay un hecho que viene en apoyo de las ectasias de origen nervioso y es que esta lesión suele ser frecuentemente hereditaria, que permanece latente durante un largo período de la vida, presentándose de una manera tardía los fenómenos de la neurastenia gástrica.

Esta agrupación que hemos hecho de las teorías patogénico-etiológicas para su estudio, no se presenta en la práctica también limitada, sino que la mayoría de las veces obedece la dilatación á distintas causas enlazadas las unas con las otras y rara vez á una exclusivamente.

Veamos ahora qué *sintomas* revelan esta enfermedad y cuáles sirven de mejor base para el diagnóstico de la misma.

Por medio de la palpación, de la percusión y sólo por la vista en muchas ocasiones, es posible reconocer los dilatados del estómago. El vientre de los dilatados presenta un abombamiento en toda la región epigástrica y que es distinto según el órgano esté vacío ó lleno. Si está vacío, puede estar reducido y escondido entre los órganos vecinos sin mostrarse debajo de la pared abdominal y si se distiende aunque sea algo, se ve dibujado por debajo de la piel, constituyendo según el grado de dilatación, un abultamiento moderado ó que sea tan grande que ocupe toda la región supra-umbilical y umbilical y á veces dicho abultamiento cuelga como si fuera un zurrón llegando hasta el pubis. No



quiere decir esto que cuando no exista este abombamiento es que el estómago no está distendido ó dilatado, pues el estómago se distiende muchas veces en dirección del tronco y de la espalda, en cuyos casos hay que explorar estas regiones.

Se percibe también muchas veces á través de la pared abdominal movimientos ondulatorios de izquierda á derecha que son verdaderas contracciones peristálticas no confundibles con los movimientos que se extienden á la totalidad del abdomen. Bamberger y Glax aseguran haber observado en algunos dilatados contracciones antiperistálticas, hecho que no hemos visto comprobado y que autoridades como Leven niegan que puedan observarse á través de las paredes del vientre.

Si el enfermo se encuentra ya en un estado de demacración muy avanzada puede observarse la forma del estómago á través de la pared abdominal, siendo sus formas más frecuentes las de alforja y la de reloj de arena ó bizcocho.

Se ha querido llevar la investigación del estado del estómago más lejos, utilizándose de la gastroscopia, bien de la externa (1), bien de la interna (2), valiéndose de los instrumentos contruídos por Leiter y Nitze, pero no se ha obtenido utilidad práctica ninguna, en primer lugar por no poderse disponer en la generalidad de los casos de aparatos tan costosos, y por necesitarse un largo aprendizaje, no sólo para el médico, sino para el enfermo, el cual no tiene la paciencia necesaria para sufrir este género de investigaciones.

La palpación nos suministra datos de gran valor, siendo entre ellos los más principales el síntoma que se aprecia en los gastroectásicos de resistencia á la palpación en la región que ocupa el estómago á lo que Bamberger llamó *sensación de cojin de aire*. Los tumores en la región pilórica se aprecian por la palpación y por ella también adquirimos perfecto conocimiento de los detalles anatómicos del estómago dilatado. Existe en la cavidad abdominal una especie de triángulo formado por el borde izquierdo del hígado á la derecha, el colon transversal en la parte inferior y el reborde de las costillas falsas á la izquierda que se encuentra

(1) Millot.

(2) Mikulicz.

más ó menos ocupado por el estómago según está distendido ó no, sin que por la variabilidad de estas relaciones anatómicas se puedan obtener datos concluyentes en un ligero examen, pudiéndose asegurar sólo, que cuando se compruebe el hallazgo de la gran curvatura del estómago al nivel ó por debajo de la cicatriz umbilical existió la gastro-ectasia.

La palpación de la sonda en el estómago es un recurso más para el diagnóstico de la gastro-ectasia que fué ideado por el clínico Leubé y cuya eficacia es muy dudosa. La determinación de si está ó no dilatado un estómago la dará el número de centímetros que penetre la sonda dura hasta encontrar resistencia. Sesenta centímetros es lo que generalmente se asigna para un estómago sano contando desde la línea dentaria, pues si penetra setenta y cinco la diferencia indicará la dilatación: esto significa bien poco, pues la presión misma de la sonda puede producir esta distensión de la pared del estómago, por lo tanto lo decisivo sería percibir la punta de la sonda por debajo de la línea umbilical.

Las variedades de magnitud y forma del estómago son otros motivos de error para la palpación por medio de la sonda, pues en los casos de estómago vertical como los citados por Leschaff, de San Petersburgo, y el de H. Virchow que observó á un hombre que, estando de pie pudo tragar la hoja de una espada de 70 centímetros de longitud, la palpación nada puede significar, como tampoco en los casos en que existen curvaturas muy graduadas ó anomalías que suelen ser muy frecuentes.

Un síntoma que tiene gran valor en el diagnóstico de la gastro-ectasia, es la sensación de bazuqueo ó de choque hídrico que se observa colocando ambas manos sobre la región enferma y provocando movimientos bruscos. Se puede percibir también por medio de la sucusión total este ruido de colisión hidro-aérea. Para que tenga todo su valor este síntoma, es necesario que se perciba en un punto más ó menos distante de los límites normales del estómago. Siempre que se observe este síntoma por debajo de una línea tirada desde el ombligo hasta el borde costal izquierdo, podremos decir que existe la dilatación del estómago y cuanto más abajo se perciba en la cavidad abdominal, más considerable será la dilatación.

Á menudo se confunde la sensación de bazuqueo gástrico con el gorgoteo intestinal que se produce en el intestino grueso cuando está dilatado y Chomel ha insistido mucho en la necesidad de distinguir ambos síntomas. Con un poco de costumbre es fácil evitar la confusión y el asiento de ambos es signo más que suficiente para establecer esta distinción.

Por medio de la percusión se obtienen un gran número de síntomas de gran valor, pero necesita que se practique con toda atención y perseverancia. Si percutimos en un sujeto sano sobre su región epigástrica, el sonido obtenido es algo claro y casi timpánico en el reborde costal izquierdo que es el punto como sabemos donde corresponde el fondo mayor del estómago. Siguiendo hacia el lado derecho nos encontramos con una zona maciza correspondiente á la región hepática, y si descendemos á la zona supra umbilical, el sonido que obtengamos será diverso según que el colon transversal se encuentre lleno de heces ventrales ó con una distensión moderada ó completa dando sonido macizo, claro ó timpánico según sea el estado en que se encuentre. Y en el resto de las regiones abdominales, por regla general dará la percusión sonido semi-timpánico, aunque puede estar modificado por el mayor ó menor desarrollo de gases, por la cantidad y calidad de las materias excrementicias y por la contracción de los músculos rectos del abdomen y de las tónicas intestinales.

