2728

Dr. Loudet

UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DILATACIÓN DEL ESTÓMAGO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA

POR

ELEODORO GALLASTEGUI

BIBLIOTECA DE CIENCIAS MÉDICAS 1863 BUENOS AIRES

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE PABLO E. CONI É HIJOS, ESPECIAL PARA OBRAS

680 — CALLE PERÚ — 680

1892

Recuerdo afectuosa á su condiscípulo Dr. L. Landel

UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DILATACIÓN DEL ESTÓMAGO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA

POR

ELEODORO GALLASTEGUI

E 34.221.

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE PABLO E. CONI É HIJOS, ESPECIAL PARA OBRAS

680 — CALLE PERÚ — 680

1892

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

(Art. 162 del Reglamento de la Facultad).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. MAURICIO GONZALEZ CATAN

VICE-DECANO

Dr. D. Eufemio Uballes

ACADÉMICOS HONORARIOS

Doctor Santiago Larrosa
» Ernesto Aberg
» Pablo Marengo
» Eduardo Wilde
» Ignacio Pirovano
» Martin Spuch.

ACADÉMICOS TITULARES

Doctor Manuel Porcel de Peralta
» Mauricio Gonzalez Catan.
» Manuel Arauz
» Leopoldo Montes de Oca
» José T. Baca
» Rafael Herrera Vegas
» Pedro Mallo
» José M. Astigueta
» Jacob de T. Pinto
» Eufemio Uballes
» Juan R. Fernandez
» Enrique E. del Arca
» Pedro N. Arata.
» Manuel Blancas.
» Roberto Wernicke.

SECRETARIO ACADÉMICO HONORARIO

Dr. Leopoldo Montes de Oca

SECRETARIO TITULAR

Dr. Luis de la Cárcova

ESCUELA DE MEDICINA

CATEDRÁTICOS TITULARES

Anatomía descriptiva	Doctor	Juan José Naon.
Anatomía topográfica	»	Mauricio Gonzalez Catan.
Histología (teórico-práctica)	»	Francisco A. Tamini.
Fisiología general y humana	»	José M. Astigueta.
Higiene pública y privada	»	Meliton G. del Solar.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología externa	»	Guillermo Udaondo.
Patología interna	»	José Penna.
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Enfermades de mujeres y Clínica Ginecológica	»	Jacob de T. Pinto.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas.
Enfermadades de los ojos y Clínica Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	»	Lucio Melendez.
Clínica Quirúrgica	»	Ignacio Pirovano. Julian Aguilar.
Clínica Médica	»	Eufemio Uballes. Vacante.
Obstetricia y Clínica respectiva	»	Samuel A. Molina.
Medicina legal y Toxicología	»	Eduardo Perez.
Química aplicada á la Medicina	»	Francisco Barraza.
Química aplicada á la Farmacia	»	Pedro N. Arata.
Farmacia y práctica farmacéutica	»	Juan A. Boeri.
Física médica	»	Vacante.
Fisio-patología experimental	»	J. B. Señorans.
Obstetricia para parteras	»	J. R. Fernandez.
Historia Natural Médica	»	E. Canton.
Odontología	»	N. Etchepareborda.

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Histología teórico-práctica	»	Andrés F. Llobet.
Fisiología general y humana	»	Jaime R. Costa
Higiene pública y privada	»	Enrique Revilla.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Vacante.
Materia Médica y Terapéutica	»	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Patología externa	»	Obdulio Hernandez.
Patología interna	»	Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica	»	Cárlos Malbran.
Medicina operatoria	»	Vacante.
Enfermedades de las mujeres y Clínica Ginecológica	»	Enrique Bazterrica. Alfredo Lagarde.
Enfermedades de los niños y Clínica pediátrica	»	Antonio F. Piñero. Facundo Larguía.
Enferm. de los ojos y Clínica oftalmológica	»	Eduardo Obejero. Vacante.
Enfermedades nerviosas y su Clinica	»	José A. Esteves.
Enfermedades mentales y Clínica respectiva	»	Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	»	Antonio C. Gandolfo. Juan B. Justo. Alejandro Castro.
Clínica médica	»	Gregorio N. Chaves (en ejercicio). Abel Ayerza (en ejercicio). Julio Mendez. Francisco Sicardi.
Obstetricia y Clínica obstétrica	»	Luis T. Vila. Vacante.
Medicina legal y Toxicología	»	Vacante.
Química aplicada á la Medicina		José M. Irizar.
Farmacia y práctica farmacéutica	»	Atanasio Quiroga.

PADRINO DE TESIS

DOCTOR MANUEL BLANCAS

A MIS QUERIDOS PADRES

VIRGINIA ALVAREZ DE GALLASTEGUI Y SATURNINO GALLASTEGUI

Y

CARIÑOSO TIO PEDRO J. CORDERO

Están cumplidos vuestros deseos. Si algún laurel he recogido en el campo de la ciencia, aceptadlo como una primicia de mi labor.

Os dedico cariñosamente este modesto trabajo.

ELEODORO.

INTRODUCCIÓN

He extendido mi vista en el vasto escenario de la medicina, buscando el oasis que debiera servirme de mira para la confección de este trabajo inaugural, y recorriendo los mil diversos tópicos á que se presta en sus profundidades el estudio de la ciencia, mi atención, por más de un motivo, se ha fijado en una afección común en la clínica y que hasta hace pocos años sólo incidentalmente preocupaba á los nosólogos: me refiero á la dilatación del estómago.

La novedad con que aparece esta afección abriéndose camino en el campo médico; la atención que merece su estudio á las diversas escuelas que ponen á contribución los medios todos con que día á día se enriquece la ciencia en su marcha progresiva; el número considerable de casos de esta naturaleza, que, como resultante de una mejor observación, ofrece la clínica, son los móvi-

les que me han impulsado á elegir esta dolencia para este trabajo inaugural.

Fácil es darse cuenta de la importancia del tópico á tratar, si se considera que la lesión de que nos ocupamos radica en un órgano que con el cerebro, corazón y pulmones forma una de las principales columnas en que reposa la vida humana, y cuyo funcionamiento activo es indispensable desde el nacimiento hasta la muerte.

I

Si entre las afecciones gástricas hay un estudio que ha modificado profundamente nuestros conocimientos en estos últimos años, es seguramente el de la dilatación del estómago, considerada antes como una simple curiosidad científica.

Ha sido necesario el transcurso del tiempo y la atenciosa observación de clínicos como Bouchard, Mathieu, Burliereaux, Le Gendre, Coutaret, etc., para que compulsando todos sus elementos tuviéramos conocimiento exacto del rol patogenético que juega esta afección.

Entretanto, nace á la vida de la medicina una nueva doctrina: la de la septicemia gastro-intestinal, que se presenta con la autoridad de nombres ilustres, y seductora y llena de las promesas que no alcanzaron á despertar las teorías Broussistas y Beauistas.

La doctrina de Bouchard y su escuela, en rigor, abarca toda la patología de la digestión, comprendiendo en su dominio buen número de afecciones crónicas

y diatésicas; juega, en una palabra, el rol de causa eficiente en un sinnúmero de manifestaciones mórbidas.

Debemos, sin embargo, dejar consignado que para algunos autores, actualmente, la dilatación del estómago es considerada como un estado terciario de la dispepsia estomacal, en que la gastro-ectasia es debida á la lasitud y fatiga de las capas musculares por una repleción forzada y continua á que se dejan llevar sin resistencia, ó por los cambios anatómicos efectuados en la trama interna de los tejidos por la congestión patológica permanente que mantiene el estado dispéptico. Así, pues, entendemos por dilatación del estómago, ó gastro-ectasia, un estado patológico constituido por el aumento permanente de la capacidad como de los diversos diámetros de este órgano, teniendo que considerar en él una dilatación *primitiva* y otra *consecutiva* á afecciones anteriores ó por obstáculos mecánicos á las funciones del píloro (las más numerosas según Robert).