Veamos ahora los sonidos que nos da la percusión en un sujeto gastro-ectásico. Serán, sin duda, distintos según que el sujeto esté acostado ó esté en pie. En el primer caso se desarrolla un sonido claro, á veces timpánico, que se extiende por toda la región gástrica y que nos permite limitarla, y en la parte correspondiente á la curvadura mayor del estómago suele haber una zona pleximétrica que tiene la forma de un segmento lunar cuyo borde convexo es inferior. Si el sujeto que reconocemos está de pie, entonces se acumulan los líquidos y residuos alimenticios en la parte más declive, dando una zona mate de borde inferior convexo y el superior completamente horizontal, no pudiendo asegurar que el enfermo que reconocemos es gastro-ectásico, mientras la zona mate no se encuentre al nivel ó por debajo del ombligo.

Para hacer con más exactitud este examen, sobre todo en los casos en que hay poca cantidad de líquidos ó gases, nos podemos valer de la ingestión de cantidad de líquidos que al ocupar el fondo del estómago nos revelen el sitio preciso á que desciende el estómago, siguiendo para esto el procedimiento de Penzoldt.

Si no hubiera en el interior del estómago gases ó conviniese con ellos dilatarlo, podremos conseguirlo con el proceder de Friedrichs ó insuflando aire atmosférico, siempre con las precauciones debidas.

La auscultación realizada sobre el abdomen nos suministra numerosos ruidos que tienen precisa significación en algunos casos, y decimos sólo en algunos casos, puesto que pueden presentarse en dispepsias leves y aun en estado normal. Con frecuencia al auscultar se oye un ruido de crepitación parecido al que produce el agua hirviendo y que es debido á la ruptura de las burbujas que se forman en las fermentaciones de los residuos alimenticios que hay en el estómago. Este ruido sirve de base para calcular á qué altura se encuentra el fondo del estómago.

Cuando se encuentra el estómago dilatado, natural ó artificialmente, hace el oficio de caja sonora, por lo cual al auscultar se oyen perfectamente todos los ruidos del corazón y en ocasiones aun á distancia. Esto fácilmente se comprende que no tiene gran importancia como signo diagnóstico.

También hoy se da poca importancia al ruido que se nota cuando el enfermo está de pie y bebe agua, á pesar de las opiniones de Bamberger que acepta como bueno el indicado síntoma.

Existe otro procedimiento que es el de Rosscembach que consiste en auscultar al enfermo después de haberle inyectado agua en el estómago y dejarle colocada la sonda para que un ayudante sople por su conducto, produciendo en el estómago burbujas que arrancan desde las ventanas de la sonda. Con este procedimiento y aumentando la cantidad de líquido en el estómago se cree poder dar límites fijos á la dilatación del estómago, lo cual verdaderamente no se consigue, pues como dice Ewald «este procedimiento corre parejas con el de la palpación de la sonda de Leube, en el sentido de que es innecesario para el diagnóstico de las



grandes dilataciones y puede no dar resultado alguno en el de las pequeñas.»

Lo principal en todos estos diversos procedimientos y en los síntomas que nos suministran, es la facilidad y persistencia con que se presentan los diversos ruidos, que no tienen importancia diagnóstica ninguna, cuando sólo se presentan accidental ó transitoriamente. Cuando se producen sin haber tomado líquidos ó si se tomaron, después de mucho tiempo de su ingestión se aprecian los ruidos que venimos estudiando, son síntomas muy significativos de dilatación.

Para terminar lo referente á auscultación, hemos de indicar la necesidad de no confundir los ruidos intestinales con los del estómago, para lo cual conviene que al examinar al enfermo que sospechemos esté gastro-ectásico, un ayudante ejerza una fuerte compresión con la mano colocada á través para aislar en lo posible el estómago del intestino.

Hemos visto que, tanto la percusión como la palpación y auscultación, tienen por principal objeto el averiguar las dimensiones del estómago ectásico y que ningún dato cierto nos proporciona respecto de su tamaño, y en su vista muchos han intentado realizar la medición interna, idea que si fuera factible hubiera resuelto la principal cuestión del diagnóstico de la gastro-ectasia. Schreicher introducía en el estómago un globo de goma que lo insuflaba, pero nada conseguía, pues en vez de adaptarse éste á las paredes gástricas, eran éstas las que se plegaban á él. La introducción de agua dentro del estómago hasta llenarlo y la medición de ésta luego de extraída por medio de la sonda, es otro procedimiento que en teoría está bien, pero que al llevarlo á la práctica se tropieza con tales dificultades que no hay otro remedio que rechazarlo. El primer inconveniente es que si las paredes del estómago tienen algún punto débil (por úlceras ó neoplasmas) nos exponemos á que por la presión del agua se rompa el estómago, ó que siendo muy dilatado ceda á la presión y hagamos un cálculo erróneo de su capacidad. Otras veces el enfermo no puede soportar tanta cantidad de líquido, se producen el vómito ó tales fatigas en el enfermo que nos hace suspender la operación.

En la generalidad de los casos, el examen de la lengua no nos proporciona ningún dato de importancia, pues la mayor alteración gástrica no supone mayor suciedad lingual, conservándose limpia la lengua en ectasias gravísimas y en otras leves se encuentra en mal estado. En los casos graves y que presentan alteración en la lengua, es debida ésta á los vómitos frecuentes que hacen se pongan en contacto con ella líquidos, ácidos ó irritantes y sustancias en estado de fermentación, las cuales pueden destruir no sólo el *epithelium* de la lengua, sino producir también la caries de los dientes.

Acompañan á este estado de la lengua un mal sabor continuo, dependiente de la gastritis crónica que acompaña á la gastro-ectasia. Cuando este mal sabor es de acidez quemante que molesta al enfermo, sobre todo después de los vómitos, y que no es comparable con el que se produce en otros estados dispépticos, adquiere este síntoma gran valor para el diagnóstico.

También se quejan los gastro-ectásicos de la fetidez habitual de su aliento, dependiente del catarro de la boca, cuya fetidez aumenta como los frecuentes eruptos que padecen los dilatados. Esta flatulencia es natural que surja, dadas las fermentaciones que se realizan en el estómago que produce gases que distienden la pared gástrica más y más hasta que logran su salida. Cuando ésta no es fácil, producen dispnea y palpitations por la presión que ejercen sobre el diafragma, el cual más elevado, impide el libre funcionalismo de los pulmones y del corazón, sucediendo otro tanto con el colon transversal y con todos los órganos que rodean á la víscera gástrica.