Examinando las formas clínicas que reviste la dilatación del estómago, tenemos, siguiendo á Le Gendre:

1° La forma *latente,* en que el enfermo no acusa ninguna sensación ó perturbación funcional, y en que sólo el exámen organopático de sus órganos puede hacer reconocer los signos físicos de una dilatación, siendo

esta la más frecuente, pues constituye los dos tercios de los casos;

2° La forma dispéptica, en que el enfermo siente todas ó en su mayor parte las molestias propias de esta dolencia;

3° La forma hepática, frecuente en los jóvenes, acompañada á veces de icteria, y constituida por la congestión del hígado con aumento de volumen y sensación de peso en el hipocondrio derecho;

4° La forma cardíaca, que comprende la falsa angina de pecho, la opresión cardíaca, palpitaciones, latidos en las sienes y enrojecimiento de la cara;

5° La forma asmática y brónquica, que acompaña al coriza, y en que las mucosidades que obstruyen los canales brónquicos provocan tos penosa que sólo desaparece cuando se consigue expulsarlas;

6° La forma renal que permite observar albúmina en la orina de los individuos no convalecientes de fiebres;

7° La forma cutánea que ofrece eczemas, urticarias, acnés, etc;

8° La forma reumatismal, caracterizada por el predominio de las manifestaciones articulares, ó sea de las nudosidades falango-falangianas de los dedos de las manos y piés;

9° La forma neurósica, que comprende la cefalalgia,

vértigos, la hipocondría, la contractura de las extremidades y neurosis cerebrales y espinales ;

10° Y, finalmente, la forma *consumptiva,* aguda ó crónica, comprendiendo la primera los antiguos enfermos que súbitamente se encuentran deprimidos, anonadados, y que de un día á otro no pueden abandonar ni su casa ni su lecho, y estando comprendidos en la segunda el buen número de enfermos que en estado de semi-convalecencia pueblan los hospitales y pasan por perezosos ó hipocondríacos.

Basta ese simple esbozo de sus formas para comprender cuán grande importancia reviste el asunto que tratamos. Como se ve, tienen allí cabida las teorías mecánicas, nerviosas ó humorales, pero, sea aceptando la más antigua que consideraba la dilatación del estómago como debida á esténosis pilórica ; sea que adoptemos el origen nervioso de la gastroectasia como una consecuencia de la paresia de la capa muscular por un estado patológico todavía mal definido del sistema nervioso ; sea que sigamos á Bouchard en su interesante estudio químico fisiológico al respecto, admitiendo que debido á embarazos gástricos repetidos se favorecería la producción de las toxinas estomacales é intestinales, y ellas, penetrando en la economía engendrarían una auto-intoxicación, dando lugar á síntomas los más diversos ; el

hecho es que la dilatación existe, y ella ejerce una influencia marcada sobre el organismo en mil variantes, con causas locales, directas ó indirectas, que inmediata ó remotamente dan margen á dolencias que tienen su sitio en los órganos esplánicos, ó á simpatías mórbidas que repercuten sobre todos los sistemas, siendo la génesis de un grupo numeroso como variado de enfermedades, de que trataremos más adelante.

II

A medida que el mundo marcha y los espacios térreos se pueblan y repueblan, la vida humana se hace más difícil y es de necesidad al hombre sostener luchas arduas para la subsistencia, de ahí que véseles ya en las zonas más inclementes ó en el centro de las ciudades mejor situadas, soportando trabajos y privaciones sin fin, en riña abierta con la higiene alimenticia.

Se vive al vapor, y como si el fin del siglo fuera el fin del mundo, todos nos dejamos arrastrar por la corriente de las pasiones con premura y anhelo. Pocas naciones del nuevo y viejo continente no se encuentran actualmente bajo el yugo de situaciones difíciles. Parece que los hombres y la naturaleza se hubiesen complotado para hacer más precaria y difícil la existencia. En el orden político, las ambiciones desmedidas nacidas bastardamente á la sombra del patriotismo; en el órden económico, el deseo desenfrenado por poseer; por otra parte, los CRACS bursátiles, que derrumban los valores

y ahorros amontonados con largos esfuerzos y sacrificios, y finalmente las crísis económicas y agrícolas, han contribuido de una manera directa á multiplicar las perturbaciones gástricas y consiguientemente á engendrar la dilatación del estómago.

El proceso ulterior de esas perturbaciones gástricas es sencillo de explicarse, sabiendo, como sabemos, que en la vida fisiológica es indispensable el completo cumplimiento de las funciones de todos los elementos anatómicos que constituyen un órgano ó un aparato, requiriendo en absoluto la integridad de aquéllos (elementos), y, en consecuencia, para que el estómago funcione deben encontrarse en perfecto estado sus túnicas, sus glándulas, sus vasos, sus nervios, etc., porque si esas túnicas se distienden patológicamente y las contracciones no siguen su pauta; si esas glándulas segregan jugos anormales ó deficientes en calidad ó cantidad; si sus vasos absorben productos sépticos, gases ó líquidos, resultado de la descomposición de los alimentos ingeridos; si la sensibilidad orgánica es exaltada, sentiremos penosamente el efecto de una digestión laboriosa, ó un embarazo gástrico, con todas sus molestias, y si ese mal persiste repitiéndose día á día, á la desorganización local tendremos que agregar la denutrición general con todo su cortejo morboso.

¿Cuáles son, pues, las causas que producen directa ó indirectamente, y primitiva ó secundariamente la dilatación?

Estudiaremoslas detalladamente, haciendo constar, ante todo, que la dilatación del estómago se presenta en todas las edades, desde la más tierna infancia á la extrema vejez, que no tiene predilección por los sexos, porque si bien en la mujer actúan unas causas (corsets, etc.) en los hombres priman otras, que es sumamente frecuente, porque el 30 por 100 de la totalidad de los enfermos agudos y el 60 por 100 de los crónicos adolecen de ella.

La dilatación del estómago se produce de una manera general siempre que hay falta de relación entre la tensión gástrica interior y la resistencia de las paredes estomacales, habiendo, por consiguiente, por una parte fuerza dilatatriz ó de expansión aumentada, y por otra resistencia parietal disminuida.

De ahí que la polifagia, ó sea la ingestión de grandes cantidades de alimentos, y la polidipsia ó sea la ingestión de grandes cantidades de bebidas, como toda introducción de materias alimenticias gaseificables, como de bebidas fermentadas (cerveza, champagne, cidra), como de aguas naturales ó artificiales cargadas de gases que provocan actos de distención forzada, primero

transitorias, despues definitivas, deben considerarse como causas primordiales.

Por esto el comer en exceso ó demasiado á menudo, como dice Le Gendre, es causa predisponente de gastro-ectasia y entonces el peligro empieza desde los primeros años de la vida. Es lo que suele ocurrir cuando las madres y nodrizas, llevadas por el cariño ó por nociones erróneas sobre alimentación, entregan por largas horas su pesón ó pezonera á los labios del niño dejándole satisfacer hasta la regurgitación.

Igualmente el comer demasiado ligero sin triturar los alimentos y sin impregnarlos de los fermentos bucales preliminares para su digestión.

La mala calidad de los alimentos, es decir, su estado de descomposición, ó la naturaleza de ciertas sustancias que se dejan penetrar difícilmente por los jugos digestivos; como las bebidas adulteradas, de base de alcoholes amílicos, que los progresos de la química nos brindan con la coloración y el bouquet de los naturales, son de tener en cuenta en la etiología de la dilatación gástrica.

Hay también otra causa indirecta basada en la ley de fisiología patológica de que toda inflamación de la membrana mucosa en un órgano hueco, tiende á producir la paresia y laxitud del plano muscular subyacente, y es

la dilatación originada por una dispepsia ó gastritis crónica, por cuyo motivo las paredes estomacales van paulatinamente perdiendo su tonicidad y resistencia normales dejándose distender y dilatar.

Las obstrucciones del píloro engendran igualmente la dilatación, sea cualquiera la causa que las produzca, es decir, de origen orgánico ó espasmódico, por el mismo mecanismo que se producen las dilataciones exofágicas en las extenósis del cardias, y las del ventrículo izquierdo en las extenósis aórticas.

La posición bípeda, como las adherencias perigástricas, concurren también á favorecer el proceso patológico que estudiamos.

Las fiebres graves dan también lugar, en su convalecencia ó poco después á la dilatación, invocando Brinton para explicar su patogenia la intervención de una lesión funcional del simpático ó del neumogástrico.

La herencia juega también su rol en la patogenia de la gastro-ectasia, pudiendo invocarse como explicación la comunidad de hábitos y desórdenes higiénicos que van tradicionalmente sucediéndose en las familias.

En el orden psíquico tenemos una fuente etiológica inagotable.

Por eso los individuos de temperamento nervioso son más predispuestos que otros á la dilatación gástrica.

Ellos poseen disposiciones especiales de actividad cerebral, impresionabilidad, movilidad nerviosa exagerada, irritabilidad, etc., que los hacen susceptibles á los mil incidentes y contrariedades de la vida, que ellos exageran.

Los sentimientos, las pasiones todas, cualesquiera que fueren, como el pesar, el amor, los celos, el orgullo, la envidia, etc.; la tensión cerebral largo tiempo sostenida, especialmente por las lecturas durante las comidas, las preocupaciones, las vigilias, el insomnio, el juego, las excitaciones genésicas de todo género, y en fin la vida libre de nuestras generaciones que queman su existencia por los dos extremos, son los factores principales de este grupo de causas.

La etiología de la dilatación gástrica, después de haber pasado en revista las causas ya apuntadas, nos lleva á formular la siguiente conclusión: que toda vez que el estómago no desempeña sus funciones fisiológicas y retiene materias alimenticias en su cavidad, dando lugar á fermentaciones anormales, termina por dilatarse.

III

Si examinamos el estómago de un sujeto afectado de dilatación, en el cadáver, encontraremos en aquella cavidad productos de composición muy compleja : gases infectos, restos alimenticios en diverso grado de digestión, según su naturaleza, mucus, desprendimientos epiteliales, ácidos, láctico, butírico, acético y fórmico, y bacterias, especialmente la *sarcina ventriculi*; y el estómago sin cambiar de su forma habitual apreciable y evidentemente aumentado de volúmen y distendido en mayor ó menor grado, según el tiempo de que data la enfermedad y el régimen ó tratamiento seguido.

En general la dilatación no pasa los límites del ombligo, pero en algunos casos es tal la relajación de sus paredes que éstas suelen descender hasta el pubis; otras veces la dilatación no es uniforme, es parcial; sólo se reduce á la gran curvadura, en otras vénse divertículos ó pequeñas cavidades generalmente oblongas dependientes de que las túnicas gástricas no han cedido

igualmente y han formado bridas que hacen aparecer este órgano como figurando verdaderos pliegues.

La capacidad del órgano es de 6, 8, 10 y hasta 20 litros, habiéndose visto por Jadon, excepcionalmente, un estómago de 49 litros de capacidad.

Las lesiones reveladas al microscopio sólo rara vez dejan de manifestarse. Piensa Parrot que no debe oponerse dificultad á admitir la posibilidad de la producción de la dilatación gástrica sin lesiones aparentes en condiciones etiológicas especiales, si se tiene presente que una discracia, como la anemia, basta para producir una dilatación del corazón derecho é insuficiencia tricúspide.

Sin embargo, es general observar en las paredes del estómago lesiones histológicas diversas. La mucosa se presenta afectada de erosiones, infiltraciones y reblandecimientos en diversos sitios, vése también como mamelonada y haciendo prominencias dentro de la cavidad, prominencias que se semejan á las que suelen presentarse en la vejiga; igual cosa ocurre cuando á la dilatación se agrega el catarro gástrico, estado aquél al que Trousseau llamaba *estómago en columnas*.

Estas prominencias suelen adquirir en la vecindad del píloro desarrollos considerables y ser el principio ó el asiento de masas polipiformes (pólipos gástricos),

que concurren á estrechar ó dificultar el funcionamiento del píloro.

La túnica muscular está en algunos casos hipertrofiada y esclerosada, en otros atrofiada ó habiendo sufrido sus fibras la degeneración esteatosa ó coloidea; los vasos considerablemente dilatados y flexuosos y las glándulas pepsiníferas semi-atrofiadas.

IV

Los grandes progresos alcanzados en estos últimos años en el estudio de las afecciones de las vías digestivas, nos permiten apreciar de una manera casi matemática las lesiones que se pasan en los órganos por medio de sus perturbaciones funcionales.

La actividad médica, como llevada por un modismo, ha dirigido su atención á las afecciones gástricas, y la dilatación del estómago es quizá la que ha obtenido mayores ventajas en su favor en este *maremagnum* de teorías y doctrinas.

Unos cuantos síntomas precisos y racionales, como frutos de la observación adquirida, nos permiten á veces diagnosticar *a priori* buen número de gastroectasias, pero en otros casos es necesario poner á contribución todos nuestros conocimientos médicos, porque el síndrome de la dilatación es muy complejo, puesto que en él se aunan, á los propios síntomas, los de las afec-

ciones que suelen precederla ó con que actúan de consuno.

Sabemos que los $^7/_8$ de los dispépticos son gastroectásicos, nada más natural entonces que referirnos á esta afección en materia de síntomas, no olvidando tampoco á los que adolecen de neoplasmas gástricos, estenosis duodenales, peritonitis crónicas adhesivas, etc. Por esto, para ser concretos, debemos referirnos á la dilatación del estómago cuando dá lugar á sus síntomas propios.

En general, los sujetos cuyo estómago está dilatado no experimenta primitivamente sensaciones anormales ni accidentes dispépticos, sólo á la larga se aperciben de su dolencia, sin embargo de encontrarse molestados antes de declararse enfermos.

La simple vista, como la percusión y palpación, nos permiten, fuera de las horas de digestión, apreciar un vientre excavado y el estómago de paredes poco contráctiles en estado de semivacuidad; notar matitez en el fondo del órgano y sonoridad en la parte superior, en límite variable que puede alcanzar hasta la 4ª ó 5ª costilla, percibiendo también, por la sucusión del estómago, por los medios y en las condiciones de que trataremos más adelante, un ruido hidroaérico, el *clapotement* de los franceses, que constituye uno de los signos característicos de la dilatación.

En el estado de plenitud es posible provocar el *peristaltismo del estómago* percutiendo secamente con la punta de los dedos debajo de las falsas costillas izquierdas, con lo que se obtienen ondulaciones que se propagan al abdomen y que permiten estimar el grado de dilatación.

Sin embargo de lo dicho sobre concomitancia de estas enfermedades, hay síntomas generales que corresponden á la dilatación y que no puedo dejar de esbozar siquiera ligeramente.

La mayor parte de los enfermos acusan una sensación ya de hambre ó ya de vacuidad epigástrica, que les despierta el apetito, motivo por qué comen abundantemente. Beben con la misma voracidad para satisfacer esta sensación resultante de la imperfecta absorción gástrica.

Horas después de las comidas sienten una plenitud y opresión precordial, el estómago se expande, tanto más cuanto más gases son susceptibles de producir las sustancias ingeridas, sobrevienen eructaciones á veces penosas y difíciles de obtener á pesar de los movimientos de inspiración ejecutados por el enfermo, inodoros primero, después fétidos y hasta inflamables, compuestos de ázoe, hidrógeno, ácido carbónico, carburo de hidrógeno y oxígeno; más tarde sienten pirosis y regurgita-

ciones debidas á las fermentaciones anormales que se verifican en este órgano.

Los vómitos alimenticios y mucosos más bien que biliosos, de reacción ácida, son más ó menos frecuentes y se producen por lo común después de grandes esfuerzos largo tiempo impotentes, con esta particularidad: cuanto más acentuada es la dilatación más tardíamente se presentan. Por esto vemos enfermos que al principio vomitan en cada comida, una vez al día; después, cada 2 ó 3 días más tarde, etc., observando que el tiempo en que se producen está en razón directa con la cantidad de sustancias expulsadas.

Explican algunos autores esta curiosa comportación á que al principio de la enfermedad el estómago conserva su *reflejismo*, y susceptible y potente, arroja con facilidad su contenido: más tarde la túnica muscular perdiendo su contractilidad se vuelve más tolerante y ha menester una extrema plenitud para despertar su acción refleja.

De parte del intestino se observa con más frecuencia la constipación, alternando sin embargo con la diarrea, constituida en este caso por materias fecales fétidas y pastosas, debidas, sea á la propagación del catarro gástrico al intestino, sea por la putrefacción de las materias venidas del estómago.

La congestión hepática se presenta á menudo en los gastro-ectásicos como una consecuencia natural de la función que esta glándula está destinada á desempeñar en el organismo: de vigilar y destruir las ptomainas provenientes del tubo digestivo y que intentan penetrar en la circulación general. Las materias pútridas, pues, de fabricación intestinal tumefactan el hígado continuamente, si bien de una manera pasajera, produciendo á veces dolor en el hipocondrio derecho, otras veces icteria.