Cuando es fácil su expulsión se renuevan incesantemente pareciendo el estómago una fábrica de gases, sobre todo en las horas que preceden al vómito. Los gases que eliminan son unas veces inodoros y otras fétidos; lo más frecuente es que sea esto último. Su composición es muy distinta, habiéndose encontrado en los diversos análisis que de ellos se han hecho oxígeno, hidrógeno, nitrógeno, ácido carbónico y gas de los pantanos, y en algunos casos clínicos se ha encontrado en los eruptos de los gastro-ectásicos, pequeñas proporciones de gas oleificante. Algunas veces estas mezclas gaseosas son inflamables, de lo que es

buena prueba el hecho citado por Frerich de un sujeto con ectasia gástrica, cuyos eruptos, acercándoles una luz se inflamaban y daban una llama de más de treinta centímetros de longitud.

Hay en estos enfermos profundas modificaciones en el apetito. Rara vez existe en ellos la inapetencia absoluta, lo general es que tengan un apetito devorador, pero que suele no comer por evitarse las molestias que produce el alimento al llegar al estómago. Fácilmente se explican estas alteraciones, á causa de la ectasia sólo una parte muy pequeña de los alimentos que ingieren pasa á los intestinos, lo cual no es suficiente para resarcir las pérdidas orgánicas, quedando los enfermos en un estado de inanición que se revela por el hambre devoradora que en ocasiones siente. Cuando ya la ectasia es de mucha importancia ó antigua y la mucosa gástrica ha sido alterada por las substancias en fermentación, sobrevienen alteraciones en la glándulas pépticas, se origina, como es natural, la inapetencia y hasta la repugnancia en los alimentos.

La enorme pérdida de líquidos, la sequedad consiguiente de los tejidos, los vómitos, el estreñimiento y la dificultad que existe para que los líquidos salven la valla pilórica y las pocas condiciones en que se encuentra para la absorción la mucosa gástrica, explican la *sed patológica* de los enfermos de dilatación del estómago, sed que es mucho mayor que la que padecen los hidrópicos, poliúricos ó glicosúricos, teniendo la desventaja de que mientras en éstos al beber se calma la sed, en los dilatados la ingestión de líquidos hace que renazcan con más fuerza los síntomas que le atormentan.

Convertido el estómago en un gran depósito de alimentos y de líquidos fermentados que se oponen á la digestión, excita las extremidades nerviosas de la mucosa que no están acostumbradas á contactos tan prolongados, se produce el vómito que suele ser frecuente en el principio de ectasia gástrica y que conforme va disminuyendo la energía de la capa muscular y aumentándose las alteraciones de la mucosa, se van retardando viéndose precisado el enfermo á recurrir á diferentes medios para provocarlo para desembarazarse de la gran cantidad de masa

semi-flúida que ocupa su estómago y que le producen un número tan considerable de molestias.

Se presentan fenómenos que pudiéramos llamar previos y que anuncian á los enfermos mucho tiempo antes, la hora, casi el momento en que se va á realizar el vómito. Sienten un peso abrumador en el abdomen, un movimiento de ondulación muy penoso, constricción esofágica, un mal humor irresistible, decaimiento en las facultades intelectuales, sudor frío, etc., etc.

Llama mucho la atención de los enfermos, el que son muchas menos las substancias ingeridas que las éxpulsadas, lo cual depende de que las materias del vómito corresponden á alimentos que se ingirieron muchos días antes, sumadas al moco que segrega la mucosa y á la gran producción de líquido gástrico. Este líquido proviene de la mucosa del estómago que hace de fuente, por la dilatación de sus vasos y la irritación de que es asiento.

Á manera que los vómitos se realizan de más tarde en tarde, van siendo más copiosos, registrándose en la ciencia casos tan notables como el de Blumenthal, de un sujeto gastro-ectásico que tuvo algunos vómitos de diez y seis libras y otro de Ewald que llegó á 8 kilogramos. El Dr. Marín Perujo cita otra porción de casos curiosos en su monografía sobre la gastro-ectasia.

Los materiales del vómito tienen por regla general una consistencia semi-flúida que es mayor según la calidad de los alimentos y la cantidad de agua que bebe el enfermo. Al dejarlos reposar en una vasija, se colocan por orden de su densidad formando tres capas, la superior espumosa, la media transparente y la inferior opaca.

El color, por regla general, es de agua sucia, algunas veces, las más raras, es claro como el agua, otras es rojizo ú obscuro, casi negro, dependiendo esta coloración de que contengan sangre recién salida ó digerida como sucede cuando existe el cáncer del estómago ó la úlcera de Rokitansky.

El olor y el sabor son repugnantes. Un autor español (1) cita el caso de un señor que padecía de la dilatación del estómago,

(1) Dr. Marín Perujo.

tenían tal fetidez sus vómitos, que alojado en una posada, se le ocurrió el vómito habitual y era tan penetrante su olor que todos los huéspedes conminaron al dueño con dejar la casa si no despedía al enfermo. El sabor es ácido é irritante, produciendo el contacto de estas materias con la mucosa del exófago, de la boca y de los labios, escoriaciones de mayor ó menor importancia.

La reacción es ácida por regla gèneral y alcalina si el enfermo hace uso de substancias nitrogenadas para su alimentación. Minkowsky ha realizado pacientísimos estudios acerca de los microorganismos que producen las diversas fermentaciones que se realizan en los estómagos dilatados, sin resultado ninguno, sabiendo únicamente que las fermentaciones ácidas son las más comunes, debidas á la descomposición alcohólica, acética, láctica y butírica, encontrándose con mucha frecuencia en ellas una porción de hongos fisíparos y los de la levadura. En las fermentaciones amoniacales que excepcionalmente se producen, se encuentran vibriones, zoogleas y cocos.

En todos los vómitos y sin que se conozca el papel patógeno que desempeña, se encuentra un micro-organismo descrito por Goodsir que es la sarcina ventriculis.

Las secreciones del estómago se encuentran muy alteradas, obediendo esta alteración á la de las glándulas que las producen.

En casi todos los casos de dilatación de estómago hay estreñimiento pertinaz dependiente de la sequedad de la mucosa intestinal por la falta de líquidos, y de que como la cantidad de alimentos que penetran en el intestino es muy corta, la absorción es muy activa sobre ellos y no quedan más que materiales sólidos casi desecados. Las deposiciones son cada dos ó cuatro días, algunas veces quince días pasan de una á otra y hace un par de meses que asistimos á una enferma gastro-ectásica que estuvo sin defecar treinta y nueve días, sin haber podido emplear los enérgicos medios que la ciencia aconseja para estos casos por encontrarse embarazada de cuatro meses dicha señora.

El excremento es caprino por regla general, y algunas veces los escibalos tienen tal dureza que se necesitan grandes esfuerzos y produce grandes molestias y hasta el vértigo la expulsión

de ellos. En algunas ocasiones existe diarrea que es pútrida y constituida por materias fecales pastosas.