La ectopia del riñón derecho se ha visto comunmente coincidir con la gastro-ectasia, y ella resulta del descenso del hígado por las repetidas congestiones de que hemos hablado precedentemente y por la compresión que sufre el tórax por el uso del corset en las señoras, ó por el cinturón en los militares ú otros que se ven obligados á llevarlo.

Además de la ectopia, entre las perturbaciones renales se nota la albuminuria en el 17 por ciento de los casos, presentándose en cantidades apreciables bajo forma de un coágulo retráctil cuando á la acción de los reactivos coagulantes se hace suceder la del calor. Esta albuminuria sigue una marcha paralela á la de la enfermedad; si hay mejoría, disminuye, y hasta desaparece, recidivando por nuevas desviaciones de régimen.

La secreción urinaria sufre también sus modificaciones cualitativas y cuantitativas: escasea, el líquido pierde cloruros, se enriquece de fosfatos y se hace alcalina. Si la tratamos por el percloruro de hierro toma un color rojo-vinoso como en la diabetes.

Además de las perturbaciones localizadas en el abdomen que he anunciado, existe otra de diverso orden y muy lejanamente de esta cavidad; es el enfriamiento de las extremidades.

Entonces los piés y las manos húmedas y frías nos producen la sensación de la piel de los reptiles, motivo por el que se ha descrito este síntoma con el nombre de *mano de serpiente*.

Además se encuentran las nudosidades falango-falangianas de los dedos, á que Bouchard ha dado su nombre y considera como un signo propio de la dilatación del estómago.

Estas nudosidades son unos nodulitos situados en la cara dorso-lateral de las articulaciones de las primeras y segundas falanjes. Otras veces son constituidas por el alargamiento lateral de la extremidad superior de la segunda falanje.

Le Gendre cree que la patogenia de estas modificaciones articulares se debe al exceso de ácido acético existente en la economía, ácido acético cuya

fuente principal es el estómago de los gastro-ectásicos.

Las nudosidades á que nos hemos referido las ha visto presentarse Bouchard hasta en el 32 por ciento en los hombres.

Es de indicar también que en los dilatados los sistemas muscular liso y estriado se resienten, viéndose en efecto formarse várices, hernias inguinales y epigástricas, como asimismo una notable flacidez del escroto.

V

La práctica diaria de ver y examinar enfermos dilatados con el interés propio del que se dedica á estas afecciones, puede con el examen de los conmemorativos y con el conjunto clínico que nos dan esta clase de enfermos, hasta aún con lesiones orgánicas bastante alejadas del tubo digestivo, como ser las nudosidades que se llaman de Bouchard, puede, repito, ayudarnos á sentar el diagnóstico con más ó menos certeza de la dilatación del estómago.

Ahora, para pronunciarnos con seguridad, debemos valernos de los signos físicos que á continuación detallaré, después de hacer la salvedad siguiente: que importa no confundir la dilatación con la dilatabilidad, porque todo estómago normal es dilatable y susceptible de recibir mayor ó menor cantidad de alimentos. Un examen poco atento pudiera inducirnos en error observando un estómago dilatado durante la ingestión de bebidas ó comidas; si después del tiempo necesario para

su expulsión no recobra su posición normal, entonces será dilatado.

Dice Thiebauld que esa función se produce merced al juego de dos potencias: una pasiva, la extensibilidad; y otra activa, la contractilidad; cuando la expansión no es sino pasajera y pasiva tenemos la dilatabilidad, que es transitoria, siendo al contrario permanente la dilatación.

Los signos físicos á que me he referido son: la inspección, la palpación, la sucusión, la percusión, el sondaje y finalmente el examen que se hace por medio de gases y líquidos.

Así es que poniendo en contribución estos signos y teniendo en vista los antecedentes antes expresados, podremos formular un diagnóstico completo y exacto de la existencia y del grado de la dilatación del estómago.

Referiré ligeramente lo que nos puede dar la inspección, que, á decir la verdad no es de gran importancia pues que sólo nos suministra presunciones muy vagas; en efecto, en ciertos enfermos cuyo estómago está sumamente dilatado se suele ver al través de las paredes abdominales, que son poco contráctiles, producirse bajo la influencia del frio movimientos rítmicos que corresponden á las contracciones estomacales, siendo de notar que esto es muy raro y aun excepcional, porque se ob-

serva en aquellas dilataciones cuyas paredes se han hipertrofiado debido á una estrechez ó á una cicatriz del píloro.

El abovedamiento del epigastrio no nos da mayor conocimiento, porque se produce en personas histéricas, ú otros estados dispépticos, por el gran desarrollo de gases después de las comidas, y también en aquellos sujetos obesos.

Lo que más importa tener en cuenta es esa relajación de las paredes abdominales cuando se está en ayunas, las que colocando al enfermo en el decúbito dorsal se ven moverse como en ondulaciones.

Tratando el diagnóstico por medio de la palpación conviene recordar que á la presión el dolor no existe á cualquier hora del día, pero sí, se suele producir, por regla general, inmediatamente después de las comidas, así como se observa en la dispepsia simple.

El *clapotement,* que es de gran valor semiológico en la dilatación, es ese ruido hidro-aérico producido por los sacudimientos impresos al estómago libre de alimentos, y que se semeja al producido por el mismo efecto en un vasija á medio llenar de líquido.

Se empleará dos medios, el de la sucusión total y el de la sucusión parcial para percibirlo.

El primero se produce efectuando movimientos brus-

cos á todo el abdómen, por lo que se oye el ruido de colisión de líquidos y gases; el segundo se manifiesta cuando con uno ó varios dedos se imprime ligeras sacudidas á la región gástrica ya en puntos limitados ó ya en zonas mayores como desde el apéndice xifoides á la linea umbilical, y éstas dejan oir como en el anterior el sonido hidro-aérico característico de esta afección.

Llenando las reglas que la técnica aconseja, debemos acostar al enfermo en decúbito supino é indicarle respire ampliamente y con la boca abierta y que se encuentre sin haber tomado alimentos desde la noche inmediata anterior (Bouchard), ó que hayan transcurrido 6 horas después del fin de la última comida (Baradat) ó, como dice Audhoni, que se examine inmediatamente antes de la comida que le sucede.

Para que el *clapotement* tenga su verdadero valor es necesario que se sienta por fuera de las líneas trazadas para la comprobación de la dilatación, que son: una dirigida desde el punto más saliente del borde costal izquierdo hácia el ombligo, la otra horizontalmente pasando por el ombligo y la tercera paralela á la línea media y á la derecha, así es que la mayor ó menor repercusión del *clapotement* fuera de estas líneas nos indicará el grado de dilatación.

Se ha dicho que el *clapotement* se confunde con el

ruido producido en el colon, lo que no puede suceder si se tiene un poco de atención, porque á más de su sitio evidenciado más abajo del que se realiza en el estómago tiene otro timbre, agregando aun que si se ingiere un poco de agua con objeto de producirlo, estando el enfermo en ayunas, se comprobará el *clapotement* estomacal fácilmente, sin poder dejar de convenir que este líquido no es posible recorra inmediatamente todos los intestinos delgados para llegar al colon y producir el confundido *clapotement*. Es de hacer notar que este ruido del colon es sumamente raro y que sólo se realiza en condiciones especiales, como ser después de un enema ó de una diarrea serosa.

La percusión no nos satisface sobre manera, porque es un poco dificil, y se le suele confundir con la sonoridad del colon; de ahí, pues, que hay que hacerla con toda atención y prolijidad para no caer en error.

Se ha pretendido delimitar el estómago por medio de la matitez que da la percusión, después de hacerle ingerir una cierta cantidad de líquidos y de colocarlo en distintas posiciones al enfermo.

También se ha propuesto medir la dilatación del estómago por medio del cateterismo, empleando una sonda ríjida que se introduce hasta el fondo de la gran curvadura, comprobándose el límite con una mano

aplicada sobre el abdomen que toca la extremidad de la sonda.

Respecto de la medición por medio de líquidos, no se emplea porque es incompleta y muy fácil de inducir en error, no dando más que presunciones poco aproximadas, por lo que en vista de esto no entro en detalles sobre este particular.

Los gases también nos han servido como medio diagnóstico para la dilatación, y en tal caso se toman dos soluciones, una de ácido tartárico y otra de bicarbonato de soda que ingeridas una después de la otra, dan lugar al desprendimiento del ácido carbónico como resultado de su combinación, distendiendo el estómago y dándole ese abombamiento que marca, si bien imperfectamente, el perímetro del órgano.

Si hay afecciones de largo curso y duración, una de ellas es seguramente la dilatación estomacal.

Hay tantas causas que influyen para su mantenimiento y está tan íntimamente ligada á enfermedades de un orden tan diverso, que el médico prudente no debe atreverse á formular su prognosis sin un estudio completo de la etiología y demás antecedentes del enfermo y de la enfermedad.

Los sujetos jóvenes, por regla general, son más susceptibles de curarse que los llegados á una edad provecta, bien entendido que ello depende del grado de dilatación y la obediencia á las indicaciones médicas.

No todos los enfermos, por su género de vida, posición y carácter puede someterse de lleno al tratamiento impuesto: los proletarios, por su ejercicio y alimentación; la gente de posición, por su vida muelle y disoluta ó por no contrariar sus tendencias á la gula...

La afección, en individuos que nos prestan su entera

aquiescencia, con seguridad se mejora en la totalidad de los casos, viendo desaparecer rápidamente, uno á uno todo el bagaje de síntomas tan molestos como variado que le acompañan, en los demás, ó se cura en un término que varía de seis meses á dos años, ó permite llegar á una edad avanzada estableciendo entre el sujeto y la enfermedad un *modus vivendi*, compatible con un tolerable bienestar.

Finalmente, cuando se hace completo abandono del tratamiento, infringiendo los preceptos de la higiene alimenticia, la enfermedad marcha rápidamente á su terminación, traduciéndose por alguna de las distrofias constitucionales que son su consecuencia.

VII

Así como la dilatación es rica de síntomas y fecunda en manifestaciones de alteraciones varias, así también lo es en indicaciones terapéuticas, y como el tratamiento en toda enfermedad se basa en la etiología, y como ésta comprende varias teorías sobre su producción, se deduce que obedeciendo á tal escuela ó combatiendo tales síntomas, la medicación sea tan múltiple como variada.

Sin embargo, en la dilatación, todo estriba en la higiene; por la violación de sus leyes, se adquiere; por la sumisión á sus preceptos, se previene y se cura.

Lo que acompaña en sus $^7/_8$ á la dilatación es la dispepsia, de ahí que habrá que combatirla para que ulteriormente sea permitido á las paredes estomacales retraerse.

Bastaría referirme á esa enfermedad, pero hay tal vinculación con la gastro-ectasia que me veo obligado á tratarla siquiera brevemente.

Preocupémonos del régimen alimenticio por ser una de las principales armas terapéuticas.

Debe comerse con toda tranquilidad, masticando perfectamente las substancias de la ingesta para que el estómago hiperemiado fisiológicamente reciba estos productos en el estado de trituración conveniente é impregnada de los fermentos bucales previos á la digestión verdaderamente gástrica.

El estado del espíritu debe ser lo más normal posible, porque el trabajo mental, las contrariedades, inquietudes y movimientos pasionales de todo orden, como los sentimientos afectivos, como la hipocondría de que ya Hipócrates nos habla en sus obras, influye directamente en el proceso digestivo, impidiendo la producción del jugo gástrico por acción nerviosa.

Igualmente debemos declarar en interdicto todo esfuerzo y trabajo muscular fatigante ó de vida sedentaria, debiendo, sí, efectuarse ejercicios mesurados y amenos, viajes y paseos, tratando como dice algún autor de «digerir con las piernas».

Como regla general, en cuanto á régimen alimenticio diremos que es conveniente no admitir en la mesa de los dilatados del estómago toda substancia susceptible de contener toxinas ó dar lugar á ellas por su alteración ulterior.

En cuanto á líquidos, éstos son mal soportados. Conviene por lo tanto reducir cuanto posible sea los alimentos de esta clase, como bebidas, y someter al enfermo al régimen seco.

Bouchard recomienda para llevarlo á cabo llenar las indicaciones tendentes á obtener una digestión fácil en que la dilatación gástrica sea débil, tardía y pequeña. Resuelve el problema prescribiendo una alimentación suficiente en el más pequeño volumen posible. Por esto modera el uso del agua y demas líquidos, porque á la vez que diluyen el jugo gástrico, ocupan sitio perjudicialmente en el estómago y aconseja el uso de alimentos sólidos bien divididos, que ofrezcan gran contacto á las paredes gástricas.

Prescribe que el «primer desayuno sea poco copioso: un huevo pasado por agua, frutas cocidas ó marmeladas, nada de pan ni de bebidas.

«En la segunda comida las carnes frías muy cocidas, las carnes calientes, pero asadas, con preferencia á los asados sangrantes; puré de carne, pescados hervidos, huevos poco cocidos, huevos preparados con leche, leche solidificada de alguna manera, pastas, arroz preparado con leche, con caldo ó con jugo de carne; puré de legumbres, consideradas equivocadamente como aumentando la dispepsia flatulenta, quesos y compotas de frutas.»

Como frutas frescas, sólo permite tres especies: «las fresas, los duraznos y las uvas, que son mejor digeridas por los dispépticos que las demás».

Las demás fruats no son toleradas sino cocidas.

Continuando nuestras apreciaciones sobre el uso de los líquidos, agregaremos que con su prohibición nada perderán los pacientes sabiendo que el caldo ó las sopas que lo contienen en abundancia son bien pobres en principios nutritivos y que la bromatología en el arte culinario cuenta con numerosas sustancias que en pequeño volumen bastan para sostener ventajosamente las fuerzas y hacer frente á los gastos orgánicos más onerosos.

Ya que hablamos de líquidos, mencionaré que debe prohibirse á nuestros enfermos el tomarlos entre las comidas, como también el usar, como á menudo tan erróneamente lo hacen por consejo propio en la mira de tonificar su organismo que marcha á la decrepitud, los preparados de fierro, los vinos de quina ú otros cargados de substancias tánicas.

Hay un punto que creo oportuno tratarlo con detención, es el del número de comidas que debe efectuar un gastro-ectásico. ¿Deben ser dos ó deben ser tres? Hay partidarios de uno y otro bando que defienden con ardor su premisa; pero debemos preguntarnos, si se

trata de dar comidas, ¿qué tiempo debe mediar entre ellas? la mitad del dia no, porque todo espacio diurno se pasaría sin alimentación y es cuando más se necesita para reparar las pérdidas orgánicas, no siendo así durante la noche, porque se está en estado de reposo y los gastos son menores; así aconseja Bouchard nueve horas entre las dos comidas como espacio diurno y quince como espacio nocturno, siendo suficiente en algunos casos para que se pierda esa especie de quemadura y acritud ó acidez que adolecen ciertos enfermos con sólo esta reglamentación y que detiene también el enflaquecimiento en aquellos pacientes que equivocadamente tomaban alimento para disminuir sus dolores.

Es más conveniente en nuestra opinión que los enfermos tomen tres comidas al día con intérvalos marcados, es decir, á las 7 $^1/_2$ y 11 $^1/_2$ de la mañana, y á las 7 $^1/_2$ de la tarde, haciendo notar que cuando se encuentre con que hasta el momento de tomar la segunda ó la tercera comida, están todavía los alimentos de la anterior, se debe extraer inmediatamente ya se haga esto por medio de la bomba gástrica ó por el aparato de Faucher del que, al hablar del lavado del estómago, me extenderé sobre este punto de real importancia.

Antes de cerrar este parágrafo referente á la ingesta

tratemos de los alcohólicos y del régimen lacteo en sus relaciones con la dilatación del estómago.

El vino y todas las demás substancias que contengan alcohol, son en absoluto malas, tratándose de una mucosa que se encuentra irritada, como sucede en la dilatación del estómago, así es que deben ser prohibidas hasta que no vuelva á su curación. Examinando el vino, por ejemplo, cuya composición principal es la siguiente: agua, alcoholes, ácidos, bitartrato de potasa, sales diversas, tanino, materias colorantes, aceites esenciales y éteres, que son los que dan esa aroma exquisita del buen vino. Estoy hablando del vino puro de uva, de alcohol etílico, que generalmente es muy escaso; dejando á un lado los que se encuentran en el comercio que casi con seguridad todos son malísimos, porque están elaborados con substancias nocivas y en especial el alcohol que es de granos ó legumbres, como de papas, betarragas, cereales, etc., que con el uso continuado dan lugar á la formación de alteraciones desastrosas; lo mismo podría decir de tantos licores y aperitivos que diariamente veo usar en todas partes, confiterías, cafées, etc.