Siendo excéntrica la dilatación del estómago, produce compresiones en los órganos circunvecinos como dijimos antes, y entre ellos el primero que se afecta es el hígado que es rechazado de izquierda á derecha y de abajo arriba, dificultándose la secreción de la bilis y la circulación del parénquima hepático. No es este, en verdad, el único motivo para que se altere tan importante glándula, pues siendo una verdadera barrera colocada entre el organismo y el tubo digestivo para oponerse al paso de las ptomainas que se forman ó se absorben en el intestino, sucede que en los gastro-ectásicos tiene un trabajo excesivo, pues los líquidos ó sustancias que del estómago pasan al intestino, vienen saturadas de toxinas procedentes de las fermentaciones gástricas, y este exceso de funcionalismo es causa de las congestiones que se producen en la glándula hepática que se revela por el dolor en el hipocondrio derecho.

Como el riñón derecho se encuentra colocado debajo del hígado, tiende á descender empujado por el aumento de volumen de éste á causa de la congestión, y llega á movilizarse, de aquí la regla que sufre pocas excepciones, de que «cuando se observa una ectopia renal existe siempre una dilatación de estómago.»

En los dilatados de estómago no sólo existen los trastornos intestinales y abdominales que venimos estudiando, sino que hay otros también muy interesantes que se realizan en una esfera muy distante del abdomen. En primer lugar los pies y las manos se ponen fríos, húmedos, dando la sensación de la piel de los reptiles, á cuyos síntomas por eufonismo se le da el nombre de mano de serpiente.

Le Gendre (1) ha descrito una alteración del tejido óseo que se presenta comúnmente en las manos, en las extremidades contiguas de la falange y falanginas al nivel de su articulación, que reciben el nombre de nudosidades de Bouchard y que son debidas á la hipertrofia del tejido óseo y constituyen un síntoma de gran importancia en los dilatados de estómago y que se ha atri-

(1) Paul Le Gendre. Dilatation de l'estomac.

buído á la formación excesiva de los ácidos acético y láctico en el tubo digestivo.

Aparecen después trastornos generales por los cuales van los enfermos perdiendo sus fuerzas, enflaquecen, se hacen incapaces de soportar ningún trabajo intelectual ni material y quedan en un estado de postración profunda, cuyos fenómenos son debidos á la falta de nutrición y á la auto-intoxicación. Suele también aparecer la diátesis reumática con todos sus síntomas, cuya diátesis, según Chomel, se desarrolla también por otras lesiones del estómago.

Desde muy antiguo se conocía la relación que existe entre los trastornos nerviosos y las afecciones del estómago. Más tarde se renovaron las observaciones de los antiguos médicos y se agruparon los fenómenos nerviosos bajo la denominación de neurósismo y Beard se apresuró á describir una neurastenia gástrica que tenía por punto de partida el trastorno funcional del estómago. Los trabajos de Bouchard hicieron cambiar de dirección la neurastenia gástrica por el exacto conocimiento de las toxinas que segrega la economía, tan perfectamente estudiadas por Gauthier y Brieger. Hoy existe un cuadro sintomático especial que caracteriza la neurastenia de origen gástrico, y á los individuos en que se presenta los ha llamado Trastour *los desequilibrados del vientre*.

Estos síntomas nerviosos tan notablemente descritos por Blanc-Campagnac (1) presentan las formas más raras, pero sin ofrecer los caracteres del histerismo. Dominan los factores siguientes: estenuación general de las fuerzas, dolores neurálgicos múltiples y por último, tendencias á las ideas tristes.

Los enfermos gastro-ectásicos que presentan accidentes nerviosos, se los puede agrupar en dos clases distintas. Unos en que parece que los trastornos nerviosos y los de dilatación marchan á la par sin influir el uno sobre el otro, hasta el punto de que si por una medicación dirigida á aliviar la ectasia, se mejoran las alteraciones digestivas, no se modifican en nada las al-

(1) Blanc-Campagnac. - Etude pathogénétique et thérapeutique sur la dilatation de l'estomac et sur son influence sur la neurasthenie, 1890.

teraciones nerviosas. Otros presentan una relación evidente, así es, que al aliviarse por los medios terapéuticos los trastornos digestivos se mejoran los nerviosos.

Todos los trastornos que se presentan en la neurastenia gástrica, pueden llevar una marcha lenta que es lo frecuente ó muy rápida, caracterizándose entonces por convulsiones tetaniformes de las que cita varios casos Kussmaul que fueron seguidos de muerte.

En vista de todos los síntomas descritos se puede asegurar que en los casos graves de gastro-ectasia el diagnóstico no es difícil y en todos ellos puede llegarse al conocimiento de la ectasia, empleando los medios investigatorios con discreción y siguiéndose en lo posible la investigación patogenética de cada uno de los síntomas como hemos procurado hacerlo en el curso de este trabajo. Siendo á veces deficientes las relaciones subjetivas y objetivas de los enfermos, se han querido buscar datos en que fundamentar la precisión diagnóstica, y además de los ya conocidos se ha intentado determinar la acidez del jugo gástrico como base fija para el diagnóstico de la gastro-ectasia. El intento no puede ser mejor, pero los resultados clínicos son muy dudosos y han venido á demostrar que la acidez será un recurso para el diagnóstico, pero asociado á todos los demás ya conocidos.

En los gastro-ectásicos la acidez puede ser normal, puede haber hiperclorhidria ó hipoclorhidria según las lesiones gástricas coincidentes. El hambre, la preferencia por los alimentos azoados, el sentar bien la carne á estos enfermos y mal todos los ácidos y materias que los produzcan, y por último, la sensación penosa que sienten en ayunas ó en algún tiempo después de la comida y no inmediatamente, son datos *probables* para admitir aumento en la acidez.

Por medio del salol se ha intentado otra prueba de comprobación de la ectasia gástrica. Esta substancia en los intestinos se desdobra en fenol y ácido salicílico, pasando este último á las orinas á los cuarenta ó sesenta minutos de la ingestión del salol. En los dilatados, como permanece retenido en el estómago mucho más tiempo y se halla disminuída la actividad motora de éste, tarda en presentarse en las orinas el ácido salicílico y esta

tardanza es la que dicen revelar la existencia de una ectasia gástrica. Los que esto aseguran no tienen en cuenta las diferencias individuales, la actividad motora del estómago para otras substancias que no sean el salol, y las varias causas que pueden retardar la aparición del ácido salicílico en las orinas.

Lo mismo sucede con la llamada *prueba del yoduro potásico* que tiene por objeto calcular el poder absorbente del estómago, y que carece de la importancia clínica que se le ha asignado.

Resulta que la mejor prueba es el lavado gástrico seis ó siete horas después de la comida, en cuyo tiempo debe estar limpio el estómago si su estado es normal, siendo más racional y científico este procedimiento que las pruebas por el yoduro y el salol.