Y como conocemos la acción del alcohol en un estómago enfermo que lo excita y lo irrita, deducimos que según la cantidad mayor ó menor de alcohol que con-

tenga el vino, mayor ó menor será también la irritación; las demás partes componentes obran de la misma manera, viniendo después del alcohol el bitartrato de potasa, que en grandes cantidades es nocivo para el tubo digestivo; el tanino altera los jugos gástricos y contribuye á la constipación; en cuanto á las substancias odorantes (éteres, etc.), obran de la misma manera que el alcohol. Resulta, pues, de todo esto, que el vino y todos los alcoholes en general, de cualquier manera que se desee ingerirlos, son perjudiciales, y por consiguiente la persona que esté afectada de dilatación del estómago debe renunciar á beberlos, porque en la dilatación existe una irritación permanente con ectasia de los vasos, y la ingestión de algún líquido alcoholizado obra como un ligero cáustico, aumentando por esta causa en mayor cantidad la secreción de los líquidos estomacales y, como es de creer, no se curará, progresando su mal más bien que restableciéndose.

El uso moderado del vino y de otras bebidas que contengan un alcohol de buena naturaleza no desordenan el estómago, todo al contrario, los estudios y la experiencia han probado que el alcohol tomado en pequeñas dosis en las comidas favorece muchísimo la digestión, pero hay que tener presente que ésto sucede en un *estómago sano* y no en uno que esté irritado, que

aumentaría este proceso; advirtiendo que el abuso largo tiempo continuado del alcohol, de cualquier manera que se emplee, ya sea como en vinos blancos ó tintos, el aguardiente, el bitter, el vermouth, la cerveza, el chartreuse, el anis, el rhum, la ginebra y tantos otros, son, como digo, los que dan lugar á la formación de esta irritación. Además de aumentar la acidez del jugo gástrico, retardan la digestión cuando se bebe en abundancia durante las comidas ó aún fuera de ellas, pero repetidas veces en el día especialmente por la mañana en ayunas, en la tarde y la noche, de pequeñas dosis; agregando á esto que sean de mala calidad, es de lo peor que puede haber para la mucosa digestiva.

Cuando se recomienda el régimen lacteo conviene hacer ciertas advertencias que la experiencia nos enseña, como el prescribir la leche cruda y no la cocida, estando en mejor condición para la absorción de este alimento inmediatamente de extraerla, sin embargo que se hacen observaciones de trasmisión por ella de la tuberculosis, si bien es cierto en personas predispuestas ó tuberculizables, es difícil en las que no lo son, por no encontrar terreno preparado para su desarrollo á más de las acción destructora del jugo gástrico sobre los bacilos.

Los antisépticos que son muy importantes en la dila-

tación del estómago son de dos clases, los unos tienen por objeto modificar las fermentaciones estomacales é intestinales y los otros expulsar las toxinas intestinales que son los laxativos: refiriéndome á los modificadores de la fermentación estomacal, tenemos muchísimos agentes que no señalaré, sino aquellos que hasta el presente se comportan mejor, así tenemos el salol, el ácido clorhídrico, el naftol, el salicilato de bismuto, el carbón, el agua sulfocarbonada, el agua cloroformizada y tantos otros.

En cuanto á los laxativos tenemos las aguas minerales, la cáscara sagrada, la podofilina, el ruibarbo con la nuez vómica y otros.

Con el tratamiento de la afección que estudiamos hay también algunos medios que los autores llaman mecánicos y que son el lavaje, el masaje, la electricidad.

Del lavaje estomacal hablaremos en un párrafo especial.

Consideremos el masaje que es de mucho provecho especialmente á los constipados para que muevan el intestino y le saquen de ese estado de atonía ó de parálisis en que se encuentra, regularizando las deyecciones.

El masaje se hace de la manera siguiente: en la región estomacal se pone un cuerpo graso para que corran suavemente los dedos extendidos y en la dirección de

la gran curvadura hacia el píloro, dando ese giro de curva desde el cardias al píloro, comenzando con presiones suaves é ir poco á poco aumentando las presiones, procurando hacer marchar el contenido estomacal al intestino delgado conjuntamente con el propósito de que se movilicen las paredes estomacales; este masaje debe durar algunos minutos, desde 10 hasta 25 ó 30, sin pasar de aquí; en cuanto al intestino delgado, debe seguirse las direcciones de los movimientos peristálticos consiguiéndose, como ya lo he dicho, regularización en las deyecciones fecales.

La electricidad, por la similitud de lesiones en que se aplica indujo á los clínicos á practicar sus experiencias sobre este particular, pero deber nuestro es declarar lo que hasta la fecha no puede decirse, que se haya obtenido resultados positivos habiéndole usado hasta en baños.

Las fibras musculares del estómago, no han pues, respondido á las previsiones de clínica terapéutica en esta afección.

Los enfermos que adolecen de una dilatación de pequeña magnitud, se mejoran en poco tiempo, y con el tratamiento de que anteriormente he hablado se ha visto calmar los vómitos y los sufrimientos, disminuir la fatiga, atenuarse los fenómenos nerviosos, reaparecer el

sueño; pero sucede que no siempre se termina el proceso de esa materia tan satisfactoria como suele verse en ciertos casos, por ejemplo, en aquellos en que la dilatación es antigua, cuando el estómago ha descendido hasta la linea umbilical y aun más bajo y en que la boca y el alimento quedan en malas condiciones, la inapetencia persiste, el estómago conserva las mismas dimensiones y continúa segregando líquidos y las digestiones siguen laboriosas; es de necesidad entonces buscar otros medios si no se quiere eternizar en ese estado: recurriremos al lavaje del estómago, que es el de los más eficaces y se ha hecho uso de él desde tiempo atrás sin que se haya generalizado sino después que Leven lo ha preconizado tanto y con tan buen resultado.

Los aparatos de Faucher y de Debove son unos de los más aceptables á este fin, por subsanar éstos todos los inconvenientes que los otros tienen. Son sumamente sencillos, consistiendo el de Faucher en un tubo de caoutchouc rojo, como de 12 milímetros de diámetro, de una longitud mínima de un metro, con una extremidad (la que ha de introducirse) roma y agujereada por los lados y con la otra abierta en sección transversal, para que permita la adaptación de un pequeño embudo.

El instrumento sirve para introducir y sacar los líquidos al mismo tiempo; valiéndose de soluciones alcalinas para el lavado.

¿Qué objeto nos proponemos con el lavaje? Sencillamente despojar el órgano del mucus alcalino muy adherente que tapisa la mucosa estomacal é imposibilita la acción del jugo gástrico sobre los alimentos, por una parte, y por otra impedir que ese mucus, que alguna vez es excesivo, se mezcle á las substancias ingeridas y dificulte la digestión; y por último arrastrar por el lavado los resíduos de digestiones precedentes.

Se hace generalmente el lavaje á media noche para que el estómago descanse, se tonifique y para que no se absorban las toxinas, que se desarrollan á causa de permanecer durante toda la noche los alimentos en el estómago, porque no es bueno hacerlo entre las comidas, para vaciarlo y echarle alimentos en seguida.

Se observa que después del lavaje, las contracciones intestinales se hacen sensibles, sea por ligeros cólicos ó sea por un cambio ruidoso de gases, así es que no es raro que las necesidades de defecación se dejen sentir; en verdad muchos observadores han constatado que las deyecciones fecales se restablecen.

¿Se debe hacer muy continuado ó seguido el lavaje del estómago? si los vómitos persisten, si el líquido se

forma rápidamente y si el estómago conserva el mismo volumen, convendría, si el epigastrio no está muy sensible hacer un lavaje cada día; pero si se nota que la secreción de los líquidos disminuye no se hará sino cada dos ó tres días y así se alejarán hasta los ocho ó diez. Muchas veces con dos ó tres lavajes ejecutados con algún intervalo basta para reducir la dilatación del estómago y la producción del líquido, seguido del régimen alimenticio.

Procurando explicarnos, la acción del lavaje sobre la mucosa y sobre las capas musculares del estómago, debemos agregar á lo anteriormente enunciado el hecho de que la inyección intraestomacal, por su composición, modifica sobre todo las secreciones patológicas de la mucosa y á los vasos dilatados los tonifica haciéndolos disminuir de calibre y concluyendo por no derramar el líquido que era antes excretado por sus paredes debilitadas ó alteradas.

Por otra parte el contacto del tubo, provoca contracciones muy saludables de las capas musculares del estómago por estar éstas en estado de atonía ó paresia; estas contracciones no fatigan ni dejan esa molestia que queda después de un vomitivo.

Agreguemos también que los desórdenes nerviosos que acompañan á los dilatados se atenúan con el lavado.

Resumiendo: el lavaje del estómago, ejecutado prudentemente, detiene las náuseas y los vómitos, ayuda á calmar los demás trastornos, vuelve el apetito, modifica de la manera más feliz el estado de la mucosa, la dilatación de los vasos, la escreción de los líquidos, y estimula la contractilidad de las fibras musculares, de donde resulta el estrechamiento progresivo de la capacidad del estómago.

Por último, para terminar este esbozo terapéutico consignaré que no debemos perder de vista las afecciones deuteropáticas que tienen por origen la gastroectasia, dirigiendo á ellas la medicación indicada.

Como la mayoría de las historias que poseo son de casos que no presentan ningún interés particular, me limito á publicar sólo la de tres enfermos. Debo las dos últimas á la amabilidad del distinguido profesor sustituto de clínica médica Dr. Julio Méndez.

OBSERVACIONES

I

Tratamiento por el régimen lácteo exclusivo.
Curación.

J. C., argentino, de 21 años, corredor.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes individuales. — Viruela á los siete años.

Después no ha padecido de ninguna otra dolencia.

La enfermedad actual data del mes de Setiembre de 1889.

En esa época principió á experimentar, pesadez del estómago después de las comidas, acompañada á veces de cefalalgia ligera y dificultad de contraerse al trabajo

intelectual. Tenía también eructos y á veces regurgitaciones ; el apetito disminuía sensiblemente.

Cuando lo vimos en el mes de Noviembre, gracias á la amabilidad del Dr. Quiroga que lo asistía desde algunos días, el enfermo estaba bastante demacrado y á los trastornos mencionados que habían seguido en aumento, se unieron vómitos que ocurrían varias veces al día y una intolerancia casi completa por los alimentos de cualquier clase que fueran.

El enfermo hasta entonces, después de haber consultado á varios médicos, no se había sometido á un régimen riguroso de alimentación y los diversos medicamentos que habían sido prescritos, no le habían producido mejoría alguna.

Examinado por nosotros, encontramos en el abdomen:

Abovedamiento de la región epigástrica; falta de dolor á la presión. A la percusión, el estómago llegaba al ombligo por la parte inferior y lateralmente pasaba un centímetro la linea de Bouchard.

Hasta estos límites era posible producir netamente el *clapotement* (el enfermo estaba en ayunas).

En el intestino grueso se encontraban materias fecales endurecidas (en la S ilíaca). El hígado insensible y de volumen normal.

Los órganos torácicos normales.

Flacidez del escroto y disminución del reflejo cremasteriano.

Nudosidades de Bouchard poco marcadas en la articulación de la primera con la segunda falange.

Interrogado prolijamente, nos contestó que él siempre comía desordenadamente y en abundancia; abusaba también de los alcohólicos en distintas formas.

Padecía habitualmente de constipación, que en estos últimos tiempos se había hecho muy pertinaz.

Como se vé, el *diagnóstico de dilatación del estómago* no era dudoso. Conformes en esto, prescribimos el régimen lacteo absoluto y combatimos la constipación por medio de laxantes y lavativas.

Como se encontrara muy bien con este tratamiento, no creimos necesario alterarlo y en consecuencia no empleamos el régimen seco de Bouchard.

La convicción que el enfermo tenía de los beneficios del régimen prescripto era tal, que estuvo durante próximamente un año sometido á la alimentación exclusiva por la leche.

Al cabo de ese tiempo volvió á la alimentación ordinaria y á pesar de ella no ha experimentado novedad alguna hasta hoy en que ha recuperado con exceso su primitiva robustez y en que sus digestiones son excelentes.

No he visto en ningún otro caso una influencia tan benéfica del régimen lacteo exclusivo; lo que prueba que no solamente el régimen seco de Bouchard da buenos resultados.

II

Dilatación del Estómago. — Gastritis crónica. Atonía

N. N., argentino, 37 años, casado, comerciante.

Antecedentes hereditarios. — Buenos.

Antecedentes individaales. — A la edad de 12 años fiebre tifoídea.

Desde entonces hasta la enfermedad actual ha gozado de excelente salud, siendo siempre fuerte y muy dedicado á todo género de ejercicios gimnásticos.

La enfermedad que actualmente sufre le sobrevino poco á poco, á causa, según él, de desagrados sociales, que le obligaron á permanecer durante dos años en un país vecino cuyo clima era excesivamente cálido.

Experimentaba desde entonces alteraciones pasajeras en sus digestiones, que se traducían por pesadez en el epigastrio después de las comidas, eructos, somnolencia, etc.

En este estado se casó y después de tres años de ma-

trimonio en que tuvo dos hijos sanos, se decide á hacer un viaje á Europa, preocupado de los progresos de su enfermedad y del adelgazamiento extremo á que había llegado á pesar de su buen apetito.

Fué atendido en Paris por el profesor Bouchard, quien diagnosticó dilatación simple del estómago, llegando hasta cuatro dedos por debajo del ombligo, y lo sometió á un régimen especial.

Experimentó una mejoría bien acentuada, volviendo en este estado á Buenos Aires, donde al cabo de un año perdió de nuevo la salud volviendo al mismo estado que antes de emprender su viaje á Europa.

Fué visto por el Dr. Méndez un mes después, en Marzo de 1891.

Estado actual. — Individuo bien constituido, musculatura bien desarrollada, adelgazamiento pronunciado, tinte terroso. Apetito exagerado. Defecación normal y regular; orina normal, según análisis.

Experimenta sensación de plenitud en el epigastrio después de las comidas, somnolencia alguna vez invencible, alteraciones de carácter, se ha vuelto un poco iracundo. Eructos tres horas después de comer, algunas veces al mismo tiempo salivación abundante.

Lo que más lo preocupa es su adelgazamiento y el cambio visible de carácter.

A la inspección del abdomen se nota una conformación especial del vientre que forma punta en la región del ombligo, y dos pequeñas puntas de hernias en ambos anillos inguinales para los cuales usa constantemente braguero.

A la percusión hay timpanismo estomacal desde la séptima costilla, linea mamilar izquierda hasta el nivel del ombligo, en seguida una pequeña zona mate de dos dedos de extensión y más abajo timpanismo abdominal. Este resultado se obtiene percutiendo al enfermo de pié.

En posición horizontal las relaciones cambian, desapareciendo completamente la zona de matitez.

El examen se hace dos horas y media después de un almuerzo abundante.

Hay *clapotement* en una gran extensión de la región, produciéndose hasta en el flanco izquierdo.

La sucusión es también exagerada y sus límites inferiores fijados por la auscultación con el estetóscopo simultáneamente que la sucusión, en una linea curva situada en la mitad izquierda del abdomen, á dos dedos por debajo de la linea umbilical y por la izquierda llegando hasta las falsas costillas entre las lineas axilar anterior y mamaria del mismo lado. La palpación no es dolorosa.

Hígado normal. Bazo : matitez normal situada cerca de la región lumbar correspondiente.

El tórax, pulmones y corazón normales.

Lengua saburral, cubierta de una espesa capa blanquizca en la base y sobre la que sobresalen las grandes papilas de la *V* lingual.

Se diagnosticó dilatación del estómago, gastritis crónica.

Tratamiento. — Acido clorhídrico. Régimen apropiado.

Ocho días después fué examinado el contenido del estómago que se extrajo por medio de la sonda gástrica.

Sondaje á las 11.30 a. m., en ayunas.

Líquido obtenido: una capa de líquido turbio coloreado en rosa, como si estuviera mezclado con vino burdeos, manteniendo en suspensión copos ligeros y algunos pedazos blanquizcos que caen siempre al fondo.

Filtración y reacciones con la floroglocina vainillada, con el rojo del congo, negativas. Reactivo Uffelmann marcada coloracion en amarillo rojizo (presencia de ácido láctico).

Pruebas de albúmina y peptonas.

No hay coagulación por el calor.

Reacción del biureto.

Análisis microscópico.—Fibras musculares hincha-

das con estriación incompleta. Partículas de amiláceos que se tiñen de azul y violeta por el iodo. Microscópicamente pequeños pedazos de papas y zapallos.