Basta con lo expuesto; á pesar de los muchos medios que hay para reconocer esta enfermedad, el diagnóstico es muy sencillo, hasta sin examen minucioso, cuando se trata de una gastro-ectasia avanzada; pero si se trata de una dilatación no muy marcada, entonces bien puede confundirse con otras enfermedades, principalmente con un estado atónico ó insuficiente del estómago ó con un estómago grande con dispepsia.

Diagnosticada una gastro-ectasia, veamos con qué medios cuenta la ciencia para combatir los síntomas tan penosos y la enfermedad misma. Fijándose en los diversos síntomas de esta enfermedad, su *tratamiento* tiene que llenar dos grandes indicaciones, modificar el estado funcional del estómago y del intestino, y después combatir los trastornos secundarios neuropáticos que resultan de estos trastornos funcionales.

Para cumplir debidamente la primera indicación, tenemos dos clases de agentes terapéuticos: constituyen los primeros la antiseptia intestinal, en la cual va comprendida los medios farmacéuticos que tienen por objeto modificar las fermentaciones estomacales é intestinales; los laxantes que tienen por objeto expulsar al exterior las toxinas intestinales, y el régimen alimenticio cuyo fin es disminuir los líquidos é introducir en la economía las menos toxinas posibles. El segundo grupo lo constituyen los procedimientos mecánicos.

Hace tiempo que los antisépticos ocupan un lugar preferente

desde que se precisó en la ciencia que los productos sépticos del estómago que se originan de las fermentaciones, lo mismo que las toxinas intestinales, se absorben y originan un envenenamiento por auto-intoxicación. Pasemos revista á aquellos medicamentos antisépticos que más se usan.

Gübler recomienda el carbón de Belloc. Esta substancia que es un carbón vegetal preparado con la madera de sauce ó de haya, es absorbente y desinfectante, pero no se opone en nada á las fermentaciones, habiendo demostrado Bouchard que era lo bastante poderoso para hacer desaparecer el olor en las deposiciones, pero que no destruía su poder séptico.

No sucede lo mismo con los salicilatos de bismuto, que desde los trabajos de Bouchard ha sustituido con ventaja al sub-nitrato de bismuto. Este medicamento, introducido en la terapéutica por Dujardin-Beumetz, lleva ácido salicílico libre y constituye solo ó unido con el naftol ó con el salol un poderoso antiséptico gastro-intestinal.

El naftol y el salol ó salicilato de fenol, el timol, la creosota, etc., son substancias anti-fermentecibles y que en combinaciones innumerables se emplean en sellos medicamentosos en el tratamiento de la gastro-ectasia.

El bello ideal sería usar la asepsia mejor que la antiseptia, pero no se alcanza esto con la facilidad que se desea y no por ello debemos olvidarla, pues si no evitamos la sepsis se deja en pie la enfermedad. Uno de los mejores recursos de que se dispone para disminuir las fermentaciones y expulsar al exterior las toxinas intestinales, son los laxantes y purgantes. Podrá caber duda sobre el efecto íntimo que producen, pero no respecto de los numerosos casos en que su buen resultado es indudable. En las experiencias practicadas por Penzold respecto del valor terapéutico de los evacuantes en la gastro-ectasia, observó en varios sujetos que, colocados en idénticas condiciones y con la sola variante de tomar las sales de Carlsbad un día sí y otro no, encontró siempre disminución notable en el residuo gástrico de estos individuos. En apoyo de esta misma opinión vienen los dos hechos citados por el doctor Ribas y Perdigó.

Los purgantes de que podemos valernos con más ventajas, son

las aguas minero-medicinales de Carabaña, Rubinat y Loeches, las sales de Carlsbad, los sulfatos de sosa y potásicos y sulfovinato sódico. Las substancias recomendadas por Kussmaul que son los purgantes resinosos, tienen el inconveniente de producir cólicos intestinales. Está contraindicado el uso de los purgantes en aquellos gastro-ectásicos en que la oclusión pilórica alcance proporciones considerables.

Uno de los puntos mas importantes del tratamiento de la dilatación del estómago, es el régimen alimenticio y deberemos tener gran cuidado en observarlo rigurosamente, procurando que esté en perfecta relación el alimento ingerido con la aptitud digestiva.

Leubé en las experiencias de que ya nos ocupamos, ha demostrado que un estómago sano debe estar vacío á las seis ó siete horas de haberse realizado la ingestión de alimentos. No sucede esto en los ectásicos, pues muchas veces, no á las siete horas si no á las diez ó á las once, se nota el ruido de bazuqueo, indicio de que aún quedan en el estómago residuos de los alimentos. De este hecho se deduce la primera indicación que es distanciar las comidas, hasta el punto de que en las grandes dilataciones debemos aconsejar que sólo se hagan dos comidas á las diez de la mañana la primera y á las siete de la tarde la segunda.

En lo referente á la ingestión de substancias líquidas están en desacuerdo eminentes clínicos. Mientras G. See opina que deben darse líquidos porque se absorben bien, Chomel preconiza y defiende el régimen seco, el cual en verdad con el lavado, representan las dos armas más importantes para combatir la dilatación gástrica. Á pesar de esto, muchos médicos recomiendan á los ectásicos la dieta láctea y aseguran que la soportan bien; esto es la excepción, lo general es que necesitándose mucha cantidad de leche para equilibrar las pérdidas orgánicas, tal masa líquida se pone defectiblemente de parte de la dilatación. No por esto aseguramos que deba proibirse su empleo; presta verdaderos servicios en la gastro-ectasia, pero tiene que ser, usándola en cantidades pequeñas, repetidas veces y como preparación de la comida sólida, no pasando cada vez de 30 á 35 gramos (1).

(1) Dr. Marin Perujo.

No deben permitirse á los dilatados más cantidad de líquidos que vaso y medio en cada comida, proscribiéndoles que tomen ninguno en los intervalos de una á otra. No deben usar el té ni el café con leche. No deben usar bebidas gaseosas ni tánicas, ni la quina, ni los ferruginosos, ni los vinos tintos, sino sólo los claros muy ligeros diluídos en agua.

La dieta seca está representada por el uso de la carne, debiendo preferirse ésta preparada al natural á las carnes echando sangre; pueden usarse también muy cocidas como la ternera en gelatina, el pollo en arroz, las aves en estofado, el cocido, el fricandó, etc., y no usar bajo ningún pretexto los alimentos que por su putridez y su alteración puedan producir toxinas en el estómago é intestinos; de aquí que deban excluirse el pescado, los moluscos, los crustáceos, los quesos, etc., etc.

Con arreglo á estos consejos la alimentación del gastro-ectásico puede ser, tomar sorbos de leche en las primeras horas de la mañana, á las diez comida *exclusivamente de carne* con una porción insignificante de pan, á las siete la segunda comida, consistente en cortísima cantidad de sopa tenue y *carne*, bebiendo en ambas comidas pequeños sorbos de agua á ser posible. Esto es lo que constituye lo que el Dr. Perujo llama *régimen mayor*.

No siempre los enfermos pueden ceñirse á este régimen y demasiado harán con distanciar las comidas y privarse de los líquidos y empezar *por lo menos* para ir tanteando con sorbos de leche, huevos, ponches, harinas fácilmente digestibles, etc., y llegar á *lo más* ó sea á la carne al natural, en polvo, en jugo, etcétera.

En algunos gastro-ectásicos se estrella por completo todo el régimen, porque sea cual fuere la clase y cantidad de los alimentos, les producen todos los mismos sufrimientos, que persisten horas y horas. En estos casos no hay otro recurso que vaciar el estómago y dejarlo descansar por algún tiempo, sirviéndonos mientras tanto de la vía rectal y de los enemas alimenticios que pueden sostener la vida durante varios días y permitir la completa suspensión de la ingestión ordinaria de alimentos. Las substancias que empleemos deben reunir dos propiedades principales, que sean fácilmente absorbibles y que irriten lo me-

nos posible la mucosa rectal, que como sabemos no está destinada á este objeto.

Las substancias que debemos preferir para los enemas alimenticios, son las pectonas neutras y los huevos batidos mezclados con una solución azucarada. Los enemas de sangre desfibrinada, de suero y de leche, como nutritivos sirven bien poco, siendo sólo su efecto el de moderar la sed como sucede con los enemas de agua sola. Estos enemas deben introducirse hasta la porción más alta que se pueda de intestino, valiéndose para ello del tubo de Debove; la temperatura de estos enemas debe ser de 38°.

Muchos autores dudan de la utilidad de los enemas alimenticios, porque creen que la absorción intestinal es poca ó nula, pero la clínica ha venido á demostrar que es la suficiente para mantener un individuo cuando no se puede alimentar de otra manera.

Muchos más medicamentos se usan en esta enfermedad, pero que la experiencia ha demostrado que no son más que meros paliativos, como sucede con la nuez vómica, la estriknina, la cuasina, la ergotina en inyecciones subcutáneas, el ácido clorhídrico, con los alcalinos de que tanto abusan estos enfermos, (1) con el condurango, con las sales estroncio, etc.

Como antes hemos dicho, después del régimen alimenticio, el lavado del estómago es el que consigue más éxitos en el tratamiento de la enfermedad que nos ocupa y es el primero de los agentes mecánicos que obran directamente sobre el estómago y el intestino. Su indicación principal consiste en combatir las fermentaciones y putrefacciones que se desarrollan en el estómago, desembarazándolo de las substancias que las producen, lo cual explica el por qué desaparece la pneumatosis gástrica y todos los síntomas que por compresión produce, la sed, los vómitos y todos los demás trastornos. También se regularizan como ha demostrado Kussmau, las deposiciones, desapareciendo el estreñimiento.

El lavado se hace con las sondas gástricas y todas son buenas. La técnica de todos es conocida y en honor á la brevedad la

(1) Algunos enfermos en el transcurso de su enfermedad han tomado muchas arrobas de bicarbonato de sosa.

omito, limitándome sólo á recordar que debe cerciorarse el médico de que la extremidad de la sonda esté en el estómago antes de practicar el lavado; que no debe inyectarse de una vez más que un litro de agua y que debe repetirse la introducción y la extracción del líquido tantas veces cuantas sean precisas, hasta que salga completamente claro; que no ha de practicarse hasta las seis horas después de la última ingestión de alimento, y por último, que no debe esperarse para realizar el lavado á que el estómago esté lleno, y que un vómito reciente no impide el lavado.

No conviene la repetición del lavado durante períodos de muchos meses, pues se habitúan á ello los enfermos y con el alivio que les produce, aunque pasajeros, se olvidan de las demás prescripciones facultativas, esto es, que se lavan el estómago y no cuidan de que no se ensucie.

El lavado no es aplicable á todos los casos de dilatación del estómago. Hay que reservarlo para las dilataciones considerables, y cuando exista putridéz extrema, no nos contentaremos con el lavado sólo, sino que desinfectaremos el estómago á beneficio de soluciones naftoladas, 50 centigramos de naftol por litro de agua (1).

En los dilatados por cáncer y en los que hay una deficiencia en el grosor de la pared gástrica no debe hacerse más que un lavado diario en evitación de los accidentes nerviosos y tetaniformes que se pueden producir y de los que la ciencia registra algunos casos (2) á pesar de la opinión de Ewald que afirma no haber visto jamás el menor accidente en los sujetos al lavado del estómago.

Bardet ha recomendado la faradización y la galvanización en el tratamiento de la gastro-ectasia, que produciendo contracciones en la capa muscular gástrica, se obtendría la retracción de la cavidad estomacal como dice haberla observado Sievers utilizando para su comprobación el procedimiento del salol. Hoy, á pesar de haber renovado Bardet estas mismas investigaciones,

(1) Dujardin-Beaumetz.

(2) Martin.

la experiencia no ha confirmado los optimismos de algunos autores.

Mejor indicado se encuentra el amasamiento; no es que cure la dilatación, sino que permite activar el paso de los alimentos del estómago al intestino y además porque combate activamente el estreñimiento. Los procedimientos son varios y el mejor es el de Hirschberg (1). Todos tienen por objeto, una vez conocida la forma y dimensiones del estómago y respetando el primer tiempo de la digestión, hacer una serie de manipulaciones convergentes que vayan desde la tuberosidad y curvaturas del estómago hacia el piloro.

Los vendajes abdominales tienen gran importancia en el tratamiento de la ectasia-gástrica, sobre todo á los comienzos, y deben limitarse á la parte inferior y media del abdomen, pues si llegan á la superior se ponen de parte del descenso del estómago, como sucede con el abuso del corsé. Los buenos efectos que se consiguen con estos vendajes, se explican por la contención eficaz de la pared abdominal que disminuye la tirantez que provoca el descenso del estómago y en los casos graves de dilatación con ectopia renal, mantienen casi inmóviles el riñón. Glenard, que con los beneficios que se obtienen con este tratamiento, ha encontrado una confirmación á su teoría de las *ptosis*, es autor de un aparato contentivo que se llama faja pelviana (2).

Para terminar lo referente á los agentes medicinales, réstanos decir dos palabras acerca de la medicación hidromineral. Las aguas alcalinas son las recomendadas por Glenard y las de Châtel-Guyon por Deschamps, siendo eficacísimas las de Lanjarón, como modificadoras de la función intestinal: poco pueden por sí solas influir en la curación ó alivio de la ectasia gástrica, pero sí pueden ser factores, que sumados al tratamiento general surtan benéficos efectos. Como aguas de mesa se podrán emplear las de Alet ó las de Pognes.