Como resultado de éste análisis se confirma el diagnóstico de dilatación con retardo en la evacuación, puesto que se encuentran en el estómago aun sustancias que habían sido ingeridas el día anterior. La presencia de peptonas indica la digestión completa ó casi completa.

Prueba al día siguiente con el ioduro de potasio. Absorción retardada. Aparece la reacción hora y cuarto después de ingerido.

Día subsiguiente prueba de motilidad, aparición del ácido salicílico 6 horas después.

Diagnóstico definitivo. — Dilatación del estómago, absorción ligeramente retardada. Motilidad, atonía marcada.

En Junio se recurrió al lavaje del estómago en horas adecuadas.

El enfermo notó desde los primeros, la desaparición de diversos fenómenos nerviosos que le aquejaban desde poco tiempo despues de estar sometido al régimen.

La mejoría fué progresiva y aunque comete con frecuencia excesos de mesa, se encuentra actualmente, 1° de Diciembre del 1891, en un perfecto estado de salud, habiendo aumentado diez kilos de peso.

III

Gran dilatación del estómago. — Gastritis crónica. — Ataques de gastralgia. — Constipación.

N.N. de 56 años, argentina, casada.

Antecedentes hereditarios. — Padre, cáncer del estómago. Madre, murió de parto.

Antecedentes individuales. — Buenos. Ha tenido cuatro partos fisiológicos.

Padeció de jaquecas en su juventud. Ahora sufre desde hace más ó menos tres años de difíciles digestiones. Por las que ha sido tratada por diversos médicos con distintos regimenes, de los cuales recuerda que la dieta lactea absoluta la ha aliviado más, y más duraderamente, sin que sin embargo le hiciera aumentar de peso.

Se queja actualmente, 27 de Febrero de 1889, de poco apetito, de dolor de estómago que viene por acceso, sufriendo entonces de una puntada fuertísima en el epigastrio, cuya duracion varía de uno á tres días.

Esta puntada aparece en épocas indeterminadas, á veces con intérvalo de tres y más meses ó bien repitién-

dose en un mes varias veces. El dolor suele ser tan fuerte que algunas veces pierde el conocimiento.

Los eructos son frecuentes á cualquiera hora del día y á veces con gusto á ciertas comidas. Experimenta una somnolencia invencible despues de las comidas, especialmente de noche. Sueña mucho y tiene con frecuencia pesadillas. Constipación habitual.

Estado actual.—Es una mujer de esqueleto poco desarrollado, sin panículo adiposo, extremadamente adelgazada, de tinte anémico muy pronunciado en la piel, las conjuntivas y los labios. En el abdomen la piel es laxa, erizada por numerosas grietas consecutivas á las preñeces.

La palpación no indica nada anormal. La palpación profunda al nivel del hueco epigástrico es dolorosa así como al nivel del ombligo.

La percusión hecha de pié tres horas después del desayuno da timpanismo estomacal hasta más abajo del ombligo. En posición horizontal, igualmente extensa, aunque no se delimita tan ciertamente de la del colon como en la anterior.

Hay *clapotement* bastante neto, y fácil de realizar por la laxitud de la pared abdominal, en bastante extensión.

Sucusión, da como límites á la auscultación concomitante con el estetóscopo hasta cuatro dedos por de-

bajo del ombligo ; por la izquierda sólo se extiende hasta la línea mamilar.

Hígado aumentado de volumen, doloroso á la percusión, su borde inferior pasa dos traveses de dedo por debajo de las falsas costillas.

La matitez esplénica no se encuentra.

Tórax. — Pulmones normales. Corazón, matitez normal ; parece existir un soplo sistólico, suave que no se propaga y que desaparece en la posición de pié, en el foco de la pulmonar (soplo anémico).

Lengua ancha, húmeda, saburral en toda su extensión y cubierta con una gruesa capa en la base.

Diagnóstico. — Gran dilatación del estómago. — Gastritis crónica. — Constipación.

Se ordena ácido clorhídrico, régimen apropiado, píldoras de podofilina.

El 10 de Marzo nuevo examen, dilatación exploratriz del estómago por el procedimiento de Ziemssen. La experiencia se verifica con toda facilidad, dejando extender muy bien el estómago, el cual produce eminencia en el epigastrio y se limita á dos traveses de dedo por debajo del ombligo.

Hay dolores bastante intensos en la región y en el hígado, dolores que la enferma dice ser de la misma naturaleza que los ataques que ella experimenta.

Dos dias después, el 12 de Marzo, se presenta por primera vez, después de estar sometida al tratamiento, uno de esos ataques á las 11 de la noche. La enferma reposaba en decúbito supino, respirando difícilmente y quejándose de su puntada. El pulso estaba acelerado, las manos y la cara fría, sudorosas. El abdomen distendido, la percusión muy dolorosa. Sobre todo en la región del estómago, el timpanismo era muy marcado. Atribuyendo la gastralgia á un desarrollo exagerado de gases, se trató de hacer el lavaje por la sonda, pero fué imposible por ser la primera vez que la enferma se sometía al procedimiento.

Se hizo tomar entonces una gran dosis de ácido clorhídrico en bastante agua y se aplicaron fomentos calientes secos al estómago. Media hora después hubo eructos abundantes, el dolor disminuyó. Se continuaron las aplicaciones calientes y se repitió durante la noche dosis moderada de ácido.

Desaparición del ataque á la mañana siguiente.

La mejoría se ha acentuado paulatinamente, el estado general es excelente, hay aumento de peso y se continúa con el mismo régimen.

Nota. — Se tiene ocasión de ver á esta enferma con frecuencia añadiendo ahora para la publicación de esta historia que desde hace mucho tiempo se encuentra

perfectamente, continuando hasta la fecha desde hace tres años con la dosis de 1 gramo de ácido clorhídrico puro por día dividido en las dos comidas.

He terminado, señores profesores, este breve trabajo como contribución al estudio de la *Dilatación del Estómago*.

Hubiera sido mi mayor deseo presentaros algo digno de vosotros como de la Escuela de Medicina que me ha favorecido con su sombra benéfica durante el curso de mis estudios, pero causas ajenas á mi voluntad, para mi ineludibles, me han obligado á trazar las líneas precedentes al correr de la pluma. Tened á bien prestarle vuestra aprobación y creed en la alta estima de vuestro discípulo que queda grato á vuestros consejos impregnados de ciencia y de experiencia.

ELEODORO GALLASTEGUI.

Buenos Aires, Marzo 10 de 1892.

Pase al señor Académico Doctor Enrique E. del Arca y Catedráticos Doctores Gregorio N. Chaves y Julio Méndez, para que informen sobre la admisibilidad de esta Tesis.

MAURICIO GONZALEZ CATÁN.

L. de la Cárcova,
Secretario.

Buenos Aires, Abril 11 de 1892

Señor Decano :

Esta tesis no se opone á las prescripciones reglamentarias.

Enrique E. del Arca. — Julio Méndez. — G. N. Chaves.

Buenos Aires, Abril 19 de 1892.

En vista del informe que antecede, entréguese al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el dia en que será sostenida en acto público ante la Comisión Examinadora respectiva en la próxima época hábil de exámenes.

MAURICIO GONZALEZ CATÁN.

L. de la Cárcova.
Secretario.

BIBLIOGRAFÍA

BOUCHARD, *Lecciones sobre las auto-intoxicaciones.*

L. BAUMEL, *Enfermedades del aparato digestivo.*

LEVEN, *Enfermedades del estómago.*

BARTOLOMÉ ROBERT Y EMERENCIANO ROIG Y BOFILL, *Enfermedades del aparato digestivo.*

J. SEURE, *Enfermedades del estómago.*

PAUL LE GENDRE, *Tesis de dilatación del estómago y Fiebre tifoidea.*

COUTARET, *Dispepsia y catarro gástrico.*

DUJARDIN-BEAUMETZ, *Enfermedades del estómago.*

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Histología normal. — Vasos linfáticos.

Anatomía topográfica. — Región external.

Oftalmología. — Cataratas lenticulares.

Patología general y propedéutica. — Vermes parasitarios.

Materia médica y terapéutica. — Hierro.

Patología interna. — Angina catarral.

Patología externa. — Quistes dermoideos.

Obstetricia. — Causas del parto.

Anatomía patológica. — Inflamación.

Higiene. — Circulación atmosférica.

Fisiología general y humana. — Sustancia gris de la médula.

Medicina legal y toxicología. — Aptitud para la fecundación.