También se ha hablado del tratamiento quirúrgico de las gastro-ectasias, pero la intervención se refiere más bien á combatir

(1) Hirschberg.—*Massage de l' abdomen.* (Tesis de París, 1889).

(2) Glenard.—*Exposé sommaire du traitement de l' enteroptose.*

la causa, así pues, en los casos en que un tumor dificulte el paso por el piloro de los alimentos y líquidos del estómago, debe operarse aquél aunque sea canceroso. Mr. Ardle, en 62 operados de cáncer del piloro, obtuvo 27 curaciones y los demás casos desgraciados lo fueron en 21 al acabar la operación y en 14 por septicemia y peritonitis. Hoy que el rigor aséptico nos pone al abrigo de estas complicaciones, serán sin duda, mayores los éxitos, como lo vienen siendo en todas las intervenciones quirúrgicas del abdomen.

Lorette de Bolonia, en dos casos de gastro-ectasias por piloro-estenosis cicatricial, ha intentado la dilatación forzada, descubriendo, previa laparotomía, el estómago é introduciendo los dedos índice en el anillo pilórico á través de la pared externa del estómago.

Cuando no se pueda recurrir á la pilorectomía, se podrá apelar á la gastro-enterectomía. En una palabra, que la cirugía moderna ha abierto nuevos horizontes á la terapéutica de las gastro-ectasias.

La segunda indicación que hay que llenar en el tratamiento de la dilatación gástrica, es combatir las afecciones que se originan de ella por medio de las medicaciones apropiadas. Si es el artritismo, usaremos su conocido tratamiento; si son las alteraciones nerviosas, la hidroterapia, la kinessiterapia, etc., que como no son del caso, las omito.

Por último, quien crea que el reposo, la tranquilidad de espíritu, el abandono de los negocios y de las exigencias sociales, etc., representan lo insignificante, difícilmente obtendrá un éxito feliz, en una enfermedad en que los detalles se imponen y se hacen completamente indispensables para el tratamiento.

Fatigada vuestra atención y rendido mi espíritu, he llegado al término de este trabajo, en el que como habéis visto, nada nuevo hay para vosotros por ser yo un pobre pigmeo de la ciencia. Réstame suplicaros me perdonéis el mal rato que os he proporcionado apurando casi hasta la última gota del caudal inagotable de vuestra benevolencia.

DISCURSO DE CONTESTACIÓN

Á LA MEMORIA PRESENTADA POR EL ACADÉMICO ELECTO

DR. RAFAEL GARCÍA G. DUARTE

Á LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE GRANADA

EN EL ACTO DE SU RECEPCIÓN

POR EL

Dr. José Rus Cabello

ACADÉMICO DE NÚMERO DE LA MISMA CORPORACIÓN

SEÑORES:

Designado por la Academia, para contestar el discurso de recepción, que acabáis de oír al Dr. García Duarte, quiero hacer constar la complacencia con que he aceptado dicho encargo, dada la leal y sincera amistad que con el académico electo, de antiguo me une. El cumplimento, pues, de este deber, viene á procurarme una de las mayores satisfacciones, atenuada sólo por el fundado temor de no poder corresponder cumplidamente á mis deseos.

Á casi todas estas solemnidades científicas, acompaña forzosamente una nota triste; el recuerdo de los que fueron y que al separarse de nosotros, dejaron grabada para siempre su memoria en nuestro corazón. Substituye el recipiendario al inolvidable académico y clínico insigne Dr. D. Santiago López Argüeta, cuya necrología hicieron no há mucho tiempo, desde este sitio, labios más autorizados que los míos; sea este recuerdo, testimonio de la respetuosa admiración que me inspira el nombre de tan querido maestro.

No está el novel académico tan escaso de méritos, como su modestia le hace decir, sino antes bastan á confirmar el acierto con que procedió la Academia en su elección y á justificar su ingreso en tan respetable Instituto. Dedicado á los estudios médicos desde muy temprano y por verdadera vocación, obtuvo notas de sobresaliente en todas las asignaturas y once premios ordinarios, concediéndosele, como extraordinario, el título de Li-

cenciado, previa oposición. Al mes de terminar tan brillante carrera y ansioso por tomar plaza en las lides científicas, se hizo inscribir en la lista de opositores á Sanidad Militar, donde, aprobados los ejercicios, ocupó el núm. 12 entre 52 aspirantes.

Obtuvo después, en esta Facultad de Medicina, mediante oposición, la plaza de Ayudante de clases prácticas, siendo propuesto en primer lugar en el concurso de catedráticos auxiliares cuyo cargo ya interinamente venía desempeñando. Opositor de nuevo á la cátedra de Anatomía de Granada, mereció el primer puesto en la lista de mérito.

Dedicado á la especialidad oftalmológica á que le llamaban sus aficiones y una honrosísima herencia, hizo sus primeras armas al lado de su padre, el eminente oculista y sabio maestro de esta Escuela Dr. D. Eduardo García Duarte, demostrando dotes singulares. Médico ya, pasó temporadas en París cerca del distinguido oftalmólogo Mr. Panas, encargándose por último, en este Hospital de la Clínica donde practica en la actualidad. Desempeña una cátedra libre de Oftalmología, con autorización del Claustro de la Facultad y gran provecho de los que á sus lecciones acuden, y á pesar de sus pocos años, ha logrado en dicha especialidad, popularidad y fama. Obrero de la ciencia, le presta su concurso donde quiera, y á su paso por el Ayuntamiento de Granada, sostiene una campaña sanitaria, organiza la Beneficencia y crea la primera Casa de Socorro, cuya necesidad se dejaba sentir en nuestra ciudad.

Como publicista se ha dado á conocer con aplauso; fundando ya cuando escolar un periódico, *La Clínica*, que publicaba las lecciones de sus profesores, autor de una Memoria sobre Topografía médica de Granada, fué premiada en el certamen con motivo de la coronación del poeta D. José Zorrilla y las oftalmias simpáticas tratadas en su tesis doctoral, representan un acabado estudio del tema.

Partidario decidido de todos aquellos centros de estudio y discusión en los que el talento se exterioriza, presta su valioso concurso á las sesiones científicas del Colegio Médico, donde ha presentado interesantes comunicaciones de otros tantos casos clínicos.

Atento al ejercicio y práctica oftalmológica, todavía cuenta con aptitudes para otras empresas, y lo ha demostrado hoy al ocuparse de una enfermedad cuya historia ha venido á constituirse de cuarenta años á esta parte, y cuyo verdadero concepto lo fijan dos elementos indispensables: la dilatación del estómago y la alteración de su funcionalismo digestivo. La gastro-ectasia ó es un epifenómeno que sobreviene en las numerosas enfermedades de que es asiento el estómago, ó bien, como afirma Brinton, es la expresión sintomática de una enfermedad misteriosa y fatal, que ataca exclusivamente á dicha entraña. Las denominaciones de secundaria ó primitiva, accidental ó idiopática, marcan dos variedades de dilatación que en último término vienen á confundirse por grados insensibles, al igual de lo que pasa con los estados á que se refieren. La hipertrofia muscular es el obstáculo que opone la naturaleza á la dilatación; que si no alcanza á contenerla, atenúa al menos su extensión y efectos. De cualquier modo, ha de estar en relación con la actividad nutritiva que conserva á un músculo, cuyo trabajo es exagerado, su volumen y energías. Suele la gastro-ectasia representar un defecto en la incitación nerviosa y ser un estigma de esa esfinge patológica llamada neuro-astenia, ó venir como consecuencia de la relativa debilidad de las fibras musculares del estómago, que sanas al principio, se rinden al cabo al exceso de trabajo que se las exige. Igual influencia debilitante pueden ejercer sobre el elemento muscular, según Traube, la destrucción de las ramas principales de la porción gástrica del vago efecto de úlceras, acabando con la tonicidad y energía muscular.

La enumeración prolija de los síntomas referidos por el nuevo académico, con tanta claridad como método al tratar de fijar el diagnóstico directo de la gastro-ectasia, deducidos de la atenta exploración de esta víscera y del resto del tubo digestivo, del examen de los fenómenos de compresión y de las alteraciones en la generalidad del organismo, me excusa el repetirlos, y á ellos me he de referir al intentar establecer el diagnóstico por exclusión, sobre el que voy á hacer ligeras indicaciones. Este diagnóstico facilita el hallazgo de la enfermedad causal, ya que nos ocupamos de una dolencia por lo común denteropática, y da, en

fin, mayor precisión al obtenido á beneficio del conjunto anamnéstico y sindrómico observado en cada caso concreto.

Verificar el deslinde de la gastro-ectasia con algunas enfermedades que pueden presentarse á la vez en un individuo, sobre ser causa frecuente de error, ofrece serios motivos de confusión. Tal sucede con el catarro del estómago, la dispepsia y la enteroptosis.

Si no hay gastritis, todavía es fácil establecer el diagnóstico, comprobando los fenómenos propios de la dilatación; pero si aquélla está ya desarrollada, además de los signos físicos que acusan la ectasia, hemos de buscar los obligados que nos aseguren; tales como el hambre, la sed, la escasez y alcalinidad de las orinas, los vómitos retardados y con señales evidentes en los materiales arrojados de putrefacción adelantada.

En la dispepsia, sea hiper ó anaclorhídrica, atónica, etc., como forma parte integrante del complejo fenomenológico de la ectasia, conviene registrar los antecedentes morbosos del sujeto que la padece, por si se encontrara algún dato en favor de la dilatación; si los vómitos tienden á afectar el carácter típico descripto, si en el estómago notáramos dimensiones mayores que las acostumbradas, habremos de aceptar la idea de ectasia idiopática y relegar la dispepsia á segundo término.

Respecto á la enteroptosis, es muy laborioso el discernir los trastornos que se derivan de cada enfermedad, ya que su cuadro sintomático se confunde; peresentadas aisladamente ambas enfermedades, si en vez de los signos de dilatación del estómago y retención de gases y líquidos, comprobamos la presencia de las llamadas cuerda cólica transversa y cuerda ilíaca izquierda, al mismo tiempo que la dislocación hacia dentro del intestino ciego, nos inclinaremos á diagnosticar una enteroptosis, sobre todo, si podemos reconocer la caída de un riñón, que suele acompañar á la enfermedad de Glenard.

Más sencillo resulta distinguir la gastro-ectasia de la dilatación del colon transverso, producida por una estenosis de los intestinos últimos, por más que ofrezcan síntomas generales y de región muy parecidos. En efecto, la rareza de la ectesia cólica comparada con la frecuencia de la gástrica, el ocupar el abulta-

miento morbozo una zona más baja en aquélla que en ésta, según nos demuestran las inyecciones de gases y líquidos en una ú otra cavidad, con que logramos hacer desaparecer y reaparacer á voluntad las condiciones físicas, necesarias á la producción de los síntomas propios de cada víscera, nos señalan una completa demarcación entre las dos, y nos sugieren argumentos bastantes á decidirnos.

Si un enfermo, por más que presente los síntomas somáticos de dilatación ventricular, junto con ellos padece sensaciones dolorosas con irradiaciones al punto clásico que señala Cruvelhier, vómitos más ó menos inmediatos á la ingestión de alimentos, gastrorragias rojas ó negras, con reacción ácida de la sangre arrojada, hiperclorhidria persistente, deyecciones melánicas, color blanco mate en la piel del rostro, hemos de convenir en que se trata de una gastro-ectasia, que debe su origen á una ulceración péptica concomitante ó quizás á una estrechez debida á otra anteriormente curada.

En algún período de la duración del padecimiento gastro-ectásico, y principalmente hacia la terminación del mismo, pudiera ofrecer alguna analogía con el cáncer de la misma víscera; pero tiene éste un sello especial que basta á distinguirlo; un abultamiento duro y doloroso en la región del estómago, que se disloca con los movimientos espontáneos ó respiratorios, vómitos repetidos de color café, anaclorhidria absoluta, dolores lancinantes, caquexia especial, color térreo pajizo habitual y las trombosis marasmódicas; unido todo esto á una edad avanzada y á una herencia reconocida, disiparán toda duda.

Algunos padecimientos de otros órganos, equinococos del hígado, ascitis, hidronefrosis, ciertos quistes ováricos, aunque despierten reflejos en el estómago, no bastan á justificar un diagnóstico con la enfermedad que tratamos, puesto que su origen no podría escapar á un atento y riguroso examen.

Quisiera permitirme algunas consideraciones sobre los fenómenos que complican la gastro-ectasia y que se revelan por manifestaciones nerviosas desequilibradas bajo la forma de trastornos cerebrales, ó medulares ó bien por desórdenes naso-motores del mismo origen, ó ya, por último, por coincidencias de enfer-

medades como la tetania, observada por Hanot, Hayem, Dujardin-Beaumez, ó de neuralgias dorso-lumbares descritas por Chantemesse y Lenoir. Pero sobre que esto sería abusar de vuestra benévola atención, indicado queda ya por el nuevo académico en su erudito discurso, ahorrándome de esta manera nuevas disquisiciones, que á pesar de mi buena voluntad en hacerlos agradable mi humilde trabajo, acaso lo trocarían en pesado y difuso.

Termino, pues, dando la bienvenida en nombre de esta respetable Corporación al nuevo académico, esperando no cesen esas iniciativas de que hoy nos hadado tan gallarda muestra.

Dr. José Rus Cabella.

Granada 23 Junio 1897.